enfuro
Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 133. Agosto 2017

Calidad y eficiencia de los cuidados de enfermería tras la implantación de la guía de buena práctica clínica "Cuidado y manejo de la ostomía"

Ensayo clínico piloto para evaluar las características, preferencia de producto y calidad de vida de usuarios de cateterismo vesical intermitente: testando un nuevo set

Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de neovejiga ileal ortotópica tipo Hautmann. Caso clínico

Urostomías: marcaje a medida versus complicaciones

Miedo y ansiedad ante la operación quirúrgica. Técnicas e implicaciones

Papel de enfermería de consultas en la implantación de un protocolo ERAS en cistectomía radical

Perfil del paciente sometido a resección transuretral de neoplasia vesical

Plan de cuidados en la cistitis actínica: a propósito de un caso

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

ENFURO
nº 133 / Agosto 2017
Año XII

JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidenta: Ana Quintanilla Sanz
Vicepresidente: Francisco Estudillo González
Secretario: Francisco Milla España
Tesorero: Manuel Bernal Pacheco

REDACCIÓN
Directora: Ana Quintanilla Sanz

Jefe de Redacción:
Francisco Estudillo González

Consejo de Redacción:
Francisco Milla España
Manuel Bernal Pacheco
Mercedes Martín Valenciano
Concepción Martínez Casamayor
Ana Palomino Martínez
María Abel Cucurull Llobet

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: Puerta Nueva de Bisagra (Toledo)

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
- Calidad y eficiencia de los cuidados de enfermería tras la implantación de la guía de buena práctica clínica "Cuidado y manejo de la ostomía" 4
- Ensayo clínico piloto para evaluar las características, preferencia de producto y calidad de vida de usuarios de cateterismo vesical intermitente: testando un nuevo set 7
- Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de neovejiga ileal ortotópica tipo Hautmann. Caso clínico 10
- Urostomías: marcaje a medida versus complicaciones 16
- Miedo y ansiedad ante la operación quirúrgica. Técnicas e implicaciones 19
- Papel de enfermería de consultas en la implantación de un protocolo ERAS en cistectomía radical 21
- Perfil del paciente sometido a resección transuretral de neoplasia vesical 25
- Plan de cuidados en la cistitis actínica: a propósito de un caso 29
- Cuidados de enfermería en la ureteroileostomía (tipo Bricker). Estudio de un caso clínico 33
- Preprograma 38 Congreso Nacional 39

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

Nuestra querida profesión

Nuestra querida profesión continúa su lucha contra viento y marea en muchos y variados frentes, sin terminar de conseguir que sea reconocida en su justa medida y le sean otorgados todos y cada uno de los derechos de los que somos legítimos beneficiarios.

Así, seguimos atascados con la prescripción; en algunas comunidades sí, en la mayoría no, en algunas se vislumbra alguna luz, pero nada firme ni uniforme.

Igual suerte corremos en el tema de las especialidades, atascado en unas pocas y sin haber avances en el resto.

Otro tema flagrante de agravios comparativos y sin razón es el que ocurre con nuestros abnegados compañeros de la sanidad militar; siendo desde hace unos años nuestra profesión un grado como todas las demás carreras universitarias, teniendo por ello acceso a los máximos grados académicos de máster y doctor, ellos ven truncados sus ascensos y mientras médicos, veterinarios, farmacéuticos, psicólogos, odontólogos, o cualquier otro cuerpo castrense, ascienden de forma automática al cumplir cuatro años de servicio, ellos han de esperar nueve para conseguirlo, manteniéndose una normativa existente desde la época de ayudantes técnicos sanitarios a todas luces obsoleta. Incomprensible.

Todo ello solo es entendible desde el prisma del beneficio propio de las distintas Administraciones; es más rentable que los enfermeros no prescriban y además así evitar presiones de otras profesiones de todos sabidas, por otra parte es más rentable que un enfermero cubra cualquier especialidad y no se circunscriba a una en concreto, con el consiguiente ahorro, y finalmente es más barato tenerlos muchos años en una graduación baja que ascenderlos cuando les correspondería por el derecho inherente a su titulación.

Si el cumplimiento de la ley fuese taxativo, estaríamos quizás ante un sistema sin duda insostenible, pero no deberíamos soportar ese peso siempre los mismos.

Con la esperanza de que alguna vez todo esto cambie y podamos mirar al frente como otra profesión cualquiera sin ser continuamente agraviados, no pedimos más, os deseamos un feliz verano y nos vemos en Toledo. ■

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

NAVARRO GARCÍA, MARTA; SUBIRADA DUELT, MIREIA; MARTÍN CANTERO, ROSA MARÍA; MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, JUDITH; ANFOSSO LLOPIS, SUSANA; AMAT HUERTA, Mª ADELA
Hospital Universitario Vall d'Hebron

Calidad y eficiencia de los cuidados de enfermería tras la implantación de la guía de buena práctica clínica "Cuidado y manejo de la ostomía"

RESUMEN

El Hospital Universitario Vall d'Hebron fue acreditado en el año 2015 como centro comprometido con la excelencia de los cuidados, tras implantar la guía de práctica clínica (GPC) "Cuidado y manejo de la ostomía". Esta GPC formaba parte del programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO), promovido por la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) y coordinado por la unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investen ISCIII, Instituto Carlos III, y el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs).
Durante la implantación se protocolizaron los cuidados del estoma, unificándose las curas de enfermería y estableciendo así los circuitos necesarios a fin de asegurar la continuidad de la educación sanitaria y cuidado y manejo de la ostomía. Actualmente se siguen las recomendaciones de la GPC y se ha consolidado la metodología de trabajo en la unidad de Urología.

Palabras clave: enfermería, guía de práctica clínica, ostomía.

SUMMARY

The Vall d'Hebron University Hospital (VHUH) was accredited in 2015 for its commitment to patient-centred care with the implementation of the clinical practice guideline "Ostomy care and Management". The Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) launched the Nursing Best Practice Guideline (NBPG) whose purpose it to support nurses by providing them with this GPC. Therefore, it is coordinated by the Healthcare Research Unit, Ivesten-ISCIII, Institute of Health Carlos III and the Spanish Collaborating Centre of Joanna Briggs).
Implementation of a Stoma care plan, which was protocolized, help increase continuity in care provided by the nursing staff and contributed to unify collaboration with other member of the healthcare team. Thus, we have emphasized how important follow-up is for stoma patient. Currently we accept the recommendation of the GPC. Thus, a consolidated methodology has been developed in the Urology Department.

Keywords: *nursing, clinical practice guide, ostomy.*

OBJETIVO

Describir y analizar los resultados tras la implantación de la GPC en la unidad de Urología del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

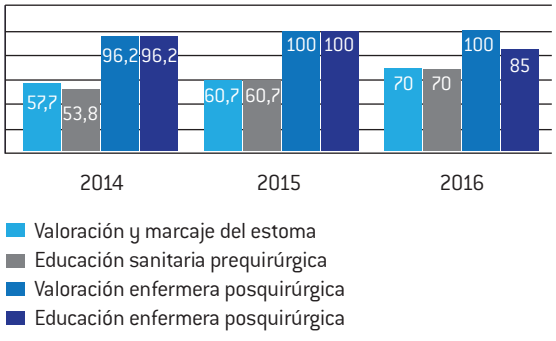
MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo observacional, utilizando como fuente de información los registros de enfermería de la estación de trabajo *Gacela Care*.

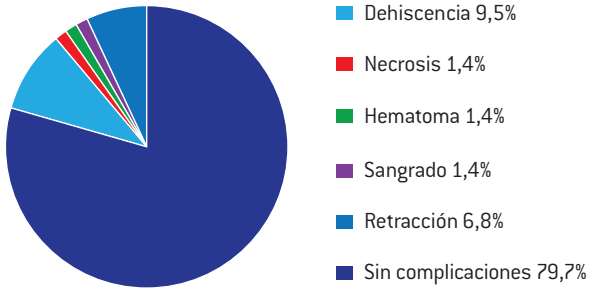
El periodo de evaluación comprende desde enero de 2014 hasta julio de 2016, siendo los sujetos a estudio aquellos pacientes sometidos a cistectomía radical, ingresados y dados de alta desde la unidad de Urología. Excluyendo a aquellos que han sido intervenidos de neovejiga.

Las variables de estudio son: edad, sexo, tipo de derivación urinaria, valoración-marcaje y educación sanitaria pre y posoperatoria, complicaciones del estoma y piel periostomal, continuidad de los cuidados y seguimiento tras el alta en la consulta de la enfermera estomaterapeuta.

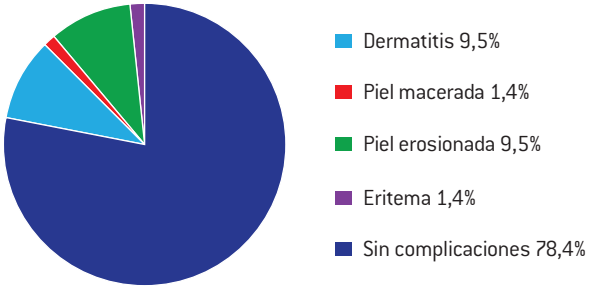
Valoración y marcaje del estoma; educación sanitaria pre y posquirúrgica y valoración enfermera posquirúrgica. Resultados en porcentaje



Complicaciones del estoma. En porcentaje



Complicaciones de la piel periestomal. En porcentaje



RESULTADOS

Se realizó un muestreo de 96 pacientes, incluyendo en el estudio 74 de ellos, intervenidos de cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, ureterostomía cutánea unilateral y bilateral, excluyendo así los 22 restantes intervenidos de neovejiga.

De los 74 pacientes a estudio, el 95,9% eran hombres, la media de edad de 71,8 años, siendo la cirugía más frecuente la derivación urinaria tipo Bricker, con un 62,2%, y el resto ureterostomías cutáneas bilaterales (21,6%) y unilaterales (16,2%).

Respecto a la evaluación-marcaje y a la educación sanitaria preoperatoria, en 2014 fueron realizadas a un 57,7% y a un 53,8% respectivamente, siendo del 60,7% en ambas el año 2015 y del 70% en 2016. Por otro lado, la valoración posoperatoria del estoma se realizó a un 96,2% de los pacientes en 2014, llegando a valores del 100% en los dos años posteriores. Si nos centramos en la realización de la educación sanitaria posoperatoria sobre el cuidado y manejo de la ostomía, en 2014 se le realizó a un 96,2%, elevándose a un 100% en 2015 y a un 85% en la mitad de 2016.

Si hablamos de las posibles complicaciones a nivel del estoma durante el período evaluado, se observó que un 79,7% de los pacientes estudiados no presentó ningún tipo de complicación, dividiéndose el tanto por ciento restante entre dehiscencia (9,5%), retracción (6,8%), necrosis, hematoma y sangrado (1,4%). Por otro lado, el 78,4% de los pacientes estuvo libre de complicaciones de la piel periestomal, y las que detectamos fueron dermatitis (9,5%), maceración (9,5%), erosión y eritema (1,4%).

Otra de las variables a estudio fue el destino al alta desde nuestra unidad, dividiéndose en un 13,5% derivado a centros sociosanitarios y un 83,8% con alta a domicilio, de los cuales se realizó una continuidad de los cuidados a través de la hospitalización a domicilio (HaD) en un 40,5% de los casos y con seguimiento ambulatorio (Programa PREALT) en un 32,4%.

Por último, el seguimiento realizado en consulta por la enfermera estomaterapeuta fue realizado en el 65,2% de los casos tras el alta, restando un 34,8% de los pacientes que no acudieron a consulta.

DISCUSIÓN

Los resultados nos muestran que ha habido un aumento progresivo de los pacientes que han recibido valoración-marcaje y educación sanitaria preoperatoria, ello se debe a la consolidación de las recomendaciones de la GPC y al cumplimiento del circuito establecido. De la misma forma se muestra una mayor realización de la valoración posoperatoria y de la educación sanitaria al paciente según el programa educativo de las cinco fases (fase 1: el paciente y la familia observan y atienden a las explicaciones, comienzo de la educación sanitaria; fase 2: el paciente realiza la higiene del estoma y piel periostomal, inicio de la autonomía; fase 3: realiza el vaciado de la bolsa; fase 4: cambio de bolsa de urostomía, y fase 5: el paciente consigue cambiar el dispositivo completo –placa y bolsa– con el fin de saber realizar los cuidados, autocuidado y manejo en su domicilio).

En los valores de 2016 se muestra un descenso atribuible a la incorporación de nuevos profesionales a la unidad que se están formando actualmente, ya que en mayo de 2015 se realizó un concurso traslado a atención primaria.

Los resultados también nos muestran un aumento de los pacientes que han tenido continuidad de los cuidados a nivel de HaD, ya que se implementó como parte del circuito de atención al paciente urostomizado a partir de 2015.

CONCLUSIÓN

A raíz de los buenos resultados obtenidos se ha producido una notable mejoría de los cuidados del estoma, educación sanitaria y autonomía del paciente, mediante unos cuidados enfermeros de calidad, gracias a la implantación de las BPSO, hasta el nivel de difundir la GPC a nuevas unidades tales como el HaD y la unidad PREALT (Atención Primaria SAP Muntanya), garantizando así la continuidad asistencial de nuestros pacientes. Es por ello que nuestro centro, y también la unidad de Urología, recibió la acreditación de centro comprometido con la excelencia de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

– Registered Nurses s Association of OntarioToolkit Implementacion of best practice guidelines (2nd ed), 2012. Disponible en: http://www.rnao.ca/sites/rnaoca/files/RNAO_Toolkit_2012_rev4_FA.pdf

– Ruzafa Martínez M, González María E, Moreno Casbas M, Del Río Faes C, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. Enfermería Clínica 2011; 21(5): 275-283.

ZARAGOZA 6/7/8 OCTUBRE 2016
XXXVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

Vall d'Hebron Hospital

CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA: "CUIDADO Y MANEJO DE LA OSTOMÍA"

Autores: Navarro García Marta, Subirada Duelt Mireia, Martín Cantero Rosa María, Martínez Fernández Judith, Anfosso Llopis Susana, Amat Huerta Mª Adela. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. BARCELONA

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Vall d'Hebron fue acreditado en el año 2015 como Centro Comprometido con la Excelencia de los Cuidados, tras implantar la Guía de Práctica Clínica (GPC) "Cuidado y Manejo de la Ostomía", que formaba parte del programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO).
Durante su implantación, se protocolizaron los cuidados del estoma, unificándose las curas de enfermería y estableciendo así los circuitos necesarios, a fin de asegurar la continuidad de la educación sanitaria y cuidado y manejo de la ostomía.
Actualmente se siguen las recomendaciones de la GPC y se ha consolidado la metodología de trabajo en la Unidad de Urología.

OBJETIVO

Describir y analizar los resultados tras la implantación de la GPC.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo observacional, utilizando como fuente de información los registros de enfermería de la Estación de Trabajo *Gacela Care*.

Periodo de evaluación: Enero 2014 - Julio 2016

Sujetos sometidos a estudio: Pacientes intervenidos de Cistectomia Radical, ingresados y dados de alta desde la unidad de Urología. Excluyendo a aquellos que se han intervenido de Neovejiga.

Variables: Edad, sexo, tipo de derivación urinaria, valoración-marcaje y educación sanitaria pre- y postoperatoria, complicaciones del estoma y piel periostomal, continuidad de los cuidados y seguimiento tras el alta en la consulta de la enfermera estomaterapeuta.

RESULTADOS

Se realizó un muestreo de 96 pacientes, incluyendo en el estudio 74 de ellos, intervenidos de Cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, Ureterostomía cutánea unilateral y bilateral, excluyendo así los 22 restantes, intervenidos de Neovejiga.
De los 74 pacientes a estudio, el 95.9% eran hombres, la media de edad de 71.8 años, siendo la cirugía más frecuente la derivación urinaria tipo Bricker, con un 62.2%, y el resto ureterostomías cutáneas bilaterales (21.6%) y unilaterales (16.2%).
Respecto a la valoración-marcaje, educación preoperatoria y postoperatoria los resultados quedan reflejados en la Gráfica 1.
En cuanto al destino al alta el 13.5% de los pacientes fueron derivados a centros sociosanitarios y el 83.8% a su domicilio, de los cuales un 40,5% con continuidad de los cuidados mediante la Hospitalización a Domicilio y un 32,4% con seguimiento ambulatorio (PREALT).
Finalmente, se muestra un 65,2% de pacientes que acudieron consulta por la enfermera estomaterapeuta tras recibir el alta.

Gráfica 1

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Los resultados nos muestran un aumento de la valoración, marcaje y educación sanitaria preoperatoria, y de la valoración y educación sanitaria postoperatoria, de la misma forma que se observa el aumento de la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria.

A raíz de los buenos resultados obtenidos, se ha producido una notable mejoría de los cuidados del estoma, educación sanitaria y autonomía del paciente, mediante unos cuidados enfermeros de calidad, gracias a la implantación de las BPSO, hasta el nivel de difundir la GPC a nuevas unidades tales como el HaD y la unidad PREALT, garantizando así la continuidad asistencial de nuestros pacientes. Es por ello que nuestro hospital y también la Unidad de Urología recibió la acreditación de Centro Comprometido con la Excelencia de Cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

Registered Nurses´s Association of OntarioToolkit Implementacion of best practice guidelines(2nd ed)2012. Disponible en: http://www.rnao.ca/sites/rnaoca/files/RNAO_Toolkit_2012_rev4_FA.pdf
Ruzafa Martínez M, González María E, Moreno Casbas M, del Río Faes C, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011 - 2016. Enfermería Clínica 2011; 21(5): 275-283.

SAAVEDRA ILLOBRE, M.B.; ROMAY CEA, R.; ALMUIÑA DÍAZ, C.
Enfermeras de Unidad de Lesionados Medulares. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Ensayo clínico piloto para evaluar las características, preferencia de producto y calidad de vida de usuarios de cateterismo vesical intermitente: testando un nuevo set

RESUMEN

Teniendo en cuenta que el cateterismo intermitente es el tratamiento de primera elección para el manejo de la vejiga neurógena, quisimos estudiar si un nuevo set aportaría ventajas al usuario en su sondaje, tanto en el manejo como en sus relaciones sociales y su calidad de vida.

Palabras clave: cateterismo intermitente, calidad de vida, ensayo clínico.

SUMMARY

We wanted to research if a new set would offer advantages to the catheter user taking into account that intermittent catheterization becomes the method of choice for neurogic bladder management. For that reason, we included social relationship domains and quality of life in patients with stoma in the study.

Keywords: *intermittent catheterization, quality of life, clinical testing.*

OBJETIVO

Por tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de los usuarios del cateterismo intermitente, las características y preferencias de dispositivo por parte de los usuarios para la práctica del sondaje intermitente, así como su relación o influencia en la calidad de vida, después de haber probado un nuevo set entre los usuarios habituales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para todo ello realizamos un ensayo clínico poscomercialización, prospectivo, no randomizado y unicéntrico, en donde los **criterios de inclusión** son:

- Población mayor de 18 años.
- Diagnosticado de vejiga neurógena.
- Usuario habitual de set o sonda más bolsa para la realización del cateterismo vesical intermitente desde hace al menos 3 meses.
- Capaz de realizar la técnica de forma independiente.
- Capaz de usar por sí solo el set a estudio después de haber sido entrenado adecuadamente.
- Entender y cumplimentar el consentimiento informado para participar en el estudio.

Como **criterios de exclusión** destacamos:

- Pacientes con infecciones en el tracto urinario en el momento de la inclusión.
- Que ya fuese usuario de la sonda SpeediCath Compact.
- Que se encuentre ingresado en un centro de rehabilitación.
- Estar embarazada o en fase de lactancia.

En una primera visita de inclusión detectamos aquellas personas candidatas para nuestro estudio, lo explicamos, se firma el consentimiento informado, verificamos el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión y se cumplimentan los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario demográfico basal.
- Cuestionario "ISC-Q" (3) (cuestionario validado para evaluar las necesidades y su relación con la calidad de vida de pacientes con vejiga neurógena), en el cual se valoran cuatro dominios:
  - Facilidad de uso.
  - Discreción.
  - Factores psicosociales.
  - Comodidad de uso.
- Cuestionario de calidad de vida "Qualiveen" (4).
- Cuestionario de satisfacción del producto habitual.

Después de pasadas entre 4 a 6 semanas usando el nuevo set realizamos una visita final en donde se recogen:

- Cuestionario "ISC-Q".
- Cuestionario de calidad de vida "Qualiveen".
- Cuestionario final de preferencia y satisfacción de producto.
- Recogida de acontecimientos adversos, si procede.
- Formulario de finalización de estudio.

RESULTADOS

Al comienzo del estudio contamos con una muestra de 47 pacientes, de los cuales 43 finalizan el estudio; por lo tanto hay una pérdida de seguimiento de 4 pacientes que no completan la segunda visita. Como acontecimientos adversos registramos hematuria e infección del tracto urinario.

Resultados demográficos relevantes

- El 78% es hombre.
- El 47,8% vive en pareja.
- El 95% de la muestra de este estudio son parapléjicos (posiblemente porque una de las premisas para la inclusión en este estudio es que tiene que ser capaz de realizarlo de forma independiente).
- El 78,5% lleva más de 3 años realizando cateterismos intermitentes como método de vaciamiento de su vejiga.
- El 12,8% ha tenido infecciones de orina sintomáticas en alguna ocasión.
- El 12,7% de los pacientes verbaliza sufrir depresión.

Resultados de la evaluación de la sonda

El cuestionario ISC-Q evalúa el cateterismo vesical intermitente y su relación con la calidad de vida en un total de 24 preguntas agrupadas en 4 dominios (comodidad, facilidad de uso, discreción y factores psicosociales), donde la puntuación total se encuentra entre 0 y 100. La puntuación superior representa menor carga asociada al sondaje vesical intermitente y, por tanto, mayor calidad de vida.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a:

1. Discreción.
2. Puntuación total.
3. Comodidad: aunque el p-valor no sea estadísticamente significativo, podemos observar una tendencia positiva en este dominio.

Si realizamos un subanálisis en función de los grupos de edad (dividiendo la muestra en los mayores y menores de 44 años), observamos que:

Tabla 1

	Sonda habitual (n=43)		Nuevo set (n=43)		P-valor
	Media	DT	media	DT	
Comodidad	38,95	31,60	49,13	32,98	0,0603
Facilidad de uso	74,05	19,65	66,86	23,30	0,0724
Discreción	40,21	30,95	63,92	28,06	<0,0001
Factores psicosociales	43,09	22,15	43,99	19,66	0,3740
Puntuación total (QoL)	49,08	21,01	55,98	19,92	0,0214

Tabla 2

	>44 AÑOS (N=22)				
	Sonda habitual		Nuevo set		P-valor
	Media	DT	Media	DT	
Comodidad	5,00	4,67	7,91	5,15	0,0054
Facilidad de uso	23,32	6,22	20,41	8,27	0,0885
Discreción	8,18	6,87	15,05	7,19	0,0000
Factores psicosociales	10,18	5,66	10,73	5,68	0,02645
Puntuación total	45,16	21,89	55,15	23,98	0,0088

	<44 AÑOS (N=21)				
	Sonda habitual		Nuevo set		P-valor
	Media	DT	Media	DT	
Comodidad	7,52	5,23	7,81	5,53	0,4371
Facilidad de uso	24,10	6,49	22,43	6,54	0,1999
Discreción	11,19	7,84	15,65	6,39	0,0179
Factores psicosociales	10,51	5,06	10,38	3,57	0,4537
Puntuación total	53,18	19,73	56,84	15,10	0,2500

- Hay una mejor percepción en los mayores de 44 años en todas las subescalas y en la puntuación total.
- Los menores de 44 años presentan mejora significativa en el dominio de la discreción.

Si el subánalisis lo realizamos en función al tiempo que llevan realizando el sondaje vesical intermitente (a partir de un año), se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la discreción.

Por el contrario no se han encontrado diferencias significativas en los subanálisis realizados en relación a:

- La sonda habitual previa.
- Los grupos por edad (dividiendo la muestra en +/- 44 años).
- Por tiempo realizando la técnica (menos de 1 año/entre 1 y 3 años/más de 3 años).

Resultados de la evaluación del producto

A la pregunta de si continuaría utilizando el producto de investigación, si este estuviese disponible, una vez concluido este estudio, el 66% contestó que PROBABLEMENTE SÍ, y un 43% contestó IMPROBABLEMENTE.

DISCUSIÓN

Encontramos una valoración superior del set a estudio en cuanto a comodidad de uso, discreción y factores psicosociales, siendo mejor valorada por los usuarios en cuestiones referentes a la actividad fuera de casa. Destaca la valoración del producto en investigación referente a la discreción.

CONCLUSIONES

1. Speedicath Compact Set ha demostrado su superioridad en cuanto a comodidad de uso, discreción y puntuación total (QoL) en comparación con la sonda habitual de los usuarios.
2. Los usuarios mayores de 44 años tienen una mejor percepción del pro-

ducto en comodidad, discreción, factores psicosociales y el la puntuación total (QoL).
3. Asimismo, los menores de 44 años y aquellos que llevan más de 1 año realizando sondaje vesical intermitente encuentran el set a estudio más discreto que su dispositivo habitual.
4. El 66% de los usuarios incluidos quiere disponer del producto para su uso una vez finalizado el estudio.
5. Finalmente, estimamos necesaria la realización de futuros estudios con mayor tiempo de prueba con el dispositivo de investigación para poder confirmar los resultados obtenidos. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Almuiña C, Romay R, Garrido MJ. Técnicas de vaciado vesical. En: Montoto A, Ferreiro ME, Rodríguez A, Salvador S, editores. Lesión medular y vejiga neurógena. Barcelona: Ars Medica, 2005; pp 111-120.
2. Costa P, Perrouin-Verbe B, Colvez A, Didier J, Marquis P, Marrel A *et al*. Quality of life in spinal cord injury patients with urinary difficulties. Development and validation of Qualiveen. Eur Urol. 2001; 39 (1): 107-13.
3. Pinder B, Lloyd AJ, Elwick H, Denys P, Marley J, Bonniaud V. Development and psychometric validation of the intermittent self-catheterization questionnaire. Disponible en: http://www.urotoday.com/component/tags/tag/1048-intermittent-self-catheterization-questionnaire-isc-q.feed.
4. Amarengo G, Colvez A, Costa P, Didier JP, Perruin-Verbe B. Manual del usuario y guía de interpretación Qualiveen. Disponible en: http://www.aeu.es/cuestionarios.aspx

GARCÍA MARTÍNEZ, MANUEL JESÚS; MONTES NIETO, ISABEL M.ª; RUIZ MONTES, MYRIAM
Enfermeros. Servicio de Urología. Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología. HH.UU. Virgen del Rocío (Sevilla)

Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de neovejiga ileal ortotópica tipo Hautmann. Caso clínico

RESUMEN

Entre las derivaciones urinarias en pacientes sometidos a una cistectomía radical por cáncer vesical infiltrante, la neovejiga ileal ortotópica, tipo Hautmann, es una excelente alternativa. Como objetivos nos planteamos: 1) exponer los cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de cistectomía radical por cáncer vesical infiltrante a los que se les ha construido una neovejiga ileal tipo Hautmann, y 2) señalar el importante papel que juega enfermería, tanto hospitalaria como de atención primaria, en este tipo de intervención quirúrgica.

Se expone un caso clínico de un paciente diagnosticado de cáncer urotelial papilar de alto grado con infiltración perineural al que se le ha construido una neovejiga. Se muestra el procedimiento seguido en el servicio, así como los protocolos empleados y actuaciones de enfermería. Como complicación presentó un íleo paralítico. La bibliografía especializada señala que el íleo paralítico es una de las complicaciones inmediatas que se da con más frecuencia en la cistectomía radical por cáncer vesical infiltrante, junto con la fístula urinaria, retención urinaria por mucus y urosepsis. Estudios de seguimientos de casos de neovejiga ileal tipo Hautmann muestran buenos resultados funcionales, una baja tasa de complicaciones, tanto inmediatas como tardías, y, sobre todo, una buena calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: derivación urinaria, cistectomía radical, neovejiga tipo Hautmann, cuidados de enfermería.

SUMMARY

Orthopic ileal neobladder, type Hautmann, is currently the preferred method for urinary derivation in patients undergoing radical cystectomy for muscle-infiltrating bladder cancer. We set goals such as: 1) to supply useful information to patients with neobladder, specifically Hautmann neobladder about patients who underwent radical cystectomy due to infiltrating bladder cancer. 2) to highlight the important role that nursing staff plays by promoting quality in nursing care in this type of surgical intervention.

It is described the case of a patient diagnosed with high-grade papillary urothelial carcinoma with evidence of perineural invasion. This patient underwent a radical cystectomy with neobladder reconstruction. The patient presented paralytic ileus. Paralytic ileus is a severe complication resulting from a variety of disorders, which is most commonly associated with radical cystectomy due to infiltrating bladder cancer. Other complications are urinary fistula, urinary retention due to mucus and urosepsis. Surveys aimed at monitoring the Hautmann neobladder show good functional outcomes, a low rate of complications of both immediate and late responses, and therefore, the quality of life for these patients was good.

Keywords: *urinary derivation, radical cystectomy, Hautmann type neobladder, nursing care.*

INTRODUCCIÓN

Entre las derivaciones urinarias en pacientes sometidos a una cistectomía radical por cáncer vesical infiltrante (CRCVI), la neovejiga ileal ortotópica, tipo Hautmann (NIOH), es una excelente alternativa[1].

Álvarez Ardura *et al.*[2] afirman que la reconstrucción del tracto urinario tras la cistectomía radical ha evolucionado desde la simple derivación urinaria hasta la reconstrucción anatómica y funcional del mismo lo más próxima posible al estado preoperatorio del paciente, con objeto de proteger y conservar la función del tracto urinario superior. La evolución de la derivación urinaria poscistectomía ha pasado por tres fases: derivación cutánea incontinente (ureterostomía, conducto ileal), derivación cutánea continente (reservorio) y derivación urinaria con anastomosis a la propia uretra del paciente (neovejigas, reconstrucción ortotópica).

En los últimos 20 años, la reconstrucción ortotópica ha pasado de cirugía experimental a ser el método preferido de derivación urinaria en ambos sexos. Las neovejigas ileales constituyen la forma más frecuente de reconstrucción ortotópica, pudiéndose agrupar estas, en esencia, en tres categorías:

a) El hemi-Kock. Su última modificación técnica es compleja, por lo que no ha sido ampliamente aceptada.
b) El reservorio ileal en U con segmento ileal aferente isoperistáltico, descrito inicialmente por Studer *et al*.

[1] Heredia, C.; Alva, A.; Toyohama, V.; Anicama, J.; Sueldo, E.; Almoguer, E. "Vejiga neoileal tipo Hautmann. Seis años de experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins". *Revista Peruana de Urología*, vol. XIV, (80-85), enero-junio 2004: 47.

[2] Álvarez Ardura, M.; Llorente Abarca, C.; Studer, U. E. "Manejo perioperatorio y resultados en pacientes con neovejiga ileal ortotópica". Actas Urol Esp. 2008; 32(3): 297-98.

c) El reservorio en W, descrito por Hautmann *et al*. Su ventaja es que facilita una mejor continencia temprana debido a la mayor capacidad inicial del reservorio.

Lo más importante en los pacientes intervenidos de neovejiga, señalan los autores anteriormente citados[3], es el manejo posoperatorio, para lo cual se requiere un profundo conocimiento de la fisiología de la neovejiga, sus posibles complicaciones y tratamientos. La ausencia de estos cuidados conduce a unos pobres resultados funcionales con consecuencias devastadoras para los pacientes, de ahí el papel que juega enfermería en dicho período posoperatorio.

OBJETIVOS

1. Exponer los cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de cistectomía radical por cáncer vesical infiltrante a los que se le ha construido una neovejiga tipo Hautmann.
2. Señalar el importante papel que juega Enfermería, tanto hospitalaria como de atención primaria, en este tipo de intervención quirúrgica.

Con el presente caso clínico se pretende mostrar los principales diagnósticos enfermeros y plan de cuidados llevados a cabo por enfermería en esta patología, así como las más frecuentes complicaciones que suelen presentarse, caso del íleo paralítico.

MATERIAL / MÉTODO

Exposición de un caso clínico de un paciente intervenido de CRCVI, en seguimiento por el Servicio de Urología desde 2015, al que se le ha construido una neovejiga ileal ortotópica tipo Hautmann. Se muestra el procedimiento seguido en nuestro servicio por el personal de enfermería durante los once días de hospitalización: protocolos y registros empleados (protocolo de acogida, valoración inicial, gráficas de constantes, observaciones de enfermería, etc.), diagnósticos y planes de cuidados implantados, recomendaciones de enfermería al alta e informe de continuidad de cuidados y seguimiento por enfermería de atención primaria.

Para la elaboración del plan de cuidados se sigue el modelo empleado habitualmente en el servicio, de Majori Gordon (1982), de los "Once patrones funcionales". Tras la valoración inicial realizada por enfermería, tanto en UCI como en planta, se confeccionaron los correspondientes diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), siguiendo la metodología establecida por la NANDA.

RESULTADOS

Se expone seguidamente el caso clínico, la evolución del paciente, tanto en UCI como en planta, los diagnósticos enfermeros planteados y el plan de cuidados seguido.

Caso clínico

Paciente varón de 65 años, consciente y lúcido, diagnosticado de carcinoma urotelial de vejiga urinaria pT2 cN0 cM0, G3, e hiperplasia benigna de próstata, que ingresa en el Servicio de Urología de forma programada para intervención quirúrgica de cistectomía radical + linfadenectomía iliobturatriz bilateral + neovejiga ortotópica tipo Hautmann. Como antecedentes familiares presenta hermano con patología oncológica y como antecedentes personales destaca dudosa alergia al yodo, HTA en tratamiento y úlcera duodenal en seguimiento por el Servicio de Digestivo.

Cinco meses previos a la intervención quirúrgica se le realiza resección transuretral, sin complicaciones, recibiendo posteriormente tratamiento con quimioterapia neoadyuvante según esquema CDDP + GMZ, con respuesta parcial, en seguimiento por Oncología.

Durante su hospitalización presentó íleo paralítico de 24-48 horas de evolución que requirió colocación de sonda nasogástrica, sin más incidencias. Buena evolución, afebril, dolor controlado, abdomen sin hallazgos y herida quirúrgica con buen estado.

El paciente se marcha de alta con sonda vesical y doble J bilateral. A la semana se retirarán los puntos en su centro de salud y se cita al mes en consultas externas de Urología para valorar el momento de retirada del doble J bilateral y a la planta de hospitalización para realización de cistografía previa a retirada de sonda vesical (deberá tomar 3 g de fosfomicina por vía oral la noche previa).

Evolución del paciente durante la hospitalización. Observaciones y cuidados de enfermería administrados

El paciente permaneció ingresado en el Servicio de Urología un total de once días, los dos primeros del posoperatorio inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos.

A) Preoperatorio

El día del ingreso en planta se recibe activando el protocolo de acogida, cumplimentándose la hoja de valoración inicial, hoja de constantes vitales, diagnósticos de enfermería, plan de cuidados, agenda y observaciones de enfermería. Esa misma tarde se administra enema de limpieza, que es efectivo, y por la noche la premedicación prescrita por el Servicio de Anestesia (bemiparina sódica 3.500 ui por vía subcutánea, omeprazol 20 mg y lorazepam 1 mg por vía oral), dejándose en ayunas a partir de las 24 horas.

En la mañana, una hora previa a la intervención quirúrgica, se administra la premedicación correspondiente (midazolam 6 mg por vía oral) y se coloca medias compresivas en miembros inferiores con carácter profiláctico.

B) Posoperatorio

B.1) En UCI

Tras la intervención, el paciente pasa a UCI, donde permaneció 48 horas. A su ingreso presentó aceptable estado general, eupnea de reposo, saturación de oxígeno de 100% con VM al 35% y constantes vitales dentro de la normalidad (afebril, TA de 135/65 mmHg), catéter epidural y disminución de la movilidad en MID, probablemente por dicho catéter. Abdomen blando sin datos de peritonismo, doloroso a la palpación. Porta sondaje urinario con sonda de Foley 22 ch que drena la neovejiga, con 50 cc de orina hematúrica y drenaje tipo Penrose en FII con escaso débito de con-

[3] Ibídem, p. 298.

tenido serohemático (80 ml en 24 horas) y medias compresivas.

Durante su estancia en UCI presentó evolución clínica favorable, estabilidad hemodinámica, manteniendo buenas diuresis, en torno 50-120 ml/hora, siendo la orina hematúrica. Se retira catéter venoso yugular derecho y se inicia toma de agua, indicándose no realizar lavados vesicales con más de 30 cc. Se canaliza nueva vía venosa periférica.

Figura 1
Los lavados de la sonda uretral han de practicarse suavemente y con globo de no más de 30 cc de solución salina, con objeto de no dañar la neovejiga construida

B.2) En planta

El paciente ingresa en planta tras una estancia en UCI de 48 horas. Durante este período posoperatorio, el paciente presenta, en general, buena evolución clínica, aunque al cuarto día se procedió a la colocación de sonda nasogástrica por íleo paralítico, sin más incidencias. Se administran cuidados y tratamiento médico prescrito, consistente en fluidoterapia con ClK, alternando solución fisiológica con solución glucosada; sulfato ferroso 256.3 mg/24 h; enalapril 20 vía oral/24 h; omeprazol 20 mg/24 h; bemiparina sódica 3.500 ui subc./24 h; paracetamol 1.000 mg/8 h; metamizol 2 g/8 h; amoxicilina/clavulánico 1 g/8 h; metoclopramida 10 mg IV/8 h; lorazepam 1 mg/23 h; eritromicina 250 mg IV/8 h y petidina 100 mg, en caso de ser preciso (no lo necesitó).

Figura 2
Herida quirúrgica del paciente intervenido de neovejiga tipo Hautmann

Figura 3
Orificio del drenaje Penrose. Este se retiró al quinto día del posoperatorio

Entre las prescripciones, cuidados y medidas prescritos se encontraban las siguientes: cabecero de la cama semiincorporado, extracción de hemocultivo si temperatura > 38º (no fue necesario), fajar al paciente, control del aspecto y débito del drenaje Penrose, control del aspecto y débito de la orina, debiéndose avisar a urología en caso de ser este < 50 ml/h, enjuagues con agua e inicio de tolerancia a agua y líquidos (progresó sin problema), lavado vesical suave en principio por turno con no más de 30 cc de solución salina, reposo relativo y levantar posteriormente al paciente, con ejercicio moderado (se llevó a cabo sin presentar problema), pinzamiento de sonda nasogástrica para su posterior retirada, lo cual se hizo sin incidencias, extracción de analítica de control y curas locales diarias de las heridas quirúrgicas con solución de povidona iodada (betadine).

Figura 4
Entre las medidas y cuidados enfermeros administrados se encuentra la de fajar al paciente intervenido

C) Alta hospitalaria

Diez días después de su ingreso, el paciente recibe el alta hospitalaria. Se le entrega el informe de enfermería al alta, con las medidas y cuidados correspondientes, y se le indica que estará en contacto con los profesionales de atención primaria para cura de la herida, retirada de puntos y de sonda uretral y demás cuidados.

Al alta, los resultados de las analíticas eran normales (bioquímica y gasometría), presentando una Hb de 9 g/dl y 12.000 leucocitos. El paciente porta sonda vesical y doble J bilateral. A la semana se retirarán los puntos en su centro de salud y se cita al mes en consultas externas de Urología para valorar el momento de retirada del doble J bilateral y a la planta de hospitalización para realización de cistografía previa a retirada de sonda vesical (deberá tomar 3 g de fosfomicina por vía oral la noche previa). Para la recogida de orina y comodidad

del paciente y que pueda pasear, se le entrega bolsa de pierna.

Valoración y diagnósticos enfermeros planteados

Tras la valoración inicial y seguimiento posterior del paciente, tanto en UCI como en planta, se elaboraron los siguientes diagnósticos enfermeros[4], criterios de resultados (NOC)[5] e intervenciones de enfermería (NIC)[6], estableciéndose el correspondiente plan de cuidados para cada situación clínica.

En relación a la valoración inicial, en nuestro servicio se sigue el modelo de los "Once patrones funcionales" de Majori Gordon (1982), los cuales se vieron afectados en el caso clínico planteado del siguiente modo:

- Patrón 1: *Percepción-manejo de la salud*. El paciente tiene dificultad para seguir el tratamiento médico y los cuidados enfermeros. Necesitó de la ayuda de enfermería y su familia para resolverlo adecuadamente. No alergias.
- Patrón 2: *Nutrición-metabolismo*. Mantuvo dieta absoluta los primeros días del posoperatorio, presentando íleo paralítico secundario a la cirugía y tratamiento. Dicho problema se resolvió con dieta absoluta y colocación de sonda nasogástrica conectada a aspiración suave.
- Patrón 3: *Eliminación*. El paciente porta sondaje urinario, permeable, realizándose lavados manuales suaves de la neovejiga cada ocho horas. Debido a la inmovilización inicial en cama, presentó dificultad para defecar.
- Patrón 4: *Actividad-ejercicio*. El paciente guardó reposo absoluto los primeros tres días y relativo los siguientes. A los cinco días del posoperatorio se levanta con la ayuda de otra persona, sin problemas, y pasea.
- Patrón 5: *Sueño-descanso*. Necesitó medicación para dormir (lorazepam 1 mg vía oral) tras la resolución del íleo paralítico.
- Patrón 6: *Cognitivo-perceptual*. Consciente y orientado. El paciente presentó molestias abdominales derivadas de la cirugía y del íleo paralítico, así como molestias lumbares, que ya padecía antes de su ingreso.
- Patrón 7: *Autopercepción-autoconcepto*. Refiere situación de ansiedad y temor, preocupándole los cambios funcionales y corporales. Está preocupado por la evolución y por la disfunción sexual que pueda tener tras la intervención quirúrgica. Se le informa al respecto.
- Patrón 8: *Rol-relaciones*. Su familia ha colaborado en todo momento con enfermería durante el proceso de hospitalización del paciente. Le ha acompañado todo el tiempo. Los cuidadores principales son su esposa e hija.
- Patrón 9: *Sexualidad-reproducción*. El paciente está preocupado y manifiesta dudas sobre si en un futuro puede verse afectada su sexualidad. Pregunta sobre el tema. Fue informado sobre ello por su equipo médico.
- Patrón 10: *Adaptación-tolerancia al estrés*. Los primeros días del posoperatorio presentó cuadro de ansiedad y estrés importantes, llegando incluso a enfrentarse verbalmente al profesional de enfermería que le atendía, amenazando con quitarse la sonda nasogástrica y no dejarse colocar de nuevo. Fue necesaria la intervención del médico de guardia. Se resuelve la situación, llegando a pedir disculpas el paciente por su comportamiento y momento de nerviosismo. Cambio de conducta los siguientes días, colaborando en todo lo que se le pedía.
- Patrón 11: *Valores-creencias*. No solicita asistencia religiosa durante la hospitalización.

Los diagnósticos enfermeros NIC y NOC planteados fueron los siguientes:

- *00146 Ansiedad R/C amenaza de cambio en el rol y estado de salud y 00148 Temor.*
  Criterio de resultados (NOC): 1402 Control de la ansiedad y 1404 Control del miedo.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 5820 Disminución de la ansiedad, 4920 Escucha activa, 5280 Potenciación de la seguridad, 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento.
- *00095 Deterioro del patrón de sueño R/C ansiedad, ruido, falta de familiaridad, muebles, habitación, falta de intimidad o control para el sueño e interrupción para procedimientos terapéuticos, controles o pruebas de laboratorio.*
  Criterio de resultados (NOC): 0003 Descanso, 0004 Sueño, 1402 Control de la ansiedad.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 1850 Fomentar el sueño, 5230 Aumentar el afrontamiento, 5820 Disminución de la ansiedad, 5880 Técnica de relajación, 6482 Manejo ambiental: confort.
- *00108 Déficit de autocuidado R/C debilidad y cansancio e incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo: 0305 Baño/higiene, 00102 Alimentación, 00110 Uso del WC, 00109 Vestido/acicalamiento.*
  Criterio de resultados (NOC): 0300 Cuidados personales, actividades de la vida diaria.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 1800 Ayuda al autocuidado, 5606 Enseñanza individual, 7040 Apoyo al cuidador principal.
- *00085 Deterioro de la movilidad física R/C prescripción de restricción de movimientos y malestar o dolor.*
  Criterio de resultados (NOC): 0300 Cuidados personales: Actividades de la vida diaria, 1811 Conocimiento: Actividad prescrita, 2102 Nivel de dolor.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 1800 Ayuda al autocuidado, 5612 Enseñanza: Actividad/Ejercicio prescrito, 0840 Cambio de posición.
- *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* (activado en UCI).
  Criterio de resultados (NOC): 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 110113 Piel intacta.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 3540 Prevención de úlceras por presión, 354020 Aplicar protectores para zonas de riesgo, 354019 Vigilar las fuentes de fricción y presión.
- *00118 Trastorno de la imagen corporal R/C factores biofisiológicos, tratamiento de la enfermedad y cirugía.*

[4] NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2007-2008.* Editorial Elsevier España, S.A. 2.ª edic. 2007.
[5] Moorhead, Sue y otros. *NOC. Clasificación de Resultados de Enfermería.* Editorial Elsevier España, S.A. 2.ª edic. 2004.
[6] Mc Closkey y otros. *NIC. Clasificación de Resultados de Enfermería.* Editorial Elsevier España, S.A. 2.ª edic. 2008.

Criterio de resultados (NOC): 1814 Conocimientos sobre Procedimientos terapéuticos, 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida, 1205 Autoestima.
Intervenciones de enfermería (NIC): 5220 Potenciación de la imagen corporal, 5400 Potenciación de la autoestima.

- *00059 Disfunción sexual R/C alteración en la estructura corporal (cirugía).*
  Criterio de resultados (NOC): 1205 Autoestima, 1300 Aceptación: estado de salud, 0019 Funcionamiento sexual.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 5248 Asesoramiento sexual, 5624 Enseñanza: sexualidad.
- *00039 Riesgo de aspiración R/C cirugía, disminución de la motilidad gastrointestinal y retraso en el vaciado gástrico (SNG conectada a aspiración).*
  Criterio de resultados (NOC): 1918 Control de la aspiración.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 1570 Manejo del vómito y 3200 Precauciones para evitar la aspiración.
- *00004 Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.*
  Criterio de resultados (NOC): 1908 Detección del riesgo, 1807 Conocimiento sobre control de la infección y 1902 Control del riesgo.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 3660 Cuidados de las heridas, 6540 Control de infecciones, 3660 Cuidados de la herida y 1876 Cuidados del catéter urinario.
- *0016 Deterioro de la eliminación urinaria.*
  Criterio de resultados (NOC): 0502 Continencia urinaria y 0503 Eliminación urinaria.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 0590 Manejo de la eliminación urinaria, 0620 Cuidados de la retención urinaria y 0582 Sondaje vesical intermitente.
- *00015 Riesgo de estreñimiento R/C disminución motilidad intestinal, debilidad de los músculos abdominales (uso de fármacos opiáceos y cirugía con manipulación de paquete intestinal).*
  Criterio de resultados (NOC): 0501 Eliminación intestinal.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.

Problemas interdisciplinares (reales o potenciales)

1. *Íleo paralítico secundario a cirugía.*
   1080 Sondaje gastrointestinal (SNG).
2. *Dolor secundario a intervención quirúrgica.*
   1400 Manejo del dolor.
   NOC: 1605 Control del dolor, 2102 Nivel del dolor.
   NIC: 6482 Manejo ambiental (confort), 2210 Administración de analgésicos.
3. *Náuseas/vómitos.*
   NOC: 0602 Hidratación, 2103 Gravedad del síntoma.
   NIC: 1450 Manejo de las náuseas. Prevención y alivio de las náuseas, 1570 Manejo del vómito, 2380 Manejo de la medicación.
4. *Fiebre secundaria a cirugía.*
   NIC: 6680 Monitorización de signos vitales, 6650 Protección contra infecciones y 3740 Tratamiento de la fiebre.

5 *Retraso/adelanto en la recuperación quirúrgica.*

DISCUSIÓN

La cistectomía con neovejiga es uno de los procedimientos quirúrgicos más laboriosos y clásicamente se han descrito tasas de morbilidad y mortalidad del 20 al 60% y del 0,3 al 6% respectivamente, aun en centros de alto volumen quirúrgico[7]. En relación a las complicaciones que suelen presentarse, Hautmann informa en su serie sobre un total de 1.013 pacientes un 58% de complicaciones y una mortalidad del 2,3% dentro de los 90 días posoperatorios[8].

La bibliografía especializada consultada señala que el íleo paralítico es una de las complicaciones inmediatas que se da con más frecuencia en la CRCVI, tras la fístula urinaria, retención urinaria por mucus y urosepsis. El caso clínico presentado se resolvió sin problema tras la colocación de sonda nasogástrica conectada a aspiración suave durante cinco días.

Entre las complicaciones tardías, C. Heredia *et al*. refieren las siguientes: estenosis uréter neovejiga, reflujo neovejiga uréter, estenosis neovejiga uretra, fístula neovejiga cutánea, fístula neovejiga vaginal y ruptura espontánea[9].

La experiencia en la construcción de neovejigas ileales demuestra, según estos autores citados[10], que los mejores resultados se alcanzan en un paciente bien seleccionado y muy motivado, sobre todo si es menor de 70 años, como el caso seleccionado. Para estos pacientes, la vida es similar a si se tuviera su vejiga nativa. Estos estudios señalan que la neovejiga ortotópica de Hautmann "es la mejor derivación, según nuestra experiencia"[11].

CONCLUSIÓN

Estudios de seguimientos de casos de NIOH muestran buenos resultados funcionales, una baja tasa de complicaciones, tanto inmediatas como tardías, y, sobre todo, una buena calidad de vida de los pacientes. A destacar el papel llevado a cabo por enfermería, tanto hospitalaria como en atención primaria. En el caso clínico analizado ha sido importante ayudar al paciente a la adopción de actitudes positivas y pedir su colaboración, participando en ello, al mismo tiempo, su cuidador o cuidadores principales, su esposa e hija, enseñándole, entre otras, técnicas de relajación.

Por tanto, como señalan Álvarez Ardura *et al*., el éxito de la neovejiga no

[7] Chernobilsky, V.; Becher, E.; Borghi, M.; Savignano, S.; Montes de Oca, L.F. "Cistectomía con neovejiga ileal ortotópica en el hombre: técnica quirúrgica, manejo del perioperatorio y de las complicaciones". *SAU Revista Argentina de Urología*, vol. 77 (4), 2012: 238-255.
[8] Ibídem, p. 253.
[9] Obra citada Heredia, C. *et al*., p. 49.
[10] Ibídem, pp. 47-52. El estudio llevado a cabo por estos autores se hizo entre los años 1997 y 2003 en 120 pacientes sometidos a cistectomía radical por presentar un carcinoma infiltrante de células transicionales de vejiga.
[11] Ibídem, p. 51.

solo se basa en la técnica quirúrgica, sino también en un seguimiento exhaustivo y protocolizado. Solo de esta forma, el reservorio alcanzará una función óptima y se podrán reconocer las posibles complicaciones de forma temprana[12].

Tras el alta hospitalaria, pues, es importante el papel de enfermería en cuanto al seguimiento del paciente, llevado a cabo por enfermería de atención primaria, con objeto de: valorar su inserción en la vida cotidiana, detectar problemas que podrían presentarse, insistirle al paciente sobre la importancia de seguir las indicaciones médicas y de enfermería en relación con la neovejiga (control de diuresis, aspecto de la orina, presencia de moco, obstrucción de la sonda, manejo de la técnica del autosondaje, reconocimiento de factores de riesgo de infecciones, dieta más conveniente, entre otros aspectos), por lo que la educación sanitaria constituye un pilar central en la administración de unos cuidados enfermeros integrales y efectivos. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Ardura, M.; Llorente Abarca, C.; Studer, U.E. "Manejo perioperatorio y resultados en pacientes con neovejiga ileal ortotópica". *Actas Urol Esp*. 2008; 32(3): 297-306.
- Broseta, E.; Budía, A.; Burgués, J.P.; Luján, S.; Serrano, A.; Jiménez Cruz, J. F. *Atlas quirúrgico de Urología práctica*. "Cap. VII: Derivaciones urinarias. 1. Neovejiga ortotópica tipo Hautmann". H.U. La Fe. Valencia. Edit. Cryre Marketing Solutions. Madrid, 2009: 242-249.
- Chernobilsky, V.; Becher, E.; Borghi, M.; Savignano, S.; Montes de Oca, L.F. "Cistectomía con neovejiga ileal ortotópica en el hombre: técnica quirúrgica, manejo del perioperatorio y de las complicaciones". *SAU Revista Argentina de Urología*, vol. 77 (4), 2012: 238-255.
- Heredia, C.; Alva, A.; Toyohama, V.; Anicama, J.; Sueldo, E.; Almoguer, E. "Vejiga neoileal tipo Hautmann. Seis años de experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins". *Revista Peruana de Urología*, vol. XIV, (80-85), enero-junio 2004: 47-52.
- Mc Closkey y otros. *NIC. Clasificación de Resultados de Enfermería*. Editorial Elsevier España, S.A. 2.ª edic. 2008.
- Moorhead, Sue y otros. *NOC. Clasificación de Resultados de Enfermería*. Editorial Elsevier España, S.A. 2.ª edic. 2004.
- NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2007-2008*. Editorial Elsevier España, S.A. 2.ª edic. 2007.
- Pierre-Louis Lauture, M.; Martínez Feria, L.; Sánchez Álvarez, A. "Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria". *Enfuro*, n.º 110, 2009: 13-14.
- Servicio de Urología. Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología de los HH.UU. Virgen del Rocío. *Protocolos y Registros de Enfermería*. Sevilla, 2016.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean mostrar su más sincero agradecimiento a todo el personal del Servicio de Urología por su ayuda en la realización del presente trabajo, así como a doña Verónica Galiano López (supervisora del servicio), don José Antonio Alcántara Bernal (director de Cuidados) y al doctor don Rafael Antonio Medina López (director de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología) por hacer posible la asistencia de los autores al congreso. Muchas gracias a todos.

[12] Obra citada Álvarez Ardura *et al.*, p. 305.

PALOMINO MARTÍNEZ, ANA[1]; RUIZ PÉREZ, ALICIA[2]; PLANS MARCOBAL, MIREIA[3]; BLAISE GARIJO, ELENA[4]; FRANQUET BARNILS, ESTHER[5]
[1] Enfermera, Fundación Puigvert, Barcelona; [2] Enfermera experta en estomaterapia, Fundación Puigvert, Barcelona; [3,4] Supervisora, Fundación Puigvert, Barcelona; [5] Directora enfermera, Fundación Puigvert, Barcelona

Urostomías: marcaje a medida versus complicaciones

RESUMEN

La atención integral a la persona ostomizada se inicia en el momento de la indicación quirúrgica invasiva de la extirpación completa de la vejiga que en determinadas patologías urológicas se indican: la cistitis, la litiasis vesical y en la gran mayoría de los tumores vesicales infiltrantes. Tras el primer contacto con el paciente, el objetivo de enfermería es proporcionar educación sanitaria y soporte emocional al paciente y/o cuidador durante todo el proceso, dar información individualizada para que recupere la autonomía lo antes posible.

Palabras clave: ostomía, urostomía, marcaje, complicaciones, preoperatorio.

SUMMARY

The treatment of ostomized patient is initiated when the bladder removal surgery has been performed in cases such as cystitis, vesical lithiasis and most of the bladder tumours. It is important that a professional nursing staff who has the very first contact with the patient radiate friendliness and concern, offer emotional support to the patient and/or caregiver and provides the patient with relevant information about the recovery process so the patient can restore autonomy.

Keywords: *ostomy, urostomy, markings, complications, preoperative measures.*

INTRODUCCIÓN

Tras la exéresis de la vejiga, el paciente puede ser portador de un estoma urinario que es una indicación del tratamiento quirúrgico de la cistectomía, la ureterectomía cutánea, la colostomía húmeda…, que consiste en la presencia de un estoma en la pared abdominal a través de la cual se exterioriza una porción del intestino grueso, cumpliendo con la función principal de la eliminación de la orina. En la última década, la Fundación Puigvert ha llevado a cabo 606 conductos ileales, 79 ureterectomías cutáneas, 117 studers y 26 colostomías húmedas.

Por otra parte, la enfermedad renal crónica (ERC) está en constante aumento en número de prevalencia e incidencia a nivel mundial. Actualmente, los tratamientos que existen para la ERC (3) son la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal (DP), el trasplante renal (TR) y el tratamiento paliativo. Entre ellos, el trasplante renal es el principal tratamiento de elección, ya que mejora considerablemente la calidad de vida y la supervivencia del paciente (4-5). Esto es debido a que el tratamiento ofrece la posibilidad de vivir sin la enfermedad renal crónica así como sin los inconvenientes que esta conlleva (5). Según datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Cataluña (604) y Andalucía (453) son las comunidades autónomas que más trasplantes al año han realizado en el 2014.

El trasplante renal con derivaciones urinarias incontinentes genera controversias. Aunque representa una derivación de utilidad en pacientes con carcinoma vesical infiltrante, a largo plazo puede presentar un elevado número de complicaciones (estenosis del estoma, hiperqueratosis, litiasis, infecciones urinarias). En el estudio de Glass y col. (6), sobre 68 pacientes con este tipo de derivación presentan un 32% de complicaciones atribuidas al conducto ileal, con sepsis en 18 pacientes, de los cuales fallecieron nueve, por lo que se recomienda no utilizar dicha derivación para trasplante renal. En cambio, Surange *et al.* (7) logran mejores resultados en 59 pacientes con derivación urinaria con conducto ileal, aunque la tasa de complicaciones es mayor a la de los trasplantes convencionales.

La técnica quirúrgica que generalmente suele utilizarse es la anastomosis del uréter del riñón trasplantado a la cola del asa ileal, Chaykovska describe buenos resultados con una uretero-ureteroanastomosis entre el uréter del riñón trasplantado y el uréter nativo, y recomienda esta técnica para conseguir una anastomosis sin tensión, cuando la longitud del uréter es escasa o cuando se produce un retracción del pouch ileal, debido a la anuria durante períodos prolongados (8).

OBJETIVO

Presentar nuestra experiencia en cuatro pacientes adultos trasplantados renales con derivaciones urinarias.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de series de casos, para ello se revisaron de forma retrospectiva los registros clínicos de los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ERET) que han precisado

que se les realice una derivación urinaria incontinente con estoma (urostomía y/o ureterostomía cutánea) para poder llevar a cabo el trasplante renal, en Fundación Puigvert, Barcelona, desde 1980 hasta 2016.

La población diana ha sido un total de 28 casos. De esta muestra se excluyeron los pacientes que eran portadores de derivación urinaria desde la infancia, como por ejemplo extrofia vesical, espina bífida…, los pacientes que fueron éxitus y pacientes a los que no se les realiza el seguimiento en nuestro centro. Se presenta la descripción de cuatro clínicos más relevantes donde se analizan variables sociodemográficas (edad y sexo), clínicas (tipo de cirugía, tipo de trasplante renal, tipo de donante, tratamiento o no de diálisis, complicaciones intraoperatorias y posoperatorias).

RESULTADOS

Los pacientes presentan una edad media de 72 años; todos tienen antecedentes de neoplasias urológicas que han derivado en ERET. Tres de ellos quedaron anéfricos y a estos se les realiza en el mismo acto quirúrgico el trasplante renal y derivación urinaria. El último paciente es portador de ureterostomía cutánea izquierda, ya que es monorreno izquierdo, en acto de trasplante renal se le realiza una nueva ureterostomía cutánea en el lado derecho a causa de la insuficiencia renal.

En tres de los casos el trasplante fue de donante cadáver y uno de donante vivo. Todos ellos estuvieron en tratamiento de hemodiálisis, permaneciendo tres de ellos una media de 4 años en tratamiento y el cuarto, menos de un año. En la actualidad todos presentan una evolución favorable del injerto.

A continuación se presentan los cuatro casos:

- *Caso 1*

  Varón de 68 años de edad. Monorreno congénito izquierdo. En 2007 se le realiza nefroureterectomía izquierda + cistoprostatectomía radical por tumor, debiendo de iniciar hemodiálisis. En 2009 se le realiza trasplante renal de donante vivo + conducto ileal en el mismo acto quirúrgico. Durante el seguimiento presentó complicaciones con el estoma por hundimiento y granulomas.

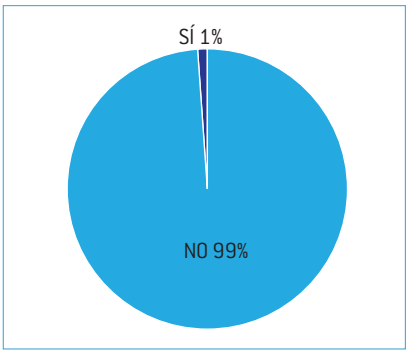
- *Caso 2*

  Varón de 75 años. Antecedentes urológicos de múltiples RTU (resección transuretral urinaria) tumor vesical, en 2001 se le practica nefroureterectomía izquierda, en 2003 se le realiza nefroureterectomía derecha, por lo tanto queda anéfrico y entra en programa de hemodiálisis. En noviembre de 2004 se le realiza cistectomía radical + linfadenectomía por tumor. En 2009 se le realiza trasplante renal de donante cadáver + conducto ileal en el mismo acto quirúrgico. Durante el seguimiento presentó complicaciones del estoma por granulomas y nebus.

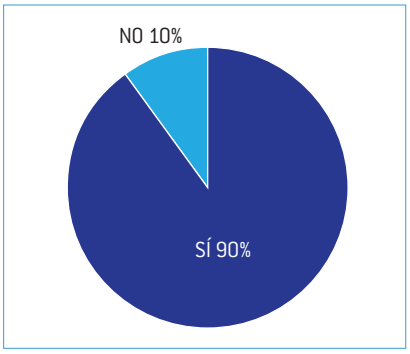
- *Caso 3*

  Varón de 74 años. Antecedentes urológicos de múltiples RTU tumor vesical y prostático. En 2007 se le realiza nefrectomía bilateral laparoscópica + cistoprostatectomía radical + linfadenectomía bilateral, debiendo de iniciar hemodiálisis. En 2011 se le realiza trasplante renal de donante cadáver + conducto ileal en el mismo acto

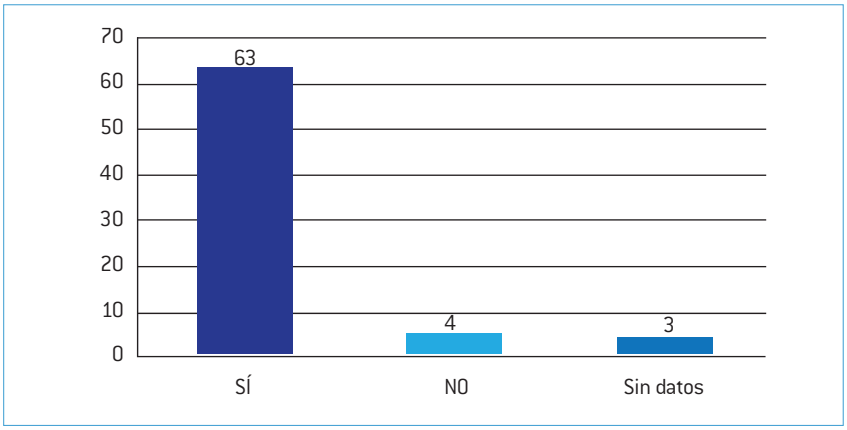
Marcage inicial



Coincidencia del marcage recomendado con la ubicación final



Satisfación del paciente (número de pacientes)



Estudio descriptivo: perfil del paciente

Variable	Medias	Desviaciones estándar
Edad	69,75	±10,78
Peso	76,40	±14,17
Perímetro abdominal	104 (mediana)	±18,33
IMC	27,26	±4,30

quirúrgico. Sin complicaciones del estoma posterior a la cirugía.

- *Caso 4*
  Varón de 72 años de edad. Antecedentes urológicos de nefrectomía derecha en 1996, múltiples RTU de tumor vesical y próstata, se le realiza en 2010 cistectomía radical + urostomía cutánea izquierda. Inicia hemodiálisis a principios de 2015 por IRT, teniendo mala tolerancia a las sesiones. En septiembre de 2015 se realiza trasplante renal de donante cadáver en fosa ilíaca derecha + ureterostomía cutánea derecha, en consecuencia es portador de dos ureterostomías. En esta última, la derecha, durante el posoperatorío tardío, presentó retracción que fue resuelta con un sistema convexo.

DISCUSIÓN

Algunos de los autores consultados llegan a la conclusión de que los pacientes ostomizados por causa del cáncer refieren una mejor calidad de vida genérica y específica que los que han sido ostomizados por patologías no cancerosas. En ambos casos refieren fatiga y/o insomnio, fugas, dolor, dificultades para la actividad física y otras actividades de la vida diaria. La ropa y la dieta fueron los factores que más influyeron en la vida cotidiana en los dos grupos (9). Otros añaden que el soporte social que otorga el personal sanitario contribuye al manejo y la adaptación a la nueva situación del receptor, causando una buena percepción de calidad de vida en el paciente (10-11). Estos se deben encargar de realizar educación al paciente pre y postrasplante, ya que tal conocimiento tiene un impacto importante en la autoeficacia, los cambios de comportamiento, el afrontamiento y la calidad de vida del receptor (12).

CONCLUSIÓN

Desde la implantación de la consulta de estomaterapia se ha observado que los pacientes que han precisado una derivación cutánea incontinente para realizarles un trasplante renal refieren que han aceptado con un alto grado de satisfacción ser portadores de una ostomía, ya que esto les ha permitido abandonar el tratamiento de hemodiálisis y por tanto una mejora de la calidad de vida y menor alteración de la imagen corporal que los pacientes portadores de urostomía y/o ureterostomía sin ERET previa a la cirugía radical.

La mejora de la calidad de vida y menor alteración de la imagen corporal que la enfermera estomaterapeuta ha observado en la consulta y las experiencias que refieren los pacientes, han abierto nuevas líneas de investigación tanto cuantitativa como cualitativa sobre la calidad de vida de estos pacientes. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Colwell, J. C. & Gray, M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 34 (5), 492-496.
2. De Frutos R, Solís M, Hernando A, Béjar P, Navarro C, Mayo N. Calidad de vida en los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. Metas de Enferm. Mar 2011;14 (2): 24-31.
3. Ruiz JC, Fernández G, Rodrigo E. Aspectos especiales de manejo del paciente con insuficiencia renal. Tratamientos sustitutivos, tipos e indicaciones. Transplante renal. Medicine (Baltimore). 2007; 9 (79): 5087-96.
4. Passoni R, Brandalize D. Calidad de vida tras el trasplante de riñón: revisión integral. Enferm Nefrol. 2014; 17 (1): 51-8.
5. Landreneau K, Lee K, Landreneau MD. Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation-a meta-analytic review. Nephrol Nurs J. 2010; 37 (1): 37-44.
6. Cusano A, Meraney AM, Abarzua-Cabezas F, Lally A, Brown M, Shichman S. Single-stage renal transplantation-urinary diversion: a novel surgical approach. Urology. 2014; 84 (1): 232-6.
7. Surange RS, Johnson RW, Tavakoli A, Parrott NR, Riad HN, Campbell BA, Augustine T. Kidney transplantation into an ileal conduit: a single center experience of 59 cases. J Urol. 2003;170 (5): 1727-30.
8. Martínez, PF *et al*. Trasplante renal en pacientes con derivación urinaria intestinal y cistoplastias de ampliación. Rev. Arg. de Urol. 2010; 75(1) :14-21.
9. Jansen F, Van Uden-Kraan CF, Braakman JA, Van Keizerswaard PM, Witte BI, Verdonck-de Leeuw IM. A mixed-method study on the generic and ostomy-specific quality of life of cancer and non-cancer ostomy patients. Supportive Care in Cancer. 2015; 23 (6): 1689-1697.
10. Wei TY, Chiang YJ, Hsieh CY, Weng LC, Lin SC, Lin MH. Health related quality of life of long-term kidney transplantation recipients. Biomed J. 2015; 36 (5): 243-51.
11. Medellín J, Carrillo GM. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. Av Enferm. 2014; 32 (2): 206-16.
12. Urstad KH, Øyen O, Andersen MH, Moum T, Wahl AK. The effect of an educational intervention for renal recipients: a randomized controlled trial. Clin Transplant. 2012; 26 (3): 246-53.

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

DEL SOLAR GUTIÉRREZ, C.[1]; AGUDO DEL SOLAR, F.J.[2]; VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, A.I.[1]
[1] Enfermeras. [2] Psicólogo. Hospital Universitario de Puerta del Mar (Cádiz)

Miedo y ansiedad ante la operación quirúrgica. Técnicas e implicaciones

RESUMEN

A pesar de los avances producidos en los últimos años, una intervención quirúrgica representa para el paciente un momento de gran ansiedad provocado por el temor a afrontar una situación desconocida, la separación de su medio social habitual y las posibles complicaciones derivadas de la propia operación. El nivel de ansiedad que el paciente experimenta antes de la intervención predice en cierto grado la aparición de complicaciones en el posoperatorio. Es necesario que el equipo de enfermería esté presente desde el primer momento para proporcionar al paciente una estancia hospitalaria basada en un estado de confort al que le llevará la enseñanza de técnicas sencillas de relajación, una información adecuada en cuanto a su proceso y una escucha activa continua.

Palabras clave: respiración-relajación, escucha activa e información adecuada.

SUMMARY

Despite the progress made in the past years a surgical intervention represents preoperational anxiety which a common reaction experienced by patients who are anxious when facing surgery because of the unknown nature of the procedure and the outcome. The anxiety level that the patient experiences before surgery is related to how much a person believes complications can be predicted in the postoperative follow-up appointments. The presence of the nurse from the very beginning can decrease some anxiety by providing information about what can be expected. The nurse plays an essential role in preparing the patient for surgery, caring the patient during surgery and, teaching the patient breathing and relaxation exercises and facilitating the recovery, relevant information and active listening to all patients.

Keywords: *breathing and relaxation exercises, active listening and relevant information.*

OBJETIVOS

Preparar al paciente psicológicamente ante la intervención, trabajando su ansiedad y sus temores con el fin de conseguir un posoperatorio más corto y llevadero, disminuyendo la necesidad de analgesia y aumentando el bienestar y la sensación de seguridad del paciente ante este tipo de situación. Todo esto nos lleva a que su estado inmunológico mejore, su circulación sea mejor y llegue más oxígeno a los tejidos, con lo que la cicatrización será más rápida y su estancia hospitalaria mejor.

Otro de los beneficios es que la tensión muscular disminuye, haciendo que el paciente presente menos dolor y por tanto se encuentre más tranquilo y con más autocontrol, esto le lleva a menor necesidad de analgesia y una recuperación mejor y más rápida.

MÉTODOS

- Información prequirúrgica adecuada.

Los avances técnicos producidos en el campo de la cirugía pierden valor y efectividad si no se complementan con una correcta preparación psicológica y educación del paciente ante la intervención

La información prequirúrgica va a comenzar en el cirujano y esta debe ser adecuada al paciente, con un léxico que el paciente comprenda. A la vez se le explicará si existen alternativas a la cirugía y los inconvenientes del posoperatorio y dolores que produce la intervención. Hay pacientes que se sienten engañados cuando llegan a planta por una mala información.

El anestesista debe informar al paciente de la sensación que va a notar al dormirse y despertarse y escuchar atentamente sus miedos para solventarlos.

- Enseñanza de técnicas de relajación. El entrenamiento debe comenzar en la consulta de la enfermera de preanestesia para que siga practicando la respiración y relajación en casa o algún centro hasta su ingreso.
- Escucha activa continua e información adecuada en el posoperatorio, unida a la relajación, es misión de la enfermera de planta, ya que está presente en cada momento. Puede completar al ingreso la información que no tenga el paciente, ayudarlo con la relajación cada vez que lo necesite y enseñarle a manejar los dispositivos urológicos que se llevará a su domicilio, haciéndolo así más autosuficiente. La combinación de estos factores proporciona a los pacientes un nivel más alto de seguridad y confianza, tanto en sí mismo como en los profesionales con los que está en contacto, así como un mayor nivel de autosuficiencia, lo cual posibilita una reducción considerable de sus temores y ansiedad.

DISCUSIÓN

Diversos estudios señalan cómo una buena relajación y preparación del paciente mejoran su estado inmunológico.

Un mayor nivel de autocontrol y relajación, así como la escucha activa, disminuye la necesidad de analgesia en el posoperatorio y reduce el nivel de estrés percibido antes y después de la intervención.

CONCLUSIÓN

Los avances técnicos producidos en el campo de la cirugía pierden valor y efectividad si no se complementan con una correcta preparación psicológica y educación del paciente ante la intervención. La existencia de deficiencias en las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza para sobrellevar una situación de ansiedad e incertidumbre, como es una intervención quirúrgica, puede provocar complicaciones que podrían evitarse con una correcta preparación del paciente. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Marqués Andrés S, Villaverde Estébanez M. La relajación grupal es una terapia eficaz para el tratamiento de la ansiedad generalizada, Evidentia 2006 nov-dic; 3 (12).
- Marta Escamilla Rocha. El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación. Universidad Javeriana.
- Legarra Muruzábal S, Unanua Aragón C, Beriaín MJ. Tratamientos de los espasmos vesicales mediante técnicas de relajación. Enfuro nº 49, oct-nov-dic 1993: 60-64.
- García Martín AI, Del Olmo Cañas P y cols. Reeducación del suelo pélvico. Enfuro nº 100, dic 2006. 27-29.

MILLÁN OLLÉ, A.[1]; JORDI MUÑOZ, M.[2]; CALPE PERARNAU, J.[3]; CIERCO TAPIES, A.[4]; MUNS CORNELLES, M.D.[5]; CECCHINI ROSELL, LL.[6]
[1, 2, 3, 4] Enfermera. [5] Nutricionista. [6] Jefe de Servicio de Urología y Trasplante Renal. Hospital del Mar, Barcelona

Papel de enfermería de consultas en la implantación de un protocolo ERAS en cistectomía radical

RESUMEN

La cistectomía radical (CR) es un procedimiento con una elevada tasa de complicaciones. Los protocolos de rehabilitación multimodal (ERAS) optimizan al paciente para acelerar la recuperación posquirúrgica combinando estrategias pre, intra y posoperatorias.
El objetivo principal de este estudio es dar a conocer el papel de la enfermera y remarcar su importancia dentro del equipo multidisciplinar.
Para ello hemos elaborado una vía clínica siguiendo los protocolos ERAS, donde se estandarizan los cuidados, marcando todas las actividades donde interviene enfermería, tanto los enfocados al paciente como a la recogida de datos para la investigación y mejora de nuestra función.
Entre junio de 2015 y julio de 2016 se han realizado 14 CR incluidas en vía clínica.
Como conclusión, contar con el papel de la enfermería es básico para el buen desarrollo e implantación de un protocolo ERAS.

Palabras clave: cistectomía, ERAS, rehabilitación.

SUMMARY

Radical Cystectomy (RC) is a highly complex procedure with multiple risks for complication. Enhanced Recovery Surgery (ERAS) protocols are designed to achieve early recovery after surgical procedures by combining pre, intra and post-operative protocols.
The main aim of this research is to get a better knowledge of the urology nurse and emphasize their role in multi-disciplinary teams.
To do this, we elaborated a nursing care plan at following ERAS protocol, including standardized care protocols, focusing on the everyday actions of nursing practice, not only activities addressed to the patient but also data collection for medical research and capacity for improvement work.
Between June 2016 and July 2016 14 RC have been performed and are included in the clinical guideline.
In conclusion, it is recommended to consider the value of staff nurse involvement in decision making since it is necessary for the proper implementation of ERAS protocol in order to get a good outcome.

Keywords: *cystectomy, ERAS, rehabilitation.*

INTRODUCCIÓN

En el año 2001 (1) se formó el grupo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), compuesto por diferentes unidades de cirugía colorrectal procedentes de cinco países del norte de Europa (Escocia, Suecia, Dinamarca, Noruega y Holanda). Este grupo consensuó lo que denominarían el proyecto ERAS, un programa de rehabilitación multimodal para pacientes intervenidos de cirugía electiva colorrectal. Este protocolo define una combinación de estrategias preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias basadas en evidencia científica que trabajaban sinérgicamente para mejorar la recuperación funcional de los pacientes tras la cirugía. La vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) (2) define que: "Comienzan en el momento del diagnóstico y pretenden reconocer las necesidades individuales del paciente para prevenir complicaciones y optimizar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía".

En la actualidad, aunque cada vez más instituciones están introduciendo el protocolo ERAS, todavía no está totalmente implantado, por lo que la experiencia en cistectomía radical es limitada e impide extraer conclusiones. Los protocolos ERAS aplicados a cistectomía están extrapolados de otros ya en funcionamiento, concretamente los de cirugía colorrectal. Sus excelentes resultados invitan a la total implantación en la cirugía de la cistectomía.

El impacto de esta cirugía es importante. Se trata de pacientes con importantes comorbilidades que añaden gravedad al procedimiento al que se les somete. Su optimización preoperatoria redundará en una importante mejora del posoperatorio y reducción de complicaciones.

La implantación de este proyecto multidisciplinario permitirá la mejor aceptación por parte del paciente de la cirugía y sus consecuencias, en muchos casos un estoma que altera su imagen corporal.

OBJETIVO

Definir el rol de la enfermera dentro del protocolo ERAS y la factibilidad de estas actuaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2015, en nuestro hospital se presenta el proyecto para la elaboración

de una vía clínica informatizada en CR para pacientes con tumor vesical infiltrante. Basándose en los buenos resultados de los protocolos ERAS en otras cirugías, se decide su implantación siguiendo estas directrices.

El equipo multidisciplinar está formado por urólogos, anestesiólogos, endocrinólogos, oncólogos, nutricionistas, psiquiatras y enfermería de área quirúrgica, unidad de hospitalización y consultas externas.

El circuito se activa tras la valoración del paciente en el comité urooncológico. El paciente candidato a CR es remitido por el gestor de casos clínicos a anestesiología, quien valorará las comorbilidades que precisan ser optimizadas e iniciará la prehabilitación.

Tras esta valoración, la enfermería de consultas externas realiza una primera valoración del paciente, en la que se realiza una entrevista para recogida de datos y valoración de las necesidades del paciente y donde se informará de todo el proceso quirúrgico, presentándole material visual y gráfico. A su vez se informa sobre el estoma y se entrega material didáctico para la familiarización del paciente con las bolsas. En una segunda entrevista se entregan las instrucciones previas a la cirugía (dieta pobre en residuos, suplementos de carbohidratos y enema de limpieza). Se procede al marcaje del estoma según el fenotipo del paciente y a la resolución de dudas que el paciente pueda manifestar.

De forma concomitante el enfermo es valorado por el Servicio de Endocrinología y Nutrición. La nutricionista lleva a cabo una valoración nutricional completa, detectando pacientes con posible riesgo de desnutrición y poder así optimizar de cara a la intervención quirúrgica. La enfermera del Servicio de Anestesiología lleva a cabo el test de la marcha de 6 minutos y ejercicios de fisioterapia respiratoria y aumento de masa muscular. Realiza varias valoraciones para objetivar el progreso del paciente. Se realizan mediciones de tensión arterial y saturación de oxígeno. Se le entregan recetas de batidos hiperproteicos para su ingesta posejercicio físico. Se le diseña un plan de entrenamiento prequirúrgico. Si el paciente acepta, se le ofrece la valoración y tratamiento por parte de la Unidad de Ansiedad (ver figura 1).

Tabla 1
Resultados del cumplimiento de la vía clínica de CR

Variable	Sí	No
Consejo preoperatorio (14)	14 (100%)	0 (0%)
Valoración nutricional (14)	11 (78,6%)	3 (21,4%)
Estoma (11)	10 (90,9%)	1 (9,1%)
Prehabilitación (14)	8 (57%)	6 (43%)

RESULTADOS

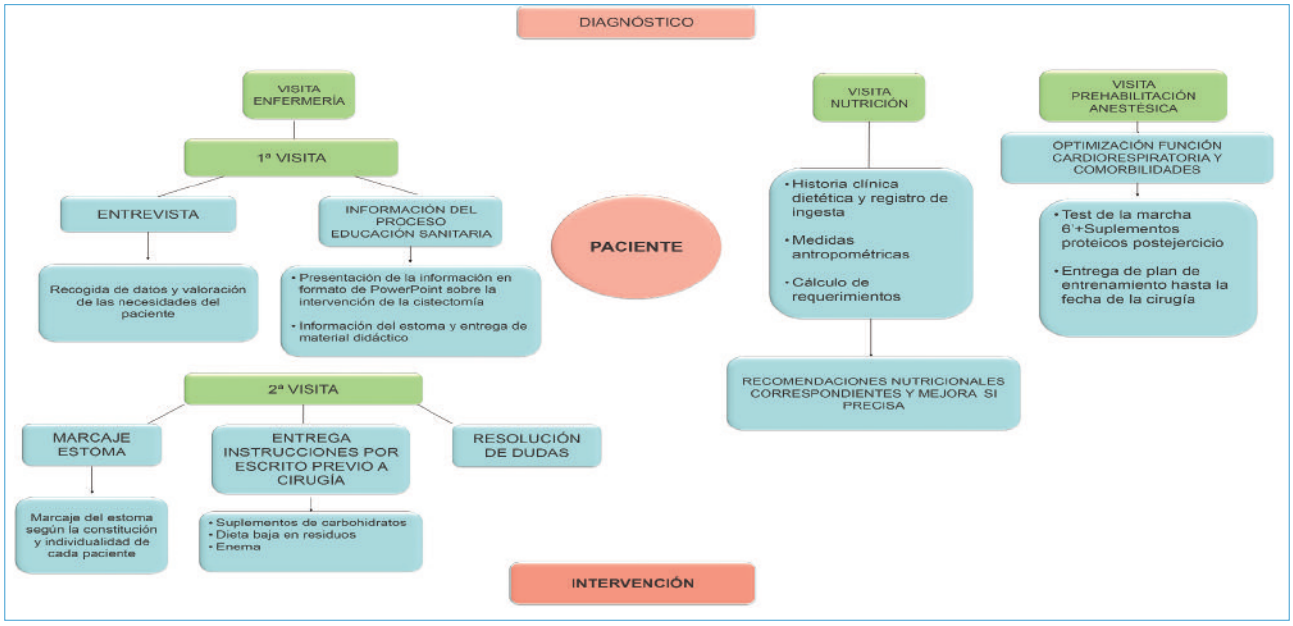
Entre junio de 2015 y julio de 2016 se han realizado 14 CR siguiendo la vía clínica, 11 Bricker y 3 neovejigas Padovana. 13 hombres (92,9%) y 1 mujer (7,1%), con una edad de 70,43 años (DE 8,13). La enfermera de consultas completó el consejo preoperatorio en el 100% de los pacientes, en un 90,9% se realizó el marcaje del estoma.

En el 78,6% se realizó valoración nutricional y consejo dietético por parte de la nutricionista. Se realiza tan solo un 57% de visita de prehabilitación anestésica, ya que este equipo se incorporó después a la vía clínica (tabla 1).

DISCUSIÓN

A partir de la década de los años 90, dos grupos de trabajo (Kehlet y Delaney) (3, 4) presentan diferentes estrategias para

Figura 1
Algoritmo de intervención



mejorar la evolución posoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía colorrectal.

En el año 2001 se constituye el grupo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), compuesto por diferentes unidades de cirugía colorrectal procedentes de cinco países del norte de Europa (Escocia, Suecia, Dinamarca, Noruega y Holanda). Este grupo consensuó lo que denominarían el proyecto ERAS liderado por Kehlet, un programa de RHMM para pacientes intervenidos de cirugía electiva colorrectal.

La aplicación de protocolos ERAS ha ido extendiéndose progresivamente a otras especialidades quirúrgicas, apareciendo publicaciones referentes a protocolo ERAS en cirugía de resección hepática, del tracto gastrointestinal superior, ginecológica y urológica.

La aplicación de protocolos ERAS en CR es más compleja, debido a la escasez de bibliografía disponible y a que los resultados pueden ser diferentes de acuerdo con las particularidades que plantean cada disciplina y sus problemas específicos.

En la literatura científica actual empiezan a aparecer los resultados de diferentes grupos de trabajo que ya utilizan el protocolo ERAS en el manejo de los pacientes sometidos a CR. De hecho, en el 2014 el grupo de trabajo de las guías urológicas europeas (5, 6) publicó el protocolo adaptado para CR. A nivel nacional, esta guía ha sido adaptada y estandarizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la vía clínica RICA.

Si se cuenta con enfermería a la hora de elaborar estos protocolos, se consigue que actuemos de un modo más eficiente y nos impliquemos tanto en la ejecución, desarrollo y evaluación de todo el proceso. Por tanto, es indispensable nuestra figura dentro del equipo multidisciplinario, ayudando a mejorar nuestra formación como profesionales y, en definitiva, mejorando la calidad asistencial.

Toda la información y guía que se le ofrece al paciente durante el protocolo consigue disminuir el estrés ante la cirugía y una posterior mejor adaptación a su cambio de vida.

CONCLUSIONES

El papel de la enfermería en la implementación de un protocolo ERAS en CR es fundamental. Todas estas actividades ayudan a conseguir una mayor autonomía e implicación por parte del paciente.

Se necesita ampliar la serie para consolidar resultados preliminares en cuanto a satisfacción y calidad de vida del paciente. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. Br J Anaesth. 2001; 87: 62-72.
2. Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA). Grupo de trabajo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 Nov.
3. Kehlet H, Wilmore DW. Fast-track surgery. Br J Surg 2005; 92: 3-4.
4. Delaney CP, Zutshi M, Senagore AJ *et al.* Prospective, randomized, controlled trial between a pathway of controlled rehabilitation with early ambulation and diet and traditional postoperative care after laparotomy and intestinal resection. Dis Colon Rectum 2003; 46: 851-9.
5. Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljunggvist O, Hubner M, Kassouf W, Muller S, Baldini G, Carli F, Naesheimh T, Ytrebo L, Revhaug A, Lassen K, Knutsen T, Wikklund P, Patel HR. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(®)) society recommendations. Clin Nutr. 2013 Dec; 32 (6): 879-87.
6. Mir MC, Zargar H, Bolton DM, Murphy DG, Lawrentschuk N. Enhanced Recovery After. Surgery protocols for radical cystectomy surgery: review of current evidence and local protocols. ANZ J Surg. 2015 Jul-Aug; 85 (7-8): 514-20.
7. Bernard H, FossM. The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing. Br J Community Nurs. 2014 Apr; 19 (4): 184, 186-8.
8. Gravante G, Elmusareh M. Enhanced recovery for non-colorectal surgery. World J Gastroenterol. 2012 January 21; 18 (3): 205-11.

AGRADECIMIENTOS

Gloria Nohales Taurines, Alex García Larrosa, Carmen Lasso-Vega Panillo, Ester A. Ruz Saunie, Blanca I. Gasa Galmes y Montserrat Villatoro Moreno.

PAPEL DE ENFERMERÍA DE CONSULTAS EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO ERAS EN CISTECTOMÍA RADICAL

Millán A*, Jordi M*, Calpe J*,Cierco A**,Muns MD", Cecchini LI*. Servicio de Urología y Trasplante renal (*). Servicio de Anestesiología y Reanimación (**). Servicio de Endocrinología y Nutrición (")
•Parc de Salut Mar. H. del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN

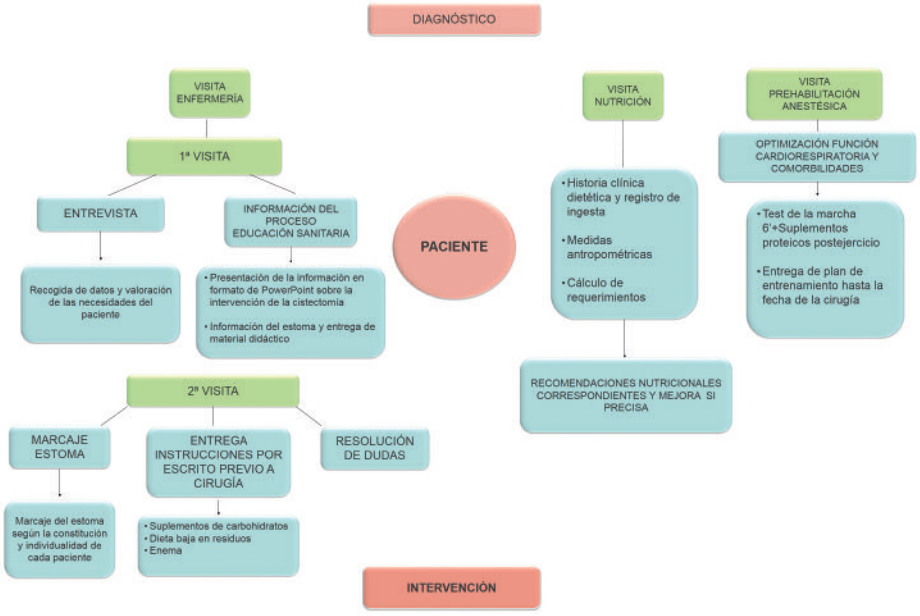
La cistectomía radical (CR) es un procedimiento con una elevada tasa de complicaciones. Los protocolos de rehabilitación multimodal (ERAS) optimizan al paciente para acelerar la recuperación postquirúrgica combinando estrategias pre, intra y postoperatorias. Ello requiere de la participación de un equipo multidisciplinar jugando enfermería un papel esencial, colaborando tanto en la fase de prehabilitación, así como, en ofrecer la información sobre la intervención y educar sobre el manejo del estoma/neovejiga.
Hemos elaborado una Vía Clínica informatizada donde se estandarizan los cuidados.

OBJETIVOS

Describir la función de enfermería de consultas externas dentro de la Vía Clínica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo de casos clínicos de pacientes candidatos a CR e incluidos en Vía Clínica.



RESULTADOS

Entre junio del 2015 y julio del 2016 se han realizado 14 CR siguiendo la Vía Clínica, 11 Bricker y 3 neovejigas Padovana. 13 hombres (92,9%) y 1 mujer (7,1%), con una edad de 70,43 años (DE 8,13).

CONCLUSIONES

El papel de la enfermería en la implementación de un protocolo ERAS en CR es fundamental. Todas estas actividades ayudan a conseguir una mayor autonomía e implicación por parte del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, Hubner M, Kassouf W, Muller S, Baldini G, Carli F, Naesheimh T, Ylrebo L, Revhaug A, Lassen K, Knutsen T, Aarsether E, Wiklund P, Patel HR. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(®)) society recommendations. Clin Nutr. 2013 Dec;32(6):879-87.
- Mir MC,Zargar H,Bolton DM,Murphy DG,Lawrentschuk N.Enhanced Recovery After Surgery protocols for radical cystectomy surgery:review of current evidence and local protocols.ANZ J Surg.2015 Jul-Aug;85(7-8):514-20.
- Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA).Grupo de trabajo.Ministerio de Sanidad,Servicios Sociales e Igualdad.2014 Nov.

RODRÍGUEZ BOCANEGRA, J.C.[1]; ESTUDILLO GONZÁLEZ, F.[1]; SANTI, M.J.[2]
[1] Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. [2] Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz

Perfil del paciente sometido a resección transuretral de neoplasia vesical

RESUMEN

Antecedentes y objetivos. El cáncer de vejiga es el séptimo tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en los varones a nivel mundial. Su presentación clínica suele ser con síntomas de hematuria macro o microscópica. La resección endoscópica transuretral (RTU) es el pilar diagnóstico y terapéutico. El objetivo del presente trabajo fue describir el perfil del paciente que ingresa en una unidad de Urología para RTU de vejiga con el fin de detectar los posibles riesgos que puedan presentar.
Pacientes y métodos. Estudio retrospectivo transversal descriptivo y analítico que incluyó 108 pacientes atendidos en la Unidad de Gestión Clínica de Urología del Hospital Universitario a los que se practicó RTU vesical a lo largo del año 2016. Los datos fueron obtenidos de las correspondientes historias clínicas electrónicas de urología y anestesia. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, duración de la hospitalización, peso corporal y altura para obtención del índice de masa corporal (IMC), hábito tabáquico, ingesta habitual de alcohol, diagnóstico previo o tratamiento para hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus y antecedentes de cáncer, así como estimación del riesgo anestésico mediante clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists) y valoración funcional con escala NYHA (New York Heart Association) y determinaciones analíticas prequirúrgicas de hemograma y bioquímica plasmática.
Resultados. El 91,7% de los pacientes sometidos a RTU vesical fueron varones y la edad fue de 69,9 ± 11,3 años. Un 20,4% era fumador. Un 38,0% de los pacientes presentó sobrepeso y un 38,9% obesidad. La prevalencia de hipertensión, dislipemia, diabetes y cáncer previo fue del 63,9%, el 40,7%, el 25,9% y el 25,9%, respectivamente. Un 62,0% presentaba un riesgo anestésico ASA de clase II, seguido de un 25,9% que lo presentaba clase III. La valoración funcional mediante escala NYHA más prevalente, 93,5%, fue la de clase I. La cifra media de hemoglobina fue de 12,4 ± 2,2 g/dl. La duración media de hospitalización fue de 2,8 ± 4,4 días.
En conclusión, el perfil del paciente sometido a RTU vesical es varón, de edad avanzada, con sobrepeso u obesidad además de elevada prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular como HTA, dislipemia y diabetes, con riesgo anestésico clase II, es decir con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante, sin limitación de la actividad física de causa cardíaca y con anemia leve.

Palabras clave: resección transuretral, vejiga, neoplasia.

SUMMARY

Background and objectives. *Bladder cancer is the seventh most commonly diagnosed cancer in men worldwide. Its clinical presentation is usually with symptoms of macro or microscopic hematuria. Transurethral endoscopic resection (TUR) is the diagnostic and therapeutic mainstay. The objective of the present study was to describe the profile of the patient who enters a urology unit for bladder TUR in order to detect possible risks that they may present.*
Patients and Methods. *A descriptive and analytical cross-sectional retrospective study that included 108 patients treated at the Urology Clinical Unit of the University Hospital, who underwent TUR throughout 2016. The data were obtained from the corresponding electronic medical histories of surgery and anesthesia. The following variables were collected: age, sex, duration of hospitalization, body weight and height to obtain body mass index (BMI), smoking habits, habitual alcohol intake, previous diagnosis or treatment for hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, cancer, as well as anesthesia risk estimation using the American Society of Anesthesiologists (ASA) and NYHA (New York Heart Association) functional assessment and pre-surgical blood chemistry and biochemical analytical determinations.*
Results. *Ninety-one percent of the patients undergoing bladder TUR were male and the age was 69.9 ± 11.3 years, 20.4% were smokers, 38.0% of the patients were overweight and 38.9% were obese. The prevalence of hypertension, dyslipidemia, diabetes and previous cancer was 63.9%, 40.7%, 25.9% and 25.9%, respectively. A 62.0% presented a class II ASA anesthetic risk, followed by 25.9% that presented class III ASA. The most prevalent NYHA functional assessment, 93.5%, was class I. The mean hemoglobin level was 12.4 ± 2.2 g / dl. The mean duration of hospitalization was 2.8 ± 4.4 days.*
In conclusion, the profile of the patient submitted to bladder TUR is a male, elderly with overweight or obesity, as well as a high prevalence of other cardiovascular risk factors such as hypertension, dyslipidemia and diabetes, with a class II anesthesia risk, with mild systemic disease, non-disabling, without limitation of physical activity of cardiac cause and with mild anemia.

Keywords: *transurethral resection, bladder, neoplasia.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es el séptimo tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en los varones a nivel mundial, mientras que si se considera su prevalencia en ambos géneros ocupa el puesto decimoprimero. La tasa de incidencia estandarizada por edad mundial alcanza una cifra de 9,0/100.000 personas-año en varones y 2,2 en mujeres (1). En la Unión Europea dicha tasa alcanza un 19,1 en varones y un 4,0 en mujeres. Asimismo en Europa, la tasa más alta de incidencia se observa en Bélgica, de un 31,0 en varones y un 4,3 en mujeres y la más baja se encuentra en Finlandia con 18,1 en varones y un 4,3 en mujeres (1, 2).

Aproximadamente el 75% de los pacientes presenta un tumor localizado en la mucosa o submucosa (2). Es lo que se llama enfermedad no músculo-invasiva (3).

La tasa de mortalidad estandarizada por edad por cáncer de vejiga era en 2012 de 3,2 para los varones y 0,9 en mujeres (1). Tanto la incidencia de esta enfermedad como la mortalidad han descendido en los últimos años, posiblemente debido a la disminución de los factores causales, así como al avance de las pruebas diagnósticas y terapéuticas (4).

El tabaco es el factor de riesgo más importante de cáncer de vejiga, existente en aproximadamente el 50% de los casos. Otros factores de riesgo son la exposición ocupacional a aminas o hidrocarburos aromáticos, predisposición genética, cloración del agua de bebida o contenido en arsénico en esta, además de las radiaciones ionizantes, esquistosomiasis y fármacos como ciclofosfamida y pioglitazona (5).

Su presentación clínica suele ser con síntomas de hematuria macro o microscópica. La resección endoscópica transuretral (RTU) es el pilar diagnóstico y terapéutico cuando la enfermedad es no invasiva (5).

El objetivo del presente trabajo fue describir el perfil del paciente que ingresa en una unidad de Urología para RTU de vejiga con el fin de detectar los posibles riesgos que puedan presentar estos pacientes que nos permitan prevenir posibles complicaciones.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal descriptivo y analítico. Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016 se realizó resección transuretral de tumor vesical a 108 pacientes en la Unidad de Gestión Clínica de Urología del Hospital Universitario de Puerto Real.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años con indicación clínica y diagnóstica de resección transuretral sometidos a RTU de tumores vesicales que hubieran recibido o no tratamiento con inmunoterapia (BGC) posterior a resecciones transuretrales previas.

Los datos para el estudio fueron obtenidos de las correspondientes historias clínicas electrónicas de urología y anestesia. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, duración de la hospitalización, peso corporal y altura para obtención del índice de masa corporal (IMC), hábito tabáquico, ingesta habitual de alcohol, diagnóstico previo o tratamiento para hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus y antecedentes de cáncer.

La estimación del riesgo que plantea la anestesia se valoró mediante la clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists) (6,7), que establece cinco clases (Clase I: Paciente saludable no sometido a cirugía electiva; Clase II: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención; Clase III: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.; Clase IV: Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Insuficiencias cardiaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos; Clase V: Se trata del enfermo terminal, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo).

La valoración funcional de la insuficiencia cardíaca se estimó mediante la escala NYHA (New York Heart Association) (8-10), que clasifica en cuatro clases a los pacientes (Clase I: No limitación de la actividad física. La actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso; Clase II: Ligera limitación de la actividad física. Confortables en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso; Clase III: Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso; Clase IV: Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin disconfort. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física, el disconfort aumenta).

También se recogieron los datos analíticos de hemograma, coagulación y bioquímica plasmática prequirúrgicos.

Se obtuvo el informe favorable del comité de ética de la investigación y se cumplieron los requisitos de investigación de la declaración de Helsinki, así como el mantenimiento del anonimato de los pacientes en la gestión de datos.

Se llevó a cabo análisis descriptivo de las variables mediante paquete estadístico SPSS v21.

RESULTADOS

El 91,7% de los pacientes sometidos a RTU vesical fueron varones y la edad de los pacientes fue de 69,9 ± 11,3 años.

Un 20,4% era fumador y un 13,9% bebedor habitual. La cifra media de IMC fue de 29,6 ± 5,9. Un 23,1% de los pacientes presentó peso normal, el 38,0% sobrepeso y el 38,9% obesidad.

Con respecto a las enfermedades previas, presentaban antecedentes de hipertensión el 63,9%, dislipemia el 40,7%, diabetes el 25,9% y cáncer un 25,9%.

Más de la mitad de los pacientes, 62,0%, presentaba un riesgo anestésico ASA de clase II, seguido de un 25,9% que lo presentaba de clase III.

La valoración funcional de la insuficiencia cardíaca mediante escala NYHA más prevalente, 93,5%, fue la de clase I.

La cifra media de hemoglobina fue de 12,4 ± 2,2 g/dl, con un número de leucocitos, fórmula leucocitaria y pruebas de coagulación dentro de lo normal, así como de proteína C. La glucemia se presentó ligeramente elevada, 107 ± 33 mg/dl, al igual que la creatinina, 1,2 ± 0,8 g/dl, mientras que la urea e iones permanecieron estables. La duración media de hospitalización fue de 2,8 ± 4,4 días.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran una mayor prevalencia de pacientes sometidos a RTU vesical en varones, así como una mayor presentación en la edad

avanzada. Resultados similares, aunque con una prevalencia algo más elevada en mujeres, obtuvieron Gaya *et al.* (11), con un 83% en varones y un 17% en mujeres, en pacientes con una mediana de edad de 62 años.

La edad de los pacientes es un factor que se ha asociado con mayor riesgo de progresión tumoral a partir de los 65-70 años con una hazard ratio de 1,44 a 1,36 respectivamente (12-14).

En cuanto a la prevalencia de tabaquismo fue inferior (20,4%) a la media observada en España en 2011, que era de un 27% (Informe a las Cortes Generales de Evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010) (15), lo cual contrasta con la consideración del tabaco como factor de riesgo para este tipo de patología. La posible causa de esta diferencia podría ser que haya pacientes que fueron fumadores anteriormente al diagnóstico aunque en el momento del estudio habían abandonado el hábito, esta afirmación se refuerza por el alto número de recidivas de esta patología y por tanto la supresión del tabaco tras el primer diagnóstico. Rink *et al.* (16) demostraron la existencia de asociación entre el hábito tabáquico y peor pronóstico en los pacientes con enfermedad no músculo-invasiva, y que el abandono del tabaco de más de 10 años desciende el riesgo. Asimismo, Li *et al.* (17) observaron que el abandono del tabaco se asociaba con menor tasa de recurrencia en tumores vesicales no músculo-invasivos.

Respecto a la prevalencia de obesidad entre estos pacientes era superior a la observada en población española en estudios previos, 30,9% frente a 38,9% (18).

Por otra parte, y en relación con la morbilidad de estos pacientes, presentaban hipertensión el 63,9%, dislipemia el 40,7%, diabetes el 25,9% y antecedentes de cáncer un 25,9%. La prevalencia de hipertensión arterial es elevada, lo cual es de esperar dada la edad media de estos pacientes y las altas prevalencias de sobrepeso, obesidad y diabetes (19). Se pueden considerar por lo tanto pacientes con un importante riesgo cardiovascular en los que la movilización precoz y control analítico deben ser prioritarios. No obstante se observa que las cifras medias de glucemia no son elevadas y que, por lo tanto, el estrés quirúrgico de esta intervención no ocasiona descompensaciones graves de la glucemia. Igualmente, el resto de las determinaciones analíticas se mantuvieron dentro de la normalidad.

Tabla 1
Datos demográficos y clínicos

Variable	N=108
Varones % (n)	91,7 (99)
Mujeres % (n)	8,3 (9)
Edad (media ± DE)	69,9 ± 11,3
Duración hospitalización (días)	2,8 ± 4,4
IMC (media ± DE)	29,6 ± 5,9
IMC normal % (n)	23,1
IMC sobrepeso % (n)	38,0
IMC obesidad % (n)	38,9
Fumador % (n)	20,4
Bebedor % (n)	13,9
Dislipemia % (n)	40,7
Diabetes mellitus % (n)	25,9
HTA % (n)	63,9
Cáncer % (n)	25,9
ASA 1 % (n)	12,2
ASA 2 % (n)	62,0
ASA 3 % (n)	25,9
NYHA 1 % (n)	93,5
NYHA 2 % (n)	5,6
NYHA 3 % (n)	0,9

Tabla 2
Datos analíticos

Variable	Media ± DE
Hematíes (mill/ml)	4,3 ± 0,7
Hemoglobina (g/dl)	12,4 ± 2,2
Hematocrito (%)	37,5 ± 6,3
VCM (fL)	87,7 ± 6,1
Leucocitos (mil/ml)	8,1 ± 2,8
Neutrófilos (mil/ml)	5,5 ± 2,4
Linfocitos (mil/ml)	1,7 ± 0,8
Protrombina (%)	90,0 ± 12,8
Tiempo cefalina (s)	31,6 ± 3,7
Fibrinógeno (mg/dl)	402 ± 120
Proteína C (mg/l)	3,0 ± 5,0
Glucosa (mg/dl)	107 ± 33
Urea (mg/dl)	41,7 ± 16,0
Creatinina (g/dl)	1,2 ± 0,8
Sodio (mEqu./l)	140 ± 3,4
Potasio (mEqu./l)	4,3 ± 0,4

Respecto al riesgo anestésico, más de la mitad de los pacientes, 62,0%, presentaba un riesgo anestésico ASA de clase II, es decir pacientes con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante, seguido de un 25,9% que lo presentaba clase III, pacientes con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante, como por ejemplo cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris o infarto al miocardio antiguo.

La mayoría de los pacientes no presentó limitación de la actividad física con un 93,5%, clasificado en la de clase I de NYHA. Por lo tanto, la situación física de los pacientes junto a la escasa capacidad invasiva de la cirugía empleada permitió que la duración de la estancia hospitalaria fuera de 2,8 ± 4,4 días.

La hematuria visible es uno de los síntomas más correlacionados con este tipo de lesiones, con un valor predictivo los 3 años previos de un 7,4% en varones y 3,4% en mujeres (20). Los pacientes sin hematuria suelen tener un tiempo de evolución mayor con infecciones recurrentes (21). Nuestros pacientes presentaban una cifra media de hemoglobina de 12,4 ± 2,2 g/dl, valor que es considerado por la Organización Mundial de la Salud como anemia leve (22). Habría por tanto que destacar este hecho para prevenir posibles situaciones que puedan agravar dicha anemia y aumentar el riesgo de complicaciones de estos pacientes, ya que su presencia se ha asociado con recurrencia y progresión de la enfermedad (23).

En conclusión, el perfil del paciente sometido a RTU vesical es varón, de edad avanzada con sobrepeso u obesidad, además de elevada prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular como HTA, dislipemia y diabetes, con riesgo anestésico clase II, es decir con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante, sin limitación de la actividad física de causa cardíaca y con anemia leve.

Financiación

No se recibió patrocinio para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, *et al*. GLOBOCAN 2012 v.1.0, estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
2. Burger M, Catto JW, Dalbagni G, *et al*. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. Eur Urol 2013; 63: 234-41.
3. Kirkali Z, Chan T, Manoharan M, Algaba F, Busch C, Cheng L, *et al*. Bladder cancer: epidemiology, staging and grading, and diagnosis. Urology. 2005; 66: 4-34.
4. Babjuk M, Böhle A, Burge M, Capoun O, Cohen D, Comperat EM, Hernández V, Kaasinen E, Palou J, Roupret M, van Rhijnm B, Shariat SF, Soukup V, Sylvester R, Zigeuner R. EAU Guidelines on Non–Muscle-invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: Update 2016 European Urology 2017; 71: 447- 461.
5. Zainfeld D, Daneshmand S. Transurethral Resection of Bladder Tumors: Improving Quality Through New Techniques and Technologies Curr Urol Rep 2017; 18: 34.
6. Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL Jr. ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. Anesthesiology. 1978 Oct; 49 (4): 239-43.
7. Mak PH, Campbell RC, Irwin MG; American Society of Anesthesiologists. The ASA Physical Status Classification: inter-observer consistency. American Society of Anesthesiologists. Anaesth Intensive Care. 2002 Oct; 30 (5): 633-40.
8. Rostagno C, Galanti G, Comeglio M, Boddi V, Olivo G, Gastone Neri Serneri G. Comparison of different methods of functional evaluation in patients with chronic heart failure. Eur J Heart Fail. 2000 Sep; 2 (3): 273-80.
9. Franciosa JA, Ziesche S, Wilen M. Functional capacity of patients with chronic left ventricular failure. Relationship of bicycle exercise performance to clinical and hemodynamic characterization. Am J Med. 1979 Sep; 67 (3): 460-6.
10. Goldman L, Hashimoto B, Cook EF, Loscalzo A. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale. Circulation. 1981 Dec; 64 (6): 1227-34.
11. Gaya JM, Palou J, Cosentino M, Patiño D, Rodríguez-Faba O, Villavicencio H. La re-resección transuretral puede no ser necesaria en todos los tumores vesicales no músculo-invasivos de alto grado. Actas Urol Esp. 2012; 36 (9): 539-544.
12. Gontero P, Sylvester R, Pisano F, Joniau S, Vander Eeckt K, Serretta V. Prognostic factors and risk groups in T1G3non-T1G3non-muscle-invasive bladder cancer patients initially trea-ted with Bacillus Calmette-Guérin: Results of a retrospective multicenter study of 2451 patients. Eur Urol. 2015; 67: 74-82.
13. Fernández-Gómez J, Madero R, Solsona E, Unda M, Martínez- Piñeiro L, González M. Predicting non-muscle invasive bladder cancer recurrence and progression in patients treated with bacillus Calmette-Guerin: The CUETO scoring model. JURO. 2009; 182: 2195-203.
14. Sylvester RJ, Van der Meijden APM, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffioux C, Denis L. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: A combined analysis of 2,596 patients from seven EORTC trials. 2006; 49: 466-77.
15. Informe a las Cortes Generales de Evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
16. Rink M, Furberg H, Zabor EC, *et al*. Impact of smoking and smoking cessation on oncologic outcomes in primary non-muscle-invasive bladder cancer. Eur Urol. 2013; 63: 724-32.11.
17. Li HM, Azhati B, Rexiati M, Wang WG, Li XD, Liu Q, Wang YJ. Impact of smoking status and cumulative smoking exposure on tumor recurrence of non-muscle-invasive bladder cancer. Int Urol Nephrol 2017; 49: 69-76.
18. Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study. Obesity reviews 2012; 13, 388-392.
19. Zubeldia Lauzurica, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Pública. Vol. 90; 2016: 1 de abril e1-e11.
20. Mansson A, Anderson H, Colleen S. Time lag to diagnosis of bladder cancer influence of psychosocial parameters and level of health -care provision. Scand J Urol Nephrol 1993; 27: 363-69.
21. Jancke G, Rosell J, Jahnson S. Impact of tumour size on recurrence and progression in Ta/T1 carcinoma of the urinary bladder. Scand J Urol Nephrol 2011; 45: 388-92.
22. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf, consultado el 30/03/2017).
23. Soria F, Moschini M, Abufaraj M, Wirth GJ, Foerster B, Gust KM, Özsoy M. Briganti A, Gontero P, Mathieu R, Rouprêt M, Karakiewicz PI, Shahrokh, Shariat SF. Preoperative anemia is associated with disease recurrence and progression in patients with non-muscle-invasive bladder cancer Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations 2017; 35: 113. e9-113.e14.

LUQUE GONZÁLEZ, I.; ROMERO ESCOBAR, S.; TERÁN OLIVEROS, L.
Enfermeras, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología. Servicio de Urología. Sevilla

Plan de cuidados en la cistitis actínica: a propósito de un caso

RESUMEN

Dada la importancia de una adecuada atención de enfermería, así como del uso de planes de cuidados estandarizados para la mejora de dichos cuidados, presentamos esta comunicación donde mostramos un caso clínico concreto. Se trata de una mujer de 48 años que ingresa en nuestra planta con el diagnóstico de cistitis actínica o rádica.
Para ello tomamos como referencia los patrones funcionales de Gordon, determinando los diagnósticos enfermeros así como los criterios de resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC). Por otro lado, hemos usado la escala tipo Likert con la que hemos evaluado los indicadores propuestos para conseguir nuestros resultados.

Palabras clave: hematuria, anemia, cuidados enfermeros.

SUMMARY

Given the importance of an adequate nursing work and the development of standardized care plans to improve care practice, we bring forward this communication to present this particular clinical case: a 48-year-old female patient who developed actinic cystitis.
To treat this female patient, we use Gordon's functional health patterns. This allows us to provide a comprehensive nursing assessment of the patient to determine nursing outcomes classification (NOC) and to evaluate the effects of interventions (NIC). On the other hand, we have used Likert scale to assess the proposed indicators which will allow us to reach the main goals.

Keywords: *haematuria, anaema, nursing care.*

INTRODUCCIÓN

La cistitis actínica se define como una afección inflamatoria difusa de la vejiga debida a causas infecciosas o no infecciosas que provocan hemorragia de la mucosa vesical. Las infecciones bacterianas constituyen la etiología más frecuente de la cistitis actínica aguda. Las formas crónicas suelen atribuirse a la radioterapia o la quimioterapia de las neoplasias pélvicas (ya sean por cáncer de cérvix o por cáncer de próstata) debido a un daño del epitelio transicional de la vejiga y de los vasos sanguíneos (1, 2, 4).

Todos sabemos que la radioterapia es el tratamiento efectivo en la terapia de muchos tumores malignos pero sus efectos adversos, cuando aparecen, habitualmente son serios. La incidencia varía dependiendo del tipo de radiación y dosis, y aumenta con el tiempo y después del tratamiento (3).

La cistitis actínica es una patología que puede aparecer entre los 3 meses posteriores a la radiación pélvica hasta los 10 años después. La frecuencia oscila entre el 5 y el 10% de todos los pacientes irradiados. Para pacientes con cáncer de próstata que reciben radiación la incidencia es estimada de un 2-3% hasta un 8%. Para pacientes con cáncer de cérvix la incidencia es de un 6,5% aproximadamente (2, 3).

En nuestra Unidad de Gestión Clínica de Urología-Nefrología es una patología poco frecuente: en el último año se nos han presentado 3 casos, pero que conllevan múltiples reingresos ya sea por la disuria, por la hematuria activa o por la anemia que precisa transfusión. Esto se acompaña además de otros síntomas como son la polaquiuria, la urgencia, la capacidad vesical reducida, la ulceración y potencial perforación y fistulización (2, 4).

OBJETIVOS

Con este trabajo nos planteamos como objetivo principal mostrar los cuidados enfermeros llevados a cabo en nuestra Unidad de Gestión Clínica a una paciente diagnosticada de cistitis actínica tratada con quimioterapia y radioterapia por un cáncer epidermoide de cérvix IIIB.

Objetivos también de este trabajo son mostrar la posibilidad de trabajar usando nuestro lenguaje enfermero con terminología propia de la NANDA, NOC, NIC. Así como seguir mejorando en la calidad de cuidados prestados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de un caso clínico de una paciente que tras sufrir un cáncer de cérvix es tratada con quimio y radioterapia. A consecuencia de ello ingresa puntualmente en diferentes ocasiones en nuestra unidad durante este año 2016 por hematuria, siendo siempre estancias de 1 a 4 días. El último ingreso es el de mayor estancia (2 meses y 3 días) y en el que más complicaciones aparecen.

Se ha elegido este caso por tratarse de una estancia prolongada y ser un caso excepcional en la unidad, ya que requirió hasta en dos ocasiones su ingreso en UCI por grandes complicaciones (shock con fallo multiorgánico y sepsis de origen respiratorio).

Por todo esto fue fundamental la necesidad de establecer un plan de cuidados enfermero protocolizado para el mejor seguimiento del caso.

Para ello empleamos los registros habituales de enfermería: gráficas de constantes, registros de las evoluciones de enfermería, hoja de valoración inicial, plan de cuidados del paciente urológico, así como el esquema por patrones funcionales de Gordon utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC para intentar contribuir a la normalización de las intervenciones para la práctica de enfermería.

RESULTADOS

Presentamos nuestro caso clínico de la paciente tratada.

Caso clínico

Paciente mujer de 48 años diagnosticada de cáncer epidermoide de cérvix IIIB, tratada con quimioterapia y radioterapia, con diagnóstico de cistitis actínica que ingresa en múltiples ocasiones por hematuria anemizante, requiriendo varias transfusiones sanguíneas. Dichos ingresos son de corta estancia, permaneciendo en la unidad entre 1 y 4 días. En el último ingreso permanece en la unidad 2 meses y 2 días. Durante este periodo requiere dos ingresos en UCI: en el primero (2 días después de ingresar en nuestra unidad) estuvo 15 días por un shock multiorgánico que gradualmente fue restableciéndose. Precisando la colocación de una nefrostomía percutánea derecha.

De vuelta a la unidad llega con UPP grado III en región occipital que precisa desbridamiento. UPP grado I en miembros inferiores, espalda. Presenta necrosis de las falanges del miembro inferior derecho. Y una herida en miembro superior derecho por extravasación de medicamentos.

Manifiesta constantemente signos de dolor, ansiedad. Ha perdido mucha movilidad, necesitando ayuda para todas las actividades de la vida diaria.

El segundo ingreso fue durante 7 días debido a una sepsis de origen respiratorio.

Durante su ingreso también presenta una suboclusión intestinal, así como una continua hematuria controlada al principio de su estancia con lavados continuos, pero que precisa una embolización vesical.

A su ingreso hacemos valoración inicial basándonos en los patrones funcionales de Marjory Gordon y establecemos nuestro plan de cuidados. Revaloramos después del primer ingreso en UCI y ponemos en marcha el plan de cuidados.

- Patrón 1: *Percepción manejo de la salud.* La paciente ha necesitado ayuda de enfermería para poder manejar la hematuria y no sufrir complicaciones.
- Patrón 2: *Nutricional-metabolismo*. Durante el ingreso ha precisado sonda nasogástrica y dieta absoluta durante un tiempo determinado.
- Patrón 3: *Eliminación.* La eliminación urinaria será llevada a cabo por una sonda vesical permanente un largo periodo de tiempo.
- Patrón 4: *Actividad-ejercicio.* La paciente ha precisado de reposo en cama durante muchos días por la anemia y la hematuria. El tiempo que se ha llevado en la UCI, 15 días en la primera ocasión y 7 en la segunda, ha tenido la movilidad mucho más restringida.
- Patrón 5: *Sueño-descanso.* Desde el primer día de ingreso ha necesitado medicación para dormir.
- Patrón 6: *Cognitivo-perceptual.* La paciente presentó durante casi todo su ingreso dolor en la zona de hipogastrio.
- Patrón 7: *Autopercepción-autoconcepto.* La paciente refiere ansiedad debido al trastorno de su imagen corporal por la necesidad de tener sondaje vesical durante un largo periodo de tiempo.
- Patrón 8: *Rol-relaciones.* La familia ha colaborado en todo momento durante el ingreso apoyando a la paciente y ayudando a la aceptación de su nueva situación.
- Patrón 9: *Sexualidad-reproducción*. La paciente es consciente de que su sexualidad está afectada por el sondaje vesical y lo acepta.
- Patrón 10: *Adaptación-tolerancia al estrés.* Durante la primera etapa del ingreso la paciente ha mostrado estado de ansiedad y estrés. Fue después de su ingreso en la UCI cuando estaba más relajada y accesible.
- Patrón 11: *Valores y creencias.* No precisó asistencia religiosa.

Diagnósticos enfermeros

Una vez realizada nuestra valoración (10,11,12,13) identificamos los diagnósticos enfermeros más relevantes a través de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Se proponen criterios de resultados (NOC: Nursing Outcomes Classification), intervenciones (NIC: Nursing Interventions Classification) y actividades acorde con las necesidades de nuestra paciente. Todo ello se muestra a continuación:

- *00146 Ansiedad.* R/C: amenaza en el rol. M/P: expresiones de salud debido a cambios en los acontecimientos vitales.
  Criterios de resultados (NOC). NOC 1402. Autocontrol de la ansiedad. Indicadores: busca información para reducir la ansiedad; controla la respuesta de la ansiedad.
  Intervenciones (NIC). NIC 5270. Disminución de la ansiedad: animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos; escuchar con atención; crear un ambiente que facilite la confianza.
  Evaluación (Escala Likert): nunca demostrado (1); raramente demostrado (2); a veces demostrado (3); frecuentemente demostrado (4); siempre demostrado (5).
- *00046 Deterioro de la integridad cutánea.* R/C: alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad y alteración del estado metabólico. M/P: destrucción del estado de la piel. Criterios de resultados (NOC). NOC 1102. Curación de la herida. Indicadores: formación de cicatriz.
  Intervenciones (NIC). NIC 3660. Cuidados de las heridas: anotar las características de la herida; aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión, si procede; comparar y registrar regular-

mente cualquier cambio producido en la herida; enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de las heridas.
Evaluación (Escala Likert): nunca demostrado (1); raramente demostrado (2); a veces demostrado (3); frecuentemente demostrado (4); siempre demostrado (5).

- *00085 Deterioro de la movilidad física.* R/C: deterioro musculoesquelético, disminución de la fuerza muscular. M/P: dificultad para girarse en la cama, limitación en la amplitud de movimientos.
Criterios de resultados (NOC). NOC 0208. Movilidad. Indicadores: mantenimiento de la posición corporal; ambulación; marcha.
Intervenciones (NIC). NIC 0226. Terapia de ejercicios: control muscular; aplicar soportes para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas; ayudar al paciente a colocarse en las posiciones de sentado/de pie para el protocolo de ejercicio. NIC 1400. Manejo del dolor: animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia; asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
Evaluación (Escala Likert): nunca demostrado (1); raramente demostrado (2); a veces demostrado (3); frecuentemente demostrado (4); siempre demostrado (5)

Problemas interdisciplinares

- *00132 Dolor agudo.*
Criterios de resultados (NOC). NOC 1605: control del dolor. NOC 2102: nivel del dolor.
Intervenciones (NIC). NIC 6482. Manejo ambiental (confort): colocar al paciente en postura cómoda; evitar exposiciones innecesarias. NIC 2210. Administración de analgésicos: administrar analgésicos y fármacos complementarios cuando sea necesario; comprobar alergias y prescripciones; determinar analgésico preferido. NIC 1400. Manejo del dolor: animar al paciente a vigilar su dolor y consecuencias; ayudar al paciente y familiar a obtener apoyos.
Evaluación (Escala Likert): nunca demostrado (1); raramente demostrado (2); a veces demostrado (3); frecuentemente demostrado (4); siempre demostrado (5).

Evaluación

Ansiedad		
Busca información para reducir la ansiedad [4]	Controla la respuesta de la ansiedad [3]	
Deterioro de la integridad cutánea		
Formación de cicatriz [4]		
Deterioro de la movilidad física		
Mantenimiento de la posición corporal [3]	Ambulación [3]	Marcha [3]

A continuación se expone la situación actual de nuestra paciente tras realizar el plan de cuidados propuesto. Para ello hemos utilizado la escala tipo Likert de 5 ítems con la que hemos evaluado los indicadores propuestos para conseguir nuestros resultados (13).

En la tabla que se expone en esta página se reflejan dichos indicadores y su puntuación.

CONCLUSIONES

La labor de enfermería en este proceso de enfermedad se destaca por la importancia de conocer los signos y los síntomas de esta patología y el manejo de los mismos, para evitar las complicaciones y para poder ofrecer unos cuidados de calidad.

Igualmente, la cistitis actínica es una enfermedad desconocida y poco común, por lo que una información correcta sobre el proceso, a la persona afectada, ayudará a reducir complicaciones, ya que se tratarán los signos y síntomas más prontamente.

Mediante el plan de cuidados utilizados en nuestro servicio podemos comprobar la evolución del problema haciendo medible los resultados en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manikandan R, Kumar S, Dorairajan L. Presentan una Revisión acerca del Diagnóstico y el Tratamiento de la Cistitis Hemorrágica. Indian Journal of Urology 26(2):159-166, Abr 2010. Disponible en: http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/urologweb332.htm
2. Marcela Helena López González, Dilma Alexandra Cruz Arévalo, Juan Carlos Valero Pulido. Manejo de la hematuria intratable en cistitis posterior a radioterapia. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. Revista Urología Colombiana Vol. XXII, No. 3: pp. 53-60, 2013. Disponible en: http://www.urologiacolombiana.com/userfiles/file/diciembre%202013/REVISTA%20UROLOGiA%20DIC-2013/articulo_7.pdf
3. Dharam Kaushik, Benjamin A. Teply, George P. Hemstreet III. Novel treatment strategy for refractory hemorrhagic Cistitis following radiation treatment of genitourinary cáncer. Lasers Med Sci (2012) 27:1099-1102. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22370618
4. R. Martínez-Rodríguez, J. Areal Calama, O. Buisan Rueda, C. González Satue, J. Sánchez Macías. Guía práctica para el manejo y tratamiento ante la cistitis radical. Actas Urol. Espa. 2010; 34 (7): 603-609. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v34n7/original2.pdf
5. García Martínez, M. J.; Montes Nieto, I. M.; Ramos Suárez, J. M.; González Cabrera, S.; Luque González, I.; Avilés Garrido, O. Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker). Estudio de un caso clínico. Asociación Española de Enfermería en Urología. (2011); 117: 5-10. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3807647.pdf
6. Gómez García, E. Herrera Álvarez, A. López Herrero, I. Plan de cuidados en autosondaje: a propósito de un caso. Asociación Española de Enfermería en Urología (2008);106:13-16. Disponible en:

https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2949228
7. Aranda Álvarez de Lara, M. I.; Pérez González, J.; Rosell Casarrubios, M.C. Plan de cuidados urológicos al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena. Asociación Española de Enfermería en Urología (2006);98:6-10. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2955841.pdf
8. Pliego Martín, A. Romero Escobar, S. Romero Vázquez, G.M. Plan de cuidados a un cuidador informal. Rev Educare 21. 2012; 10(10).
9. C. Parra, R. Gómez, P. Marchetti, G. Rubio, A. Felmer, Octavio A. Castillo. Tratamiento de la cistitis actínica hemorrágica mediante oxigenoterapia hiperbárica**.** Actas Urol. Esp. Vol. 35, Nº. 3, 2011, págs. 175-179.
10. María Teresa Luis Rodrigo. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Editorial Masson. 2000.
11. M. T. Luis. Diagnósticos enfermeros. 3º edición. Editorial Harcourt y Brace.
12. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Editorial Harcourt.
13. Joanne C. McCloskey. Gloria M. Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 3º Edición. Editorial Harcourt. 2000.

MIGUEL ROMEO, C.; SAGARDOY MUNIESA, L.
Enfermeras Hospital Universitario Miguel Servet

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

RESUMEN

La alta incidencia y elevada prevalencia de casos de cáncer de vejiga, traducido ello en un creciente número de ingresos hospitalarios, hacen de esta patología un grave problema de salud pública.
A pesar de la elevada incidencia, la mortalidad no es tan alta, debido a que es este un proceso oncológico en muchas ocasiones curable.
El diagnóstico precoz de este proceso oncológico es el medio más eficaz de combatir el tumor, cuya capacidad de disminución se produce en una fase avanzada de su evolución.
El papel de la enfermería es fundamental para el paciente de cirugía, transmitiendo información sobre el proceso y ayudándole en la adopción de actitudes positivas frente a la enfermedad.

Palabras clave: ureteroileostomía (Bricker), cistectomía radical, cáncer vesical, derivación urinaria, cuidados enfermeros.

SUMMARY

The (high incidence and) high prevalence of cases of bladder cancer are provoking an increased number of hospital admissions, making this disease a major public health problem.
Despite the high incidence, mortality is not high, as this is a curable cancer process in many situations.
Early diagnosis of this cancer is the most effective combat strategy, as the ability to decrease tumours occurs in an advanced stage of their development environment.
The role of nursing care is essential for the surgery patient, transmitting information about the process and helping he or she in the adoption of positive attitudes.

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

INTRODUCCIÓN

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

A pesar de la elevada incidencia, la mortalidad no es tan alta (noveno puesto entre los tumores de mayor mortalidad) debido a que se trata de un proceso oncológico, en muchas ocasiones, curable.

Entre los varones es el tumor más frecuente por detrás del de pulmón, próstata y colon que constituye la décima causa de muerte en promedio, siendo la octava entre los varones y la decimocuarta entre las mujeres (2).

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

El diagnóstico precoz de este proceso oncológico es el medio más eficaz de combatir un tumor cuya capacidad de diseminación, y por tanto de desarrollar metástasis, se produce en una fase avanzada de su evolución (3, 4).

El principal signo que alerta al paciente es la presencia de sangre en la orina (hematuria), la cual es asintomática y no está relacionada con esfuerzos físicos.

El diagnóstico es relativamente sencillo y no necesita de grandes técnicas exploratorias. Para un correcto diagnóstico es suficiente la citología urinaria, un examen urinario de alta rentabilidad diagnóstica, acompañada de ecografía, endoscopia y pruebas radiológicas convencionales.

Existen dos tipos de tumores uroteriales: los de presentación superficial, es decir, aquellos que no han perforado la mucosa, y por lo tanto no han invadido la capa muscular de la vejiga. Estos son los más frecuentes ya que corresponden a un 70% de los mismos. Por el contrario, los tumores infiltrantes o invasivos, aquellos que han perforado la mucosa y llegan a invadir el músculo de la vejiga, son de peor pronóstico y requieren un tratamiento distinto.

Los tumores superficiales se tratan por

medio de la resección transuretral, técnica que consiste en la eliminación del tumor a través de la uretra.

Cuando el tumor invade capas musculares la solución más habitual es la cistectomía radical, que consiste en la exéresis quirúrgica de la vejiga junto con los tejidos que la rodean, que en caso del hombre supone la extirpación de la próstata y vesículas seminales, y en el de la mujer, los órganos reproductivos internos (5).

Tras la cistectomía radical se plantea la necesidad de llevar a cabo una derivación urinaria. Las técnicas de derivación han experimentado un notable empuje en las últimas décadas gracias a un mayor apoyo antibiótico y a una técnica quirúrgica más depurada. La derivación de la orina al intestino es un procedimiento con más de 150 años de vida, realizándose múltiples técnicas, anastomosando los uréteres al recto y al colon sigmoideo (6, 7, 8).

Es en los años 50 del pasado siglo cuando Bricker deriva la orina a un segmento aislado del íleon, aportando como novedad fundamental lograr mantener separada la orina de las heces.

La ureteroileostomía tipo Bricker es la derivación urinaria más frecuente en Europa y consiste en aislar una porción de íleon para crear un conducto ileal al que se abocarán ambos uréteres. El extremo próximo de esta porción de íleon se cierra y el distal se lleva para construir un estoma protuyente a modo de pezón. Se presenta como un excelente método de derivación permanente en el adulto, con tasas de complicaciones muy aceptables y, aunque distorsiona la imagen corporal, protege de manera eficaz el riñón (9, 10).

OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo ha sido aplicar la metodología seguida en la planta de urología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, en relación a los cuidados enfermeros llevados a cabo en un paciente diagnosticado de cáncer vesical, al que se le ha practicado una cistectomía radical con ureteroileostomía (Bricker).

Los objetivos específicos han sido:

- Disminuir la ansiedad que genera la incertidumbre y el desconocimiento frente a un proceso operatorio.
- Ofrecer información sobre la atención integral que va a recibir por parte del equipo de enfermería.
- Instruir al paciente en los cuidados que requiere tras la intervención.
- Favorecer la integración temprana del paciente en su cuidado y la progresiva adaptación de este a su nueva imagen.
- Informar de los recursos con los que el paciente cuenta tras el alta.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre los aspectos más importantes en los cuidados de enfermería en pacientes con ureteroileostomía (tipo Bricker), realizando búsquedas en las bases de datos de Cuiden Plus, Dialnet, Google académico y Science Direct.

Como estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos y buscadores en lengua española Cuiden y Dialnet hemos utilizado los términos "Ureteroileostomía (Bricker)", "Cistectomía radical"," Cáncer vesical", "Derivación urinaria" y "Cuidados enfermeros". En Science direct hemos utilizado como descriptores "Ureteroileostomy (Bricker)" [Mesh] y "Nursing Care" [Mesh], al tratarse de una base de datos internacional.

En segundo lugar se ha realizado el estudio de un caso clínico en un paciente al que se le ha practicado una derivación urinaria (ureteroileostomía tipo Bricker) tras cistectomía radical. Se ha procedido a hacer un seguimiento desde su ingreso hospitalario el 23 de octubre del 2013 hasta el alta, 20 días después, y se han establecido los correspondientes diagnósticos enfermeros y planes de cuidados.

Material empleado

- Protocolos de acogimiento y cuidados del servicio.
- Registros de enfermería habituales:
  - Gráfica de constantes vitales.
  - Registro de valoración inicial.
  - Plan de cuidados.
  - Registro de evolución de cuidados.
  - Registro de control de constantes.
  - Actividades desarrolladas.
- Recomendaciones al alta e informe de continuidad de cuidados.

Procedimiento al ingreso

El primer día de ingreso en la planta de urología se procede a realizar la valoración inicial, para lo que se aplica el protocolo de acogida.

Como preparación preoperatoria, el paciente es prescrito con una dieta pobre en residuos desde una semana antes de la cirugía y ayuno de ocho horas previas a la intervención. Asimismo, para prevenir el tromboembolismo pulmonar y de miembros inferiores, la tarde-noche previa se administra enoxaparina 40 mg subcutánea.

Con objeto de que el paciente descanse, y por indicación del Servicio de Anestesia, se administra loracepam 1 mg la noche previa a la cirugía y omeprazol 20 mg como protector gástrico.

DESARROLLO

El paciente objeto del estudio es varón de 67 años de edad, hipertenso, con claudicación de los miembros inferiores, no diabetes mellitus, diagnosticado de carcinoma urotelial de vejiga grado 3 con infiltración de lámina y capas musculares propias, categoría p T-2 de la TNM (Tumor,nódulos, metástasis).

El paciente ingresa en el Servicio de Urología de forma programada para intervención quirúrgica (cistectomía radical y Bricker). Tras la operación el paciente pasa al servicio de reanimación, donde evoluciona favorablemente.

Tras dos días en dicho servicio es trasladado a planta.

Bases de datos	Limitaciones en el tiempo	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Cuiden Plus	2000-Actualidad	10	1
Dialnet	Ordenado por año de publicación	263	12
Science Direct	Since year 1986 to present	107	5
Google académico	2000-Actualidad	224	3

Como antecedentes personales en relación al episodio actual cabe destacar la resección transuretral vesical el 24 de septiembre del 2013, con clínica miccional confusa previa a la resección.

Durante la cirugía se encuentra meato uretral estenótico, por lo que se realiza meatotomía, evidenciando neoformación vesical de aspecto musculoinvasivo que engloba meato ureteral derecho.

Se realiza TAC toraco-abdominal durante el ingreso, no evidenciando signos de enfermedad diseminada, meato izquierdo con engrosamiento continuo y uréter dilatado. No se evidencian adenopatías.

Durante los 20 días de hospitalización el paciente presenta dolor, distensión y timpanismo abdominales, suboclusión intestinal y seroma en 1/3 medio de la laparotomía.

El paciente es dado de alta portando estoma y necesitando una cura diaria de herida quirúrgica. El personal de enfermería le facilita las recomendaciones oportunas y realiza el informe de continuidad de cuidados.

A partir del caso clínico, y durante la permanencia del paciente en la planta, se han elaborado los siguientes diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), además del establecimiento del plan de cuidados correspondiente (11, 12, 13).

Diagnósticos enfermeros planteados

- 00146 Ansiedad R.C. Amenaza de cambio en el rol y el estado de salud; expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales, temor, preocupación creciente y nerviosismo.
  Criterio de resultados (NOC): 1302 Superación de problemas (afrontamiento); 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida; 1402 Control de la ansiedad.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 5820 Disminución de la ansiedad; 4920 Escucha activa; 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene R/C Debilidad y cansancio. Incapacidad para: lavar total o parcialmente el cuerpo.
  Criterio de resultados (NOC); 0301 Cuidados personales: baño; 0305 Cuidados personales: higiene.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 1610 Baño; 5606 Enseñanza individual; 7040 Apoyo al cuidador principal; 1801 Ayuda con los autocuidados; baño/higiene
- 00085 Deterioro de la movilidad física. R/C Prescripción de restricción de movimientos y malestar o dolor.
  Criterios de resultados (NOC); 0300 Cuidados personales; actividades de la vida diaria; 1811 Conocimiento: actividad prescrita; 2102 Nivel del dolor.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 0840 Cambio de posición; 1800 Ayuda al autocuidado; 1801 Ayuda con los autocuidados; baño/higiene; 1802 Ayuda con los autocuidados: vestirse/arreglo personal; 1803 Ayuda con los autocuidados; aseo; 4310 Terapia de actividad.
- 00118 Trastorno de la imagen corporal R/C Factores biofisiológicos, tratamiento de la enfermedad y cirugía; verbalización del problema.
  Criterios de resultados (NOC); 1814 Conocimiento; procedimientos terapéuticos; 1305 Adaptación psicosocial; cambio de vida: 1205 Autoestima.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 5220 Potenciación de la imagen corporal; 5400 Potenciación de la autoestima, 5230 Aumentar el afrontamiento; 0489 Cuidados de la ostomía.
- 00004 Riesgo de infección, R/C Procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental. Vigilancia de signos y síntomas en herida quirúrgica y estado general del paciente.
  Criterios de resultados (NOC); 1908 Detección del riesgo; 1807 Conocimiento: control de la infección; 1902 Control del riesgo.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 1876 Cuidados del catéter urinario; 3660 Cuidados de las heridas; 6540 Control de las infecciones; 6550 Protección contra las infecciones.
- 00015 Riesgo de estreñimiento. R/C Disminución motilidad intestinal, debilidad de los músculos abdominales; uso de fármacos opiáceos y cirugía con manipulación de paquete intestinal.
  Criterios de resultados (NOC); 0501 Eliminación intestinal.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 0450 Manejo del estreñimiento.
- 00039 Riesgo de aspiración R/C Cirugía, disminución de la motilidad gastrointestinal y retraso en el vaciado gástrico.
  Criterios de resultados (NOC); 1918 Control de la aspiración.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 1570 Manejo del vómito; 3200 Precauciones para evitar la aspiración.
- 00120 Baja autoestima situacional R/C. Alteración de la imagen corporal. Rechazo.
  Criterios de resultados (NOC); 1205 Autoestima; 1305 Adaptación psicosocial; cambio de vida.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 5230 Aumentar el afrontamiento; 5270 Apoyo emocional; 5400 Potenciación de la autoestima.
- 00126 Conocimientos deficientes sobre su proceso, R/C Falta de exposición y poca familiaridad con los recursos para obtener la información.
  Criterios de resultados (NOC); 1813 Conocimiento: régimen terapéutico; 1803 Conocimiento; proceso de la enfermedad.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 5510 Educación sanitaria; 5520 Facilitar el aprendizaje; 7370 Planificación del alta; 5606 Enseñanza individual; 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.
- 00023 Retención urinaria. R/C Obstrucción de los catéteres tutores de los uréteres.
  Criterios de resultados (NOC); 0502 Continencia urinaria; 0503 Eliminación urinaria.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 0620 Cuidados de la retención urinaria; 0590 Manejo de la eliminación urinaria.
- 00095 Deterioro del patrón del sueño R/C Ansiedad, ruido, falta de familiaridad, habitación, falta de intimidad o control para el sueño e interrupción para procedimientos terapéuticos, controles o pruebas laboratorio.
  Criterios de resultados (NOC); 0003 Descanso, 0004 Sueño; 1402 Control de la ansiedad.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 1850 Fomentar el sueño; 5230 Aumentar el afrontamiento; 5820

Disminución de la ansiedad; 5880 Técnica de relajación; 6482 Manejo ambiental; confort.

- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Alteración del estado nutricional, factores mecánicos e inmovilización física.
  Criterios de resultados (NOC); 1101 Integridad tisular; piel y membranas mucosas; 1902 Control del riesgo; 1908 Detección del riesgo.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 3590 Vigilancia de la piel; 3500 Manejo de presiones; 3540 Prevención de úlceras por presión; 0740 Cuidados del paciente encamado; 0840 Cambio de posición.
- 00121 Trastorno de la identidad personal R/C. Derivaciones biofísicas (estoma).
  Criterio de resultados (NOC); 1202 Identidad; 1403 Control del pensamiento distorsionado; 1409 Control de la depresión.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 5230 Aumentar el afrontamiento; 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo; 5820 Disminución de la ansiedad; potenciación de la autoestima.
- 00059 Disfunción sexual R/C. Alteración en la estructura corporal (cirugía).
  Criterios de resultados (NOC); 1205 Autoestima; 1300 Aceptación: estado de salud; 0019 Funcionamiento sexual.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 5248 Asesoramiento sexual; 5624 Enseñanza: sexualidad.
- 00065 Patrón sexual inefectivo R/C Alteración de la función corporal.
  Criterios de resultados (NOC); 0019 Funcionamiento sexual; 1200 Imagen corporal; 1603 Conducta de búsqueda de la salud.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 5624 Enseñanza: sexualidad; Asesoramiento; 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo.

Problemas interdisciplinares

- 00134 Náuseas R/C. Distensión gástrica, uso de fármacos y manipulación de paquete intestinal.
  Criterios de resultados (NOC); 0602 Hidratación; 2103 Gravedad del síntoma.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 1450 Manejo de las náuseas; 1570 Manejo del vómito; 2380 Manejo de la medicación.
- 00132 Dolor agudo R/C. Cirugía.
  Criterios de resultados (NOC); 1605 Control del dolor; 2102 Nivel del dolor.
  Intervenciones de enfermería (NIC); 6482 Manejo ambiental; confort; 2210 Administración de analgésicos; 1400 Manejo del dolor.

Las actividades de enfermería realizadas durante su ingreso en el hospital han sido:

- Mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres ureterales.
- Vigilancia de la orina (cantidad, aspecto).
- Cuantificación del débito del drenaje abdominal.
- Vigilancia de la permeabilidad de la sonda nasogástrica (medición de su débito).
- Control del dolor.
- Control de la herida.

En cuanto al primero de los problemas presentados, el íleo paralítico, el paciente ha necesitado tratamiento con dieta parenteral durante dos semanas, dieta oral absoluta, sueroterapia y sonda nasogástrica conectada a aspiración suave, al haberse detectado abdomen distendido y timpánico. Posteriormente, y una vez retirada SNG, se realiza dieta progresiva.

Por otra parte, la infección de la herida quirúrgica se soluciona gracias a un tratamiento con antibióticos.

Plan de cuidados

Para la elaboración del plan de cuidados se ha seguido el modelo de Majori Gordon de los once patrones funcionales (1982) (14).

- Patrón 1: *Percepción-manejo de la salud.* El paciente presenta dificultad para seguir el tratamiento médico y los cuidados enfermeros, necesitando la ayuda del personal de enfermería y de su familia para llevarlos a cabo.
- Patrón 2: *Nutrición-metabolismo*. El paciente mantiene una dieta oral absoluta y nutrición parenteral durante la mayor parte del tiempo ingresado.
- Patrón 3: *Eliminación.* Tras la intervención quirúrgica, el paciente lleva a cabo la eliminación urinaria a través de los catéteres ureterales implantados (Bricker).
- Patrón 4: *Actividad-ejercicio.* El estado de la herida quirúrgica y su situación clínica obligan al paciente a guardar reposo en cama, por lo que apenas hace ejercicio, distrayéndose con la lectura, televisión y radio.
- Patrón 5: *Sueño-descanso.* Desde el primer día del ingreso, el paciente necesita medicación para descansar y dormir.
- Patrón 6: *Cognitivo-perceptual.* El paciente presenta molestias abdominales intensas por íleo paralítico.
- Patrón 7: *Autopercepción-autoconcepto.* La imagen corporal del paciente se ve gravemente comprometida tras la realización del estoma. El paciente refiere sensación de ansiedad y temor, preocupándole los cambios funcionales y corporales. Refiere encontrarse preocupado por la evolución de su patología.
- Patrón 8: *Rol-relaciones.* La familia del paciente colabora durante todo el ingreso en relación a la aceptación de la nueva situación. Le acompaña y anima en todo momento.
- Patrón 9: *Sexualidad-reproducción.* El paciente es consciente de que su sexualidad puede verse afectada tras la intervención quirúrgica, desconociendo hasta qué grado. Es informado al respecto.
- Patrón 10: *Adaptación-tolerancia al estrés.* Durante la primera semana del posoperatorio el paciente necesita apoyo psicológico.
- Patrón 11: *Valores-creencias.* El paciente piensa que sus creencias le ayudan bastante a sobrellevar su nueva situación. El informe anatomopatológico posterior de la vejiga y otras zonas analizadas muestran que no existe metástasis, lo cual le infunde mucho ánimo.

Cuidados domiciliarios

En este tipo de intervenciones quirúrgicas mayores el papel de la enfermería es absolutamente fundamental, tanto en el centro hospitalario como a nivel domiciliario. La realización de una ureteroileos-

tomía tipo Bricker supone para el paciente un hecho excepcional: portar un estoma. Ello va a requerir atenciones y cuidados que debe conocer perfectamente.

El personal de Enfermería aprovecha la estancia hospitalaria del paciente para explicarle y enseñarle las técnicas del cambio de bolsa y la limpieza del estoma. Este hecho se hace constar en el correspondiente informe de continuidad de cuidados.

La información que se facilita al paciente se dirige a su actividad diaria (ejercicio físico, descanso necesario), a la higiene y cuidado del estoma (agua y jabón neutro, esponja y papel celulosa suave) y una dieta equilibrada con abundantes líquidos que no requiere una pauta alimenticia especial (carne, pescado, frutas, etc.).

CONCLUSIÓN

Los pacientes diagnosticados de un carcinoma vesical avanzado son informados del tratamiento a seguir, que en general consiste en una cistectomía radical con derivación urinaria. A partir de este momento los pacientes presentan reacciones muy variadas que van desde la aceptación de su situación y la colaboración desde el primer día de su ingreso en el hospital, hasta el rechazo y la adopción de una actitud negativa durante todo su proceso hospitalario.

El papel de la enfermería se hace fundamental para el paciente, transmitiendo información durante todo el proceso quirúrgico y facilitando la adopción de actitudes positivas.

Cuando el paciente recibe el alta portando un estoma, con lo que ello conlleva en términos de cambio de imagen corporal, va a requerir normalmente de un apoyo psicológico para disminuir su grado de estrés y ansiedad.

La Enfermería puede ayudar al paciente a que acepte esa nueva situación, apoyándole tanto en los momentos previos de la intervención como en al ámbito domiciliario. En este sentido, son muy útiles las técnicas de relajación, tanto en el pre como en el posoperatorio. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabanes Domenech A, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G. La situación del cáncer en España. 1975-2006. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Junio 2009.
2. Sociedad Española de Oncología. "Cáncer de Vejiga". 04/10/2004, [31/04/2014] www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/.../041004_vejiga.pdf
3. Creel, P. Bladder Cancer: Epidemiology, Diagnosis and treatment. Seminars in Oncology Nursing 2007; 23(3): 3-10.
4. Jackson, B. Broadwell, D. Ostomy surgery: An overview of historical, current and future perspectives. Seminars in Oncology Nursing 1986; 2(4): 227-234.
5. Jiménez Cruz, JF y Rioja Sanz, LA. Barcelona 1993: Prous Science;1815-23.
6. Lester, J. Restoring and maintaining urinary function. Seminars Oncology Nursing 2012;28(3): 163-169.
7. Watt R.C. Nursing management of a patient with a urinary diversion. Seminars in Oncology Nursing 1986; 2(4): 265-269.
8. Ofman, U. Psychosocial and sexual implications of genitourinary cancers. Seminars in Oncology Nursing 1993; 9(4): 286-292.
9. Castiñeiras Fernández, J. Libro del Residente de Urología. Asociación Española de Urología Madrid. Madrid 2007: 529-530.
10. Barbado San Martín, Blanco Domínguez E , Blasco Belda C, Centellas Morral P, Fernández Rodríguez M, Gómez Mejías I, Jiménez Fernández V, Lliso Sempere P, LLuis Bordoll A, Sánchez de la Blanca L. "Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados". Coloplast Productos Médicos. Madrid, 2001.
11. Mc Closkey y otros. NIC. Clasificación de intervenciones de Enfermería. Editorial Elsevier España. S.A 2ª edic 2008.
12. Moorhead Sue y otros. NOC. Clasificación de resultados de Enfermería. Editorial Elsevier España. SA 2ª edic 2004.
13. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2007-2008. Editorial Elsevier España. SA 2007.
14. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª edición MC Graw-Hill/Interamericana de España. SA, 2007.
15. Pierre-Louis Lauture M, Martínez Feria L, Sánchez Álvarez A. Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria. Enfuro 2009;110:13-14.
16. Carpenito L J. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería (4ª ed). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España. SA, 2004.
17. Belenguer Civera G,Ricarte Lisarde A. Protocolización sobre la educación pre y postintervención a pacientes urostomizados. Nuestra experiencia en un hospital comarcal. Enfuro 1994; 52:59-64.
18. Fernández Garcia MA. Plan de cuidados de la persona portadora de urostomía tipo Bricker. Rev Rol Enf 2009; 32(5): 332-333.
19. Lacasa Marzo R.M, Crespo García A, Navarro Ledesma D y Martín Valenciano M. Incidencias de alteraciones psíquicas en el enfermo ostomizado. Enfuro 1994; 52:45-51.
20. Munuera Cases A, Cerdán Martinez C, Del Moral Landete I y Rueda Rodriguez RM. Protocolo de educación sanitaria en el paciente urostomizado. Enfuro 1994; 52:52-58.
21. Real Romaguera A, Piquer Bosca C, Rubia Fernández A y Ferrer Casares H. Beneficios del ejercicio físico en la recuperación del paciente intervenido de Bricker. Enfuro 2007; 102:32-41.
22. Riomoros Sanz M, Herrero Cecilia I, Carrasco Diaz R. Cistectomia total: un mismo problema , distintas soluciones. Enfuro 2008; 108:10-13.
23. Berrio galán G, Casanova Tardio M, Piqué Tio N, Tegido Valentí M. Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado. Enfuro 2003; 86:7-9.
24. Carbajosa Blanco R, Paz Baña A, Aldrey Rey T. Importancia del papel de enfermería en la preparación y cuidados hospitalarios de la ileostomía cutánea (técnica de Bricker). Enfuro 2000; 74:67-70.
25. Real Romaguera A, Piquer Boscá C, Real mestre T. Cuidados después

del alta hospitalaria del paciente portador de un Bricker. Enf Integral 2008; 83:8.
26. Egea González SC, Perales Martinez E, Zomeño Delgado A, Dominguez Barriales M. La enfermería en el preoperatorio de las ureteroileostomias tipo Bricker ¿Que tenemos que aportar?. Enfuro 2004; 89:11-16.
27. Martín Moreno J, Caraballo Nuñez MA, Esquinas Torres S, Guijarro Gómez A. Plan de cuidados estandarizado: Cistectomia radical tipo Bricker. Enfuro 2002; 81:10-12.
28. García de Vicuña Fernández de Arroyabe P, Vázquez Barrenechea Y, Álvarez Sánchez AB, Castro Guinea I. Efectividad de las recomendaciones al alta en los pacientes con derivación urinaria Bricker en el Hospital Santiago de Vitoria: Un reto en los cuidados. Enfuro 2011; 117:11-15.

AEEU
Asociación Española de Enfermería en Urología
Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria

Compartiendo conocimientos y emponderando personas

Preprograma 38 Congreso Nacional

Día 9 tarde:

12:00 h.	Entrega de documentación.
16:00 h.	Bloque 1 de comunicaciones libres.
17:00 h.	Inauguración oficial del Congreso.
17:30 h.	Conferencia inaugural.
18:30 h.	Asamblea de socios y votaciones elección Junta Directiva.
20:00 h.	Cóctel de bienvenida.

Día 10 mañana:

9:00 h.	Bloque 2 de comunicaciones libres.
10:30 h.	**FORO TERTULIANO:** Enfermería en la blogosfera.
11:30 h.	Pausa café.
12:00 h.	Bloque 3 de comunicaciones libres.
13:00 h.	Ponencia magistral: salud y ciberseguridad.
14:00 h.	Comida trabajo en la sede del Congreso.

Día 10 tarde:

16,00 h.	Bloque 4 de comunicaciones libres.
17,00 h.	**MESA REDONDA:** El empoderamiento del paciente. La transformación del modelo sanitario.
18,45 h.	Fin de la sesión.
21,30 h.	Cena de clausura.

Día 11 mañana:

9:30 h.	Presentación de las 5 comunicaciones póster seleccionadas a premio.
10:00 h.	**MESA REDONDA:** Alteraciones de la eliminación, en la lesión medular. Patrocinada por Coloplast.
11:30 h.	Pausa café.
12:00 h.	Conferencia de clausura: Héctor Castiñeira López (Satu), autor de los libros *Enfermera Saturada, La vida es suero, El tiempo entre suturas* y *Las Uvis de la ira.*
12:45 h.	Clausura del XXXVIII Congreso Nacional de la AEEU.
13:30 h.	Fin de la sesión.

Noticias de interés

Como ya anunciamos anteriormente, nuestro Congreso Nacional lo celebraremos 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.

De igual forma recordaros que en el citado congreso habrá elecciones para renovar nuestra junta directiva. Se podrán enviar candidaturas con listas cerradas según normativa recogida en los estatutos de la asociación que en el 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.

Tres vocales numerados."

Por último anunciaros que en nuestra web www.enfuro.es ya está abierta la inscripción al congreso y la presentación de comunicaciones y pósters al mismo finaliza el día 16 de octubre de 2017.

Carta a los socios

Estimados compañeros/as, os informamos de las siguientes cuestiones de máximo interés:

1.- Nuestro próximo Congreso se celebrará en los días 9, 10 y 11 de Noviembre de 2017 en la Ciudad de Toledo. Para realizar las inscripciones debéis hacerlo a través de la Web, requisito indispensable para la creación de las claves (puede realizarse sin haber abonado el ingreso de la inscripción).
Las claves se os enviarán al correo electrónico con el que os hayáis inscrito (es muy importante que sea vuestro mail personal y no el mail de la empresa que os gestione la Inscripción) y os permitirá entrar en la plataforma de comunicaciones del congreso, rellenar vuestro perfil para la tarjeta identificativa, la emisión del diploma correspondiente y el envío de comunicaciones.

2.- En este Congreso se celebrará una Asamblea Ordinaria en donde habrá que elegir nueva Junta Directiva. Este proceso electoral viene recogido en el artículo 17 de nuestros Estatutos y podéis consultarlo en http://enfuro.es/estatutos.html
Con respecto a la elección de la nueva Junta Directiva, se abre el plazo para la presentación de candidaturas el 9/08/17. La fecha límite para su presentación será el 9 de Octubre. Podéis presentar la candidatura enviándola por correo electrónico seguro a enfuro@enfuro.org escribiendo en el ASUNTO "Candidatura AEEU".

3.- El 14 de Octubre de 2017, se publicará en nuestra Web las candidaturas a Junta Directiva presentadas y el procedimiento de votación elegido (Art. 17h). Así mismo se os hará llegar el Orden del Día de la Asamblea Ordinaria.

4.- También os pedimos que nos enviéis por correo electrónico vuestro mail, todavía hay algunos socios/as de los que no tenemos el mail y a los que lamentablemente no les llegan las comunicaciones que se hacen por este medio, Revista ENFURO entre ellas, a ellos les pedimos que por favor regularicen sus datos desde nuestra WEB http://enfuro.es/inscripcion.html

5.- En la celebración del Congreso, se entregará de nuevo el Premio Enfuro al mejor artículo publicado en la Revista. En esta ocasión entre los números 128 al 132, ambos inclusive.

6.- A todos los socios con fecha anterior al 30/06/17 e inscritos en este Congreso, se les entregará una tablet de 7" Leotec Pulsar Qi 1G, con los contenidos del Congreso y documentación de utilidad.

Esperamos contar con vuestra presencia en Toledo.

Recibid un cordial saludo.

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.