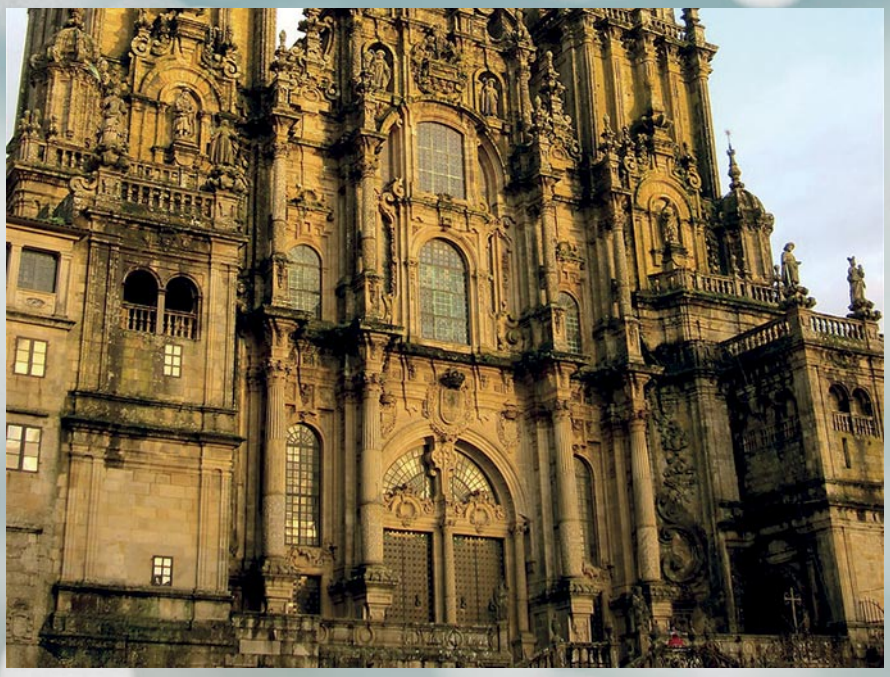
enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 137. Diciembre 2019



Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

La formación de las enfermeras en urología en los manuales de la titulación de Enfermera de 1915

Calidad de vida del paciente urostomizado: una revisión sistemática

Diseño de un timbre avisador previo a la finalización de la irrigación vesical

Prótesis peneana: Plan de cuidados de enfermería

Guía RICA en la cistectomía

ENFURO
nº 137/ Diciembre 2019
Año XIV

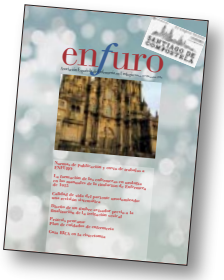
JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidencia: Francisco J. Milla España
Secretaría General: Mª del Carmen Expósito Álvarez
Tesorería: Manuel R. Bernal Pacheco

Revista ENFURO
Director:
Francisco J. Milla España
Jefe de Redacción:
Francisco Estudillo González
Consejo de Redacción:
Mª del Carmen Expósito Álvarez
Manuel R. Bernal Pacheco
Anna Quintanilla Sanz
Revisores externos:
Mercedes Martín Valenciano
Guillermina Ferrández Franco
Mª Abel Cucurull Llobet
Ascensión Crespo García
Traducción:
Cristina Gutiérrez Romero
Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología
Depósito legal: M-18042-1980
Revista de la Asociación Española de ATS en Urología: ISSN/ISSN-L 0210-9476
Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología: ISSN/ISSN-L 2695-5164
Revista ENFURO edición impresa: ISSN/ISSN-L 2695-5172
Revista ENFURO edición digital: ISSN 2695-5180
ISSN-L 2695-5172
Soporte válido S.V.R. 246
Realización: QAR Comunicación (Madrid)
Portada: Santiago de Compostela

ENFURO - Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Urología-Andrología e Incontinencia Urinaria)
Sede administrativa: Manuel R. Bernal Pacheco
Avda. Brisa del Mar nº 9 - 16
29790 Chilches. Málaga
Correo electrónico: enfuro@enfuro.org
Web: www.enfuro.es
Recepción de artículos: revista@enfuro.org

Sumario

- Editorial 3
- Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO 4
- La formación de las enfermeras en urología en los manuales de la titulación de Enfermera de 1915
  García Martínez, Manuel Jesús; García Martínez, Antonio Claret 5
- Calidad de vida del paciente urostomizado: una revisión sistemática
  Aparicio Jimeno, L.; Pérez Boal, I. 13
- Diseño de un timbre avisador previo a la finalización de la irrigación vesical
  Hernández Romero, B.; Álvarez Alonso, R.; Jiménez Tutor, M.I.; Pérez Origüen, M.O.; Gallego Hernández, A.; Uriel Calvo, M.P. 27
- Prótesis peneana: Plan de cuidados de enfermería
  Uviedo Reyes, G.; Berrocal González, M.; Matamoros Pérez, S.; Gallego Español, L. 30
- Guía RICA en la cistectomía
  López Pérez, M.; Villarroel Collantes, R.; Martín Mateos, M.C.; Merino Pastor, A.; Cordal Rego, M.J.; Blanco Jiménez, M.C. 34



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

HOLA a todos y a todas, esta Junta Directiva va consolidando proyectos que se había marcado y que pasamos a comentaros.

1. **Revista ENFURO**: Se ha actualizado su ISSN, ya que desde hace unos años abandonamos la edición impresa y pasamos a la digital. Nuestro nuevo ISSN es **2695-5180**. Este cambio nos permitirá indexarla en nuevas bases de datos y repositorios con la repercusión que conlleva al poder ser más consultada y por tanto referenciada bibliográficamente, lo que redundaría en un mejor factor de impacto. Para ello, también es necesario que en vuestros artículos referenciéis en la bibliografía las revistas de ENFURO consultadas, tanto en los artículos que publiquéis en ENFURO como, y esto es más importante porque puntúa más, los que publiquéis en otras revistas. **Tenemos que conseguir entre todos mejorar nuestro factor de impacto.** Para ello hemos cambiado algunas de las normas de publicación, que veréis redactadas desde ahora en todas las revistas que publiquemos.

2. Como se aprobó en la última asamblea, ya se están escaneando todas las revistas desde la nº 1, gracias a la donación de todo el fondo documental que nos hizo Javier Martínez de Iturrate Arin, un antiguo socio al que le estamos muy agradecidos.

3. Hemos firmado un convenio de colaboración con la Fundación Index, que entrará en vigor en enero del próximo año, gracias al cual todos los socios y socias tendrán acceso al entorno Ciberindex mediante contraseña personalizada que enviaremos próximamente por mail. Es imprescindible que dispongamos del mail, aún hay 22 socios/as que no lo han comunicado. También gracias a este convenio, nuestra revista ENFURO empezará a formar parte de la Hemeroteca Cantárida y, por tanto, ayudará a ser más consultada y a mejorar también su factor de impacto. En esta revista encontraréis una infografía que la Fundación Index nos ha preparado, en la que podéis informaros de todos los servicios y ventajas que nos aporta. La Fundación Index pone a disposición y de manera gratuita para los suscriptores de Ciberindex el *Programa CONECTA: Inmersión en el conocimiento enfermero*. Este programa está dirigido a profesionales que deseen conocer y obtener el mayor rendimiento de los recursos documentales disponibles en la plataforma Ciberindex.

   Se trata de una actividad a distancia, enmarcada dentro de Cátedra Index, con 30 horas lectivas. Entre los temas que se abordarán en este curso se encuentran: documentación científica, ¿por qué? y ¿para qué?; cómo realizar una búsqueda bibliográfica en CUIDEN; la recuperación de documentos en la Hemeroteca Cantárida; cómo conocer el impacto de las revistas de Enfermería con CUIDEN Citación, y cómo publicar en el entorno Ciberindex. El curso se realizará de manera íntegramente virtual, con apoyo de los recursos disponibles en el campus digital. Los tiempos y plazos de aprendizaje serán gestionados por cada integrante del curso. Será por tanto el alumno quien marque su ritmo de trabajo en función de sus posibilidades y progresos alcanzados. Al concluir los módulos y contestar con éxito los ejercicios se generará automáticamente y de forma personalizada una certificación de la superación del curso.

4. Estamos pendiente de que el Consejo General de Enfermería nos proporcione las claves personalizadas para que cada uno de vosotros/as pueda tener acceso a "**e-Cuidados"**, una plataforma de buenas prácticas enfermeras que se pone a disposición de los profesionales enfermeros como herramienta de trabajo. Entre otras cosas permite un acceso cómodo y sencillo al lenguaje enfermero, a consultar y crear nuevos planes de cuidados, así como información relativa a medicamentos y productos sanitarios. La tendréis disponible también en la App Store de Apple y en Google Play para Android.

5. Y ya que estamos cercanos a Navidad y parece que en esta época afloran nuestros mejores deseos, terminamos con unas palabras de la madre Teresa de Calcuta, que se adaptan perfectamente a nuestra labor diaria con muchos de nuestros pacientes:
   Enseñarás a volar, pero no volarán tu vuelo.
   Enseñarás a soñar, pero no soñarán tu sueño.
   Enseñarás a vivir, pero no vivirán tu vida.
   Sin embargo en cada vuelo,
   en cada sueño,
   en cada vida,
   perdurará siempre la huella del camino enseñado.

Solo nos queda desearos una Feliz Navidad y Año Nuevo, deseando lo mejor para cada uno de vosotras/os.

Junta Directiva AEEU

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Presentamos las normas de publicación por las que se rige **ENFURO**, basadas en las normas internacionales de Vancouver, y a las que nos debemos atener para darle rigor y prestigio a la revista.
Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, según la última revisión realizada en noviembre de 2016, disponible en español en: http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf
También se puede consultar la versión de 2010, con ejemplos de referencia, publicada en: http://enfuro.es/Documentos/Ejemplos_de_referencia.pdf

1. Declaración de intenciones
La revista ENFURO es el órgano de difusión de la Asociación Española de Enfermería en Urología. Es un proyecto abierto, participativo, colaboracionista, capaz de acoger cualquier innovación que suponga un avance sobre los cuidados de salud y la enfermería, fundamentalmente pero no exclusivamente la enfermería urológica, y en ella se podrán publicar artículos de opinión, artículos científicos, trabajos de investigación y trabajos presentados a los congresos nacionales e internacionales de la Asociación. Está abierta tanto a los socios como a los que no lo son.

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

3. Envío de artículos
La presentación de los manuscritos se hará en un solo archivo, el tamaño de las páginas será DIN A4, con letra Arial de tamaño 11, a doble espacio y 2,5 cm en cada uno de sus márgenes. Irán numeradas correlativamente en el ángulo inferior derecho. Cada parte del manuscrito empezará con una nueva página. El manuscrito deberá enviarse por mail en formato de texto Microsoft Word. Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se presentarán al final del manuscrito, una en cada hoja, con el título en la parte superior y con números arábigos según orden de aparición en el texto. Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para cada ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto. Las tablas y los gráficos originales deberán ser aportados, en archivos independientes o en el cuerpo del manuscrito, en formato editable (tipo Word, Excel o cualquier otro formato editable). Igualmente, las imágenes que hayan de publicarse han de aportarse individualmente en su formato original y perfectamente identificadas con respecto a su referencia en el manuscrito.
Al enviarlos, los autores deben cerciorarse de que han incluido la última versión del artículo y especificar claramente el nombre del archivo que contiene el artículo y que se adjuntará al mail.
El material se enviará a la dirección mail revista@enfuro.org

3.1. Encabezamiento: Título y autores
a) El título del artículo debe ser conciso, pero informativo, preferiblemente de menos de 15 palabras. No se aconseja el uso de siglas que no sean de conocimiento común.
b) El nombre de cada uno de los autores, acompañado de su grado académico más alto y su afiliación institucional. Máximo de seis autores.
c) El nombre del departamento o departamentos e institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
d) El nombre y la dirección mail del autor responsable de la correspondencia. Cada autor deberá haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo. El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores, deben citarse en la sección de agradecimientos.

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

3.3. Estructuración de los artículos
Título y autores, Resumen y palabras clave en español, Resumen y palabras clave en inglés, Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión, Agradecimientos y Bibliografía.
La extensión máxima del trabajo será de 10 folios.

3.4. Metodología cualitativa
Los manuscritos originales en los que se haya utilizado metodología cualitativa, no se adaptarán a todos los apartados de la estructura propuesta, por lo que pueden seguir la siguiente: Introducción, Objetivos, Método, Resultados, Discusión y Conclusiones, Implicaciones para la práctica (opcional).

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

5. Referencias bibliográficas
Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. La adecuación de las citas bibliográficas a las Normas de Vancouver y su exactitud son responsabilidad de los autores.

El Consejo de Redacción y la AEEU no se hacen responsables de las opiniones ni de los resultados obtenidos en los trabajos. La alusión y/o fotografías de personas y entidades deben estar controladas por el autor/es, con el compromiso de haber respetado la privacidad, imagen y confidencialidad de los interesados, siguiendo siempre la normativa legal vigente a tal efecto.

GARCÍA MARTÍNEZ, MANUEL JESÚS[1]; GARCÍA MARTÍNEZ, ANTONIO CLARET[2]
[1] Diplomado en Enfermería. Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología de HH.UU. Virgen del Rocío (Sevilla). Doctor en Antropología Social y Cultural. Profesor Asociado, Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla. [2] Doctor en Historia. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Historia II. Universidad de Huelva

La formación de las enfermeras en urología en los manuales de la titulación de Enfermera de 1915

RESUMEN

ÁREA: Investigación en enfermería. Historia de la enfermería urológica.

En España, la titulación oficial de Enfermera se crea en el año 1915 (Real Orden 7-V-1915), tras la aprobación por el Ministerio correspondiente de la instancia presentada por la Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos. La titulación aprobada habilitaba de enfermeras a las que lo solicitasen, pertenecientes o no a comunidades religiosas. A raíz de ello se confeccionan manuales enfermeros. Los objetivos del presente trabajo son:
1. Conocer los contenidos en materia de enfermería urológica exigidos a la enfermera según la normativa vigente (1915).
2. Conocer en base a la documentación oficial publicada lo referente a la figura de la enfermera y la enfermería urológica.
Como fuente documental se ha utilizado el *Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas* (Madrid, 1917), que conoció varias ediciones, además de documentación legislativa y referencias a otros tratados enfermeros. Se ha seguido la metodología propia de la investigación histórica. Se muestran los contenidos relacionados con la urología presentes en la obra estudiada (definiciones, patologías, términos anatómicos, técnicas, cuidados).
La figura de la enfermera ha sido clave en la conformación del actual profesional de enfermería. Los estudios realizados sobre estas profesionales en relación con la materia urológica son escasos, siendo necesario investigaciones de carácter histórico para conocer la verdadera dimensión de sus aportaciones. Entre las conclusiones alcanzadas, destacar que hasta llegar a la creación de la Especialidad de Urología y Nefrología para ATS (1975) (Decreto 2233/1975, de 24 de julio), encontramos en los textos un interés creciente por la materia de enfermería urológica. La obra analizada nos muestra el nivel de conocimientos sobre enfermería urológica de hace un siglo y el grado de autonomía alcanzado por las enfermeras. La investigación histórica se convierte en un pilar básico para conocer y comprender el desarrollo de esta especialidad en España.

Palabras clave: historia de la enfermería urológica, manuales, textos docentes de enfermería.

SUMMARY

Sovereign ordinance of 7 May 1915 formally established an official nursing degree upon request by The Servants of Mary, Sisters to the Sick which was approved by the corresponding ministry. This nursing degree provided official recognition at the request of applicants, independently of religious creed. As a result, nursing manuals were created. The aims of the present study are:
1. To learn subject content connected with urologic nursing in compliance with current legislation (1915).
2. Learn what nurses and urologic nurses do on the basis of official documentation published.
The textbook *Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas* (Madrid, 1917), legislative documentation and references to teatrises on nursing have been use as a source of information. The methodology used has been historic research. Contents addressing urology are shown (definitions, pathologies, anatomical terms, techniques, care).
Nursing had a key role in the formation of the present nursing profession. Studies conducted on these professionals with relation to urologic matter are scarce, stressing the importance of historical research in order to know the scope of their contribution. On the conclusions reached, it is important to emphasize that until the creation of the Urology and Nephrology for ATS (1975) (Decree 2233/1975, 24 July), an increasing interest in urology was observed. Work analysis shows the level of knowledge on urologic nursing from a century ago and the levels of nurse autonomy. Historical research becomes an essential foundation in order to know and understand the development of this specialty in Spain.

Keywords: history of urologic nursing, manuals, nursing textbooks.

INTRODUCCIÓN

"*Anuria* (falta de secreción urinaria). Son los casos en que no llega la orina a la vejiga en la cantidad ordinaria, pudiendo ser la causa el riñón, los uréteres, sistema circulatorio y sistema nervioso, suele aparecer en la nefritis, coléricos y grandes quemaduras; se aprecia por la falta de orina, convulsiones, fenómenos respiratorios y coma. El cateterismo distingue la anuria de la retención."[1]

Entre las fechas claves de la profesión enfermera en España se encuentran las de los años 1857 y 1915, en que ven la luz las titulaciones oficiales de Practicante y Matrona, en el siglo XIX, siendo ministro de Instrucción Pública Claudio Moyano y Samaniego (1809-1890), y Enfermera, en el XX, ocupando el cargo de subsecretario del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes el conde Esteban Collantes, titulaciones que se consideran como precedentes de la actual profesión de Enfermería. Las tres titulaciones, Practicante, Matrona y Enfermera, se unificarían en el año 1952 en la de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), que permanecería vigente un cuarto de siglo, ya que en el año 1977 daría paso a la nueva titulación de Diplomado en Enfermería, ya reconocida con rango universitario, antecesora de la actual Grado de Enfermería (2009).

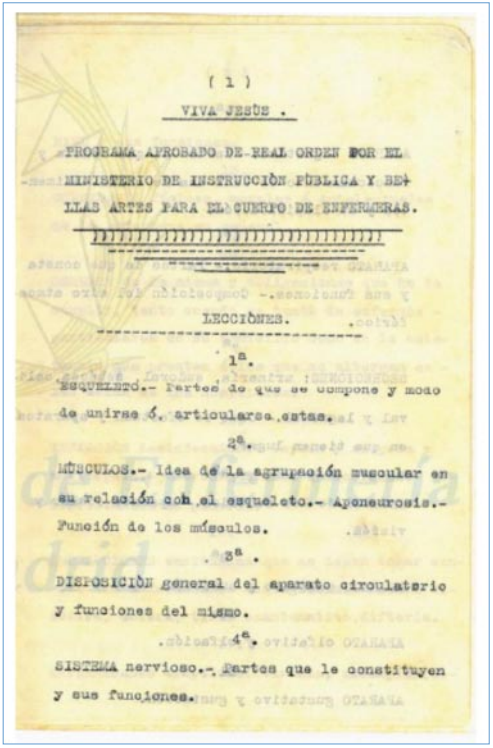
Centrándonos en la titulación de Enfermera, objetivo de la presente comunicación, con fecha de 7 de mayo de 1915, publicada en la *Gaceta de Madrid* el 21 de ese mismo mes[2], mediante una real orden se aprobaba el programa de los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras a las que lo solicitasen, pertenecientes o no a comunidades religiosas. La iniciativa corrió a cargo de las religiosas Siervas de María Ministras de los Enfermos, quienes, por medio de los doctores Simonena, Jiménez, Mariscal y Barajas, en marzo de 1915 elevaron la correspondiente instancia al Ministerio de Instrucción Pública, con el resultado de su aprobación tres meses después[3]. Se reconocía, a partir de entonces, la titulación de Enfermera válida para personal laico y religioso.

El programa para la enseñanza de la profesión de enfermera aprobado constaba de 70 "lecciones", constituyendo el análisis del contenido en lo que se refiere a materia de urología/nefrología el objetivo del presente trabajo. La real orden, además de incluir el programa íntegro por el que debían examinarse las futuras enfermeras, informaba de varios temas en relación a la nueva titulación:

1. Aprobación del programa con los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras a las que lo soliciten, pertenecientes o no a comunidades religiosas.
2. Los conocimientos que el programa incluía se podían adquirir previamente asistiendo para los de carácter práctico a las clínicas, consultorios, asilos u hospitales que a las aspirantes conviniese.
3. La prueba de suficiencia consistía en un examen teórico-práctico ante un tribunal análogo al que funcionaba para la reválida de practicantes de la Facultad de Medicina de Madrid, designado por el decano.
4. Las aspirantes aprobadas en estos exámenes obtenían una certificación expedida por el decano de la Facultad de Medicina en la que se hacía constar que quedaban autorizadas para ejercer la *profesión de enfermeras*.
5. Los exámenes se verificaban todos los años en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, en la fecha que designaba el Decanato.
6. Las aspirantes a enfermeras debían satisfacer en la secretaría de la facultad, para formación de expediente, tres pesetas, y para pagos de derechos de examen, 10 pesetas, con opción a un segundo examen, tres meses después como plazo mínimo, las que no obtuviesen la aprobación en el primero[4].

A partir de la aprobación de esta real orden se confeccionaron distintos manuales, de autoría médica casi en su totalidad, cuyo objetivo era desarrollar los contenidos de las 70 lecciones recogidas en el programa. La propia

Figura 1
Texto original del programa aprobado en 1915 para la titulación de Enfermera enviado al Ministerio por la Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos. Documento histórico. Archivo Vaticano



(1)

VIVA JESUS .

PROGRAMA APROBADO DE REAL ORDEN POR EL MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES PARA EL CUERPO DE ENFERMERAS.

LECCIONES.

1ª.

ESQUELETO.- Partes de que se compone y modo de unirse ó articularse estas.

2ª.

MUSCULOS.- Idea de la agrupación muscular en su relación con el esqueleto.- Aponeurosis.- Función de los músculos.

3ª.

DISPOSICIÓN general del aparato circulatorio y funciones del mismo.

4ª.

SISTEMA nervioso.- Partes que le constituyen y sus funciones.

Figura 2
Aprobación de la titulación de Enfermera en 1915. *Gaceta de Madrid* núm. 141, de fecha 21 de mayo de 1915

484 — 21 Mayo 1915 — Gaceta de Madrid. — Núm. 141

MINISTERIO DE ESTADO, DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REALES ORDENES

PROGRAMA para la enseñanza de la profesión de enfermeras.

[1] Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas. Casa Central. Calle de Jesús, 3. Madrid, 1917, p. 199.

[2] *Gaceta de Madrid* núm. 141, de fecha 21 de mayo de 1915, pp. 484-486.

[3] El Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM) reproduce en abierto en su página web este importante documento original de las Siervas de María y que se localiza en los archivos de la Santa Sede. Nuestro agradecimiento a esta institución.

[4] Obra citada, *Gaceta de Madrid* núm. 141, p. 484.

Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos compondría el suyo, titulado *Manual práctico de asistencia a enfermos*[5].

Otras órdenes y congregaciones y distintos autores darían a la imprenta igualmente tratados y manuales con el mismo objetivo, como el compuesto por las Hijas de la Caridad españolas, cuyo análisis en materia de urología/nefrología abordaremos en las líneas que siguen.

MATERIAL / MÉTODO

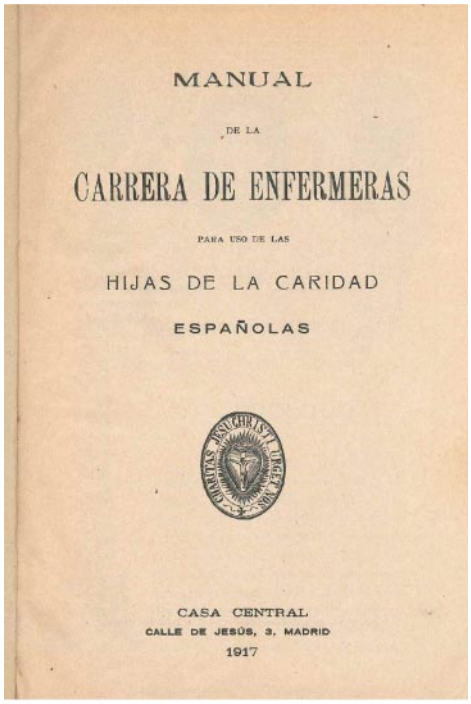
Siguiendo la metodología histórica (localización de las fuentes, su contraste, análisis de los contenidos…) se han analizado los contenidos en materia de urología y nefrología de la obra *Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas*, obra publicada en el año 1917, dos años después de la aprobación de la titulación de Enfermera. Se resaltan descripciones anatómicas, técnicas y cuidados llevados a cabo por la enfermera, patologías relacionadas con el aparato urinario e instrumental empleado, entre otros puntos.

La ficha con los datos bibliográficos fundamentales de la obra es la siguiente:

Título: *Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas*.
Autoría: Congregación Hijas de la Caridad. Casa Central. Madrid.
Imprenta: Imprenta del Asilo de Huérfanos. Calle de Jesús, Juan Bravo, 3.
Lugar y fecha de publicación: Madrid, 1917.
Número de páginas: 490.
Localización del ejemplar: Biblioteca Qalat Chábir. Asociación Cultural para el Estudio de las Humanidades (Alcalá de Guadaíra. Sevilla).

Además, con objeto de contextualizar la obra, se ha consultado diversa documentación legislativa y hecho referencia a otros manuales para la formación de la enfermera de la época.

Figura 3
Portada de *Manual de la Carrera de Enfermeras*, compuesto por las Hijas de la Caridad en 1917



RESULTADOS

Los manuales para la obtención de la titulación de Enfermera (1915): una fuente para conocer el trabajo enfermero

Los tratados docentes compuestos para la formación de los futuros profesionales, caso de las enfermeras, titulación surgida oficialmente en España en el año 1915, recogen, además de los contenidos científicos exigidos para acceder a dicha titulación, toda una filosofía de la propia profesión, pues destacan aspectos relacionados con la ética exigidos a estas profesionales, sus cualidades, físicas y morales[6], su relación con los profesionales que ejercían en el hospital (médico, cirujano, administradores…) y con quienes compartían el día a día de su trabajo, la influencia de la religión y de la política del momento, etc., convirtiéndose en fuentes de primer orden para conocer a estas profesionales y su ejercicio profesional.

Así, por ejemplo, a la pregunta ¿qué es una enfermera?, en el manual se responde que es la encargada de realizar las operaciones que se la ordenen, sin modificarlas en lo más mínimo, puesto que podría con la falta de pericia acarrear muchos y graves perjuicios, indicándose con ello ya el grado de subordinación de esta profesional hacia otros profesionales, como era el médico[7].

[5] Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos, *Manual práctico de asistencia a enfermos*. Imprenta de Julio Cosano. Torija, 5. Madrid, 1920, 367 páginas. Este manual conoció varias ediciones en esa década y la siguiente. Pueden consultarse los trabajos siguientes sobre este manual: María Dolores Mateos García, *Misión y valores en el "Manual práctico de asistencia a enfermos", de las Siervas de María. Volver a las raíces para liderar nuevos retos del siglo XXI*. Trabajo de investigación defendido en el Programa de Doctorado *Nuevas tendencias asistenciales y de investigación en Ciencias de la Salud*, en el Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Sevilla, 2008. Trabajo inédito. Y el artículo: Valle Racero, Juan I., "Ficha bibliográfica n.º 9: *Manual práctico de asistencia a enfermos*", en *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, n.º 5-6. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 1998/99, pp. 47-54.

[6] El tema de los "Deberes de la enfermera. Condiciones físicas y morales que precisa reunir" venía siendo incluido también en los tratados para la formación de los practicantes y en el manual de la enfermera empleado en la primera Escuela de Enfermeras fundada en España en el año 1896 por el doctor Federico Rubio y Galí. Cfr. Antonio Mut, *La Enfermera. Resumen de los conocimientos más indispensables para la buena asistencia de los enfermos*. Tomo I. Madrid, 1917, p. 3.

[7] Obra citada, *Manual de la Carrera de Enfermeras*… Lección 13.ª, p. 112.

Este punto aparece recogido en distintas lecciones del libro, cuando se aborda su papel al tratar diversas patologías, como la ocular, en que la enfermera debía extraer un cuerpo extraño alojado en la conjuntiva, afirmándose lo siguiente:

> "[…] tanto en estas maniobras como en otras muchas que tendrán que hacerse en el curso de la vida hospitalaria, recuerde siempre la enfermera que no puede extralimitarse, aunque diera la casualidad de que aquella operación la pudiera hacer igual que el médico; por tanto, como regla general, ha de tenerse en cuenta que siempre que haya de aplicarse un medicamento o sea menester hacer uso de algún instrumento, siempre ha de contarse con la autorización del médico encargado, salvo los casos de urgencia"[8].

Se dedican dos lecciones, la 13 y la 14, a exponer las cualidades físicas, morales e intelectuales, así como los deberes y obligaciones de la enfermera[9], recogiéndose en el resumen de estas lecciones que:

> "Los deberes, lo mismo en un enfermo particular que en un hospital, se reducen a poner de su parte cuanto pueda beneficiar al enfermo y cumplir con su misión, el ser la persona de confianza del médico, para cumplir sus prescripciones y cuidar de la parte material del enfermo y seguir el lema de oír, ver y callar"[10].

En anteriores trabajos se han analizado los contenidos relacionados con la urología y nefrología en distintos manuales compuestos en distintas épocas, desde los siglos XVI y XVII hasta el último tercio del XX[11], en que se constituye la especialidad de Urología y Nefrología para ATS[12].

En las líneas que siguen nos centraremos asimismo sobre todo en los contenidos urológicos y nefrológicos recogidos en el *Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas*, compuesto por esta congregación en Madrid en el año 1917, con contenidos similares al publicado por la Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos. El objetivo de estos manuales, como queda dicho, era superar el examen correspondiente que les habilitaba para ejercer la profesión de enfermera.

Figura 4
Prólogo del *Manual de la Carrera de Enfermeras*

Ad majorem Dei gloriam

PRÓLOGO

Son muchos los libros que con diferentes títulos, «Arte de cuidar a los enfermos», «Manual de la enfermera», etc., se han escrito; pero tenemos que manifestar que si bien en todos ellos se dan reglas y consejos muy prácticos para dicho fin, pocos son los que taxativamente se adaptan al programa oficial de la Real orden del 7 de Mayo de 1915 para la carrera de enfermeras; en el presente se encuentran contestadas todas las lecciones

Los conocimientos urológicos-nefrológicos en *el Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas*

En cuanto a la autoría y finalidad de la obra, en el prólogo se hace referencia a que "pocos son los manuales que taxativamente se adaptan al programa oficial de la Real Orden del 7 de mayo de 1915 para la carrera de Enfermeras", y que el mismo se ha compuesto fruto de las explicaciones dadas por los doctores D. Ramón Jiménez, D. Dionisio Herrero, D. José de Unzaga y D. Luis Jiménez, siendo publicado debido al "celo y desprendimiento" de la reverenda madre visitadora sor Josefa Bengochea[13].

En relación al contenido, la cita textual que encabeza el presente trabajo, y que alude a la "Anuria", puede darnos ya una idea del enfoque y la metodología empleados en el manual: comienza con la definición de la patología, posibles agentes causales y sus síntomas, finalizando con un diagnóstico diferencial, distinguiendo entre la "anuria" y la "retención urinaria", definiéndose esta última como el acúmulo de orina en la vejiga por falta de tonicidad muscular de la misma.

---

[8] *Ibídem*, Lección 63.ª, p. 353.

[9] Entre las cualidades que debían "adornar" a la enfermera, se resaltan la obediencia, abnegación y desinterés para cumplir con su deber. Lección 14.ª, pp. 113-114.

[10] *Ibidem,* Lección 14.ª, p. 115.

[11] Estos trabajos de investigación histórica sobre enfermería uro-nefrológica, expuestos en diversos congresos y publicados en la revista *Enfuro*, han sido los siguientes:
"La Enfermería urológica en el siglo XVII según el manuscrito del enfermero Simón López (año 1668)", en *Enfuro* 100, diciembre de 2006; "El manual *Instrucción de enfermeros* (1625), compuesto por los enfermeros obregones, y los cuidados urológicos en los hospitales del siglo XVII", en *Enfuro* 122, agosto de 2012; "La enseñanza de la enfermería urológica en la primera Escuela de Enfermeras de España", en *Enfuro* 123, diciembre de 2012; "La enfermería urológica durante el período del ayudante técnico sanitario. Su reflejo en los tratados para su formación", en *Enfuro* 128, abril de 2015, y "La titulación de Practicante (1857-1953): conocimientos y cuidados urológicos impartidos", en *Enfuro* 135, julio de 2018.

[12] Fue en el año 1975 cuando se constituyó legalmente en España la Especialidad de Urología y Nefrología para ATS, según el Decreto 2233/1975, de 24 de julio.

[13] Obra citada, *Manual de la Carrera de Enfermeras…* "Prólogo", p. 1.

De las 70 "lecciones", así se denomina cada tema tanto en el libro como en el programa oficial publicado en la *Gaceta* de 1915, son cuatro las que se dedican a la materia de urología y nefrología[14], incluyéndose, además, otros apartados como un glosario de términos y diversas referencias a lo largo de las páginas de la obra.

En la lección 7.ª se aborda el tema de la "secreción urinaria" y la "composición del aparato urinario", describiéndose ambos del siguiente modo:

> "*Secreción urinaria.* Es la secreción producida en los riñones. El aparato urinario se compone: 1. De unas glándulas que segregan la orina, en número de dos, que tienen la forma de una judía y que se sitúan a los lados de las dos últimas vértebras dorsales y dos o tres primeras lumbares, y son los *riñones*. 2. De los dos conductos excretores que conducen la orina a un depósito o receptáculo, que son los llamados *uréteres*. 3. De un receptáculo musculomembranoso donde la orina se acumula hasta su expulsión, que es la llamada *vejiga urinaria*. 4. De un conducto que pone en comunicación la vejiga con el exterior y que, por lo tanto, conduce la orina desde el receptáculo o almacén o vejiga al exterior, que se llama *uretra*"[15].

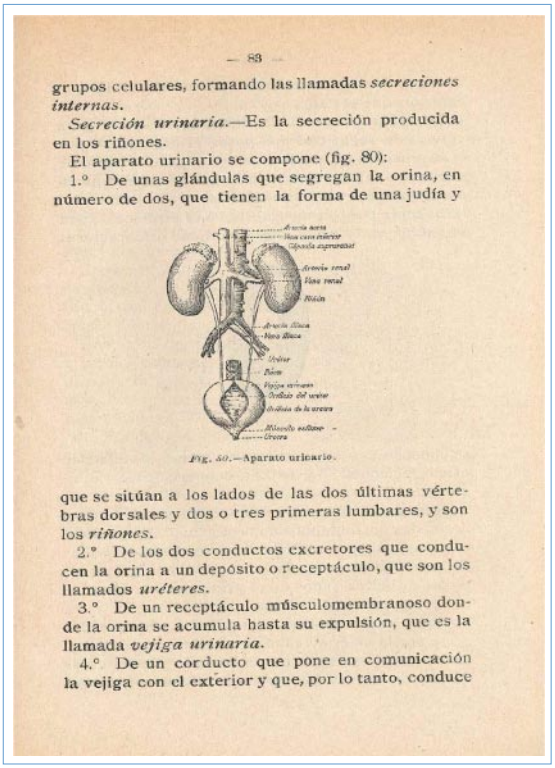
Sobre el mecanismo de producción y eliminación de la orina, se afirma que el riñón es la gran válvula de seguridad que posee el organismo y que, gracias a él, se eliminan los medicamentos y gran número de venenos o sustancias nocivas que se engendran en el organismo, como resultado del metabolismo celular y, sobre todo, de las sustancias proteicas[16]. En la misma lección 7.ª se recoge que la orina está compuesta por urea, ácido úrico e hipúrico[17], que son "sustancias derivadas del metabolismo proteico; urobilina, indican que son pigmentos de cloruros, fosfatos, sulfatos, carbonatos, que son cuerpos salinos e inorgánicos, disueltos todos estos principios en agua: es lo que constituye la orina"[18].

La explicación que se daba a la enfermera sobre la secreción urinaria era que la sangre penetra por la arteria renal en el riñón, y el agua y los cloruros se filtran por el llamado glomérulo de Malpigio; los demás cuerpos se forman por síntesis o por secreción de los tubos renales; la orina, ya formada, es conducida por el uréter a la vejiga, donde se almacena; mas, una vez llena, se sienten los deseos de eliminarla al exterior. El acto en virtud del cual la orina es expulsada se llama *micción* y se efectúa de esta manera: la vejiga se contrae y con su fuerza y la de la prensa abdominal, relajándose los esfínteres, la orina es expulsada al exterior[19].

La lección 32.ª aborda monográficamente el tema de la orina: cantidad que se considera normal en 24 horas, modo de recogerla para su análisis, modo de conservarla, patologías más frecuentes –anuria y retención, uremia–, técnica de practicar el cateterismo vesical, detección de albúmina en orina y uso del albuminómetro de Esbach y conducta de la enfermera ante casos de uremia y otras patologías[20].

Entre los datos numéricos que se dan están la longitud de los uréteres –de 25 a 30 cm de largo–, la cantidad de orina en 24 horas –entre 1.200 y 1.500 gramos, pudiendo en algunas enfermedades llegar a varios litros–, entre otros. Se insiste en que la orina, para su análisis, se debe recoger en vasijas perfectamente limpias y graduadas, despreciando la primera micción, debiéndose conservar en sitio fresco adicionándole formol o timol.

Figura 5
Descripción del aparato urinario (p. 88 del manual)



— 88 —

grupos celulares, formando las llamadas *secreciones internas*.

Secreción urinaria.—Es la secreción producida en los riñones.

El aparato urinario se compone (fig. 80):

1.º De unas glándulas que segregan la orina, en número de dos, que tienen la forma de una judía y

Fig. 80.—Aparato urinario.

que se sitúan a los lados de las dos últimas vértebras dorsales y dos o tres primeras lumbares, y son los *riñones*.

2.º De los dos conductos excretores que conducen la orina a un depósito o receptáculo, que son los llamados *uréteres*.

3.º De un receptáculo músculomembranoso donde la orina se acumula hasta su expulsión, que es la llamada *vejiga urinaria*.

4.º De un conducto que pone en comunicación la vejiga con el exterior y que, por lo tanto, conduce

[13] Obra citada, *Manual de la Carrera de Enfermeras…* "Prólogo", p. 1.
[14] Son las lecciones 7.ª, 32.ª, 58.ª y 68.ª.
[15] *Ibidem,* Lección 7.ª, pp. 83-84.
[16] *Ibidem*, p. 84.
[17] El ácido hipúrico (HA) es biosintetizado a partir de glicina, ácido benzoico y acetilcoenzima A (CoA). El HA se excreta por la orina y su determinación sirve, por ejemplo, para estimar la cantidad promedio de tolueno inhalado como droga o por inhalación exposicional. El tolueno es un hidrocarburo líquido derivado del benceno que se utiliza en la fabricación de trinitrotolueno y en la preparación de colorantes y medicamentos. En el manual se habla de "sustancias venenosas y tóxicas", como estas. En Dolores Javier Sánchez-González y cols., "Estudio comparativo para determinar ácido hipúrico (HA) en orina mediante los métodos colorimétricos de Ogata y de Astudillo". En *Revista de Sanidad Militar de México*, n.º 62 (1), 2008, pp. 35-41.
[18] Obra citada, *Manual de la Carrera de Enfermeras…*, p. 84.
[19] *Ibidem,* pp. 84-85.
[20] *Ibidem,* pp. 198-205.

Las patologías urinarias tratadas por la enfermera

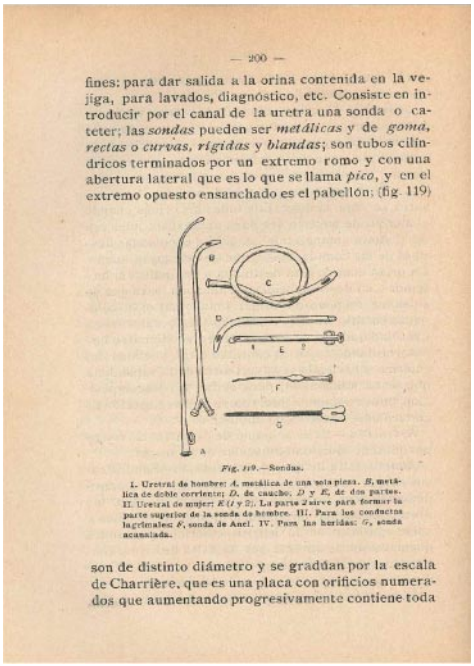
Entre los "trastornos acaecidos por la perturbación de estos órganos" –se refiere al riñón, vejiga y uréteres–, la enfermera debía tratar la retención urinaria, anuria, albuminuria, hematuria y la formación de cálculos por la precipitación de sales minerales, siendo de todas ellas la uremia la que se aborda en el manual de manera más extensa.

La *uremia* se describe como "una enfermedad producida por sustancias debidas a la insuficiencia de la depuración renal o escreto-renal; más claro: envenenamiento producido por la falta de limpieza del riñón"[21]. Se advierte a la enfermera que hay que observar, para su prevención, los síntomas que suelen presentarse y que son la disminución de la cantidad diaria de orina, la aparición brusca de edemas, dolor agudo de cabeza, vértigos, dificultades en la visión, pudiéndose presentar casos de ceguera repentina, pero transitoria, y fenómenos nerviosos, sensación de escozor y picor, etc. Puede llegarse, asimismo, al coma, después de haber aparecido más o menos los síntomas anteriores. En cuanto a la conducta a seguir por la enfermera ante la uremia, se recomendaba que, cuando los síntomas no eran "más que" disminución de orina, dolor de cabeza y atontamiento, lo primero que debía hacerse era régimen lácteo y enemas fríos; pero si el "ataque era grave y aparecía repentinamente", se debía practicar una sangría de 300 a 400 gramos, con lo que salía el enfermo del coma, administrándosele seguidamente inyecciones intravenosas de suero[22].

La *hematuria*, otra patología frecuente que debía tratarse, se conoce, según el manual, porque la orina sale teñida en rojo o sale mezclada con coágulos negros parecidos a lombrices, siendo el papel de la enfermera aconsejar el reposo en cama al paciente y administrarle bebidas aciduladas, como la limonada, e inyecciones de ergotina[23].

La *retención de orina* era una complicación que solía darse, según los autores del manual, en diversos procesos y posoperatorio, debiendo la enfermera estar pendiente de ello. Era muy importante para su tratamiento comprobar el tiempo que llevaba el enfermo sin orinar: si sobrepasaba las 12 horas, debía sondarlo con una sonda de goma flexible, teniendo en cuenta la asepsia señalada, debiendo repetir esta operación cada seis horas hasta que se solucionase la situación[24].

Figura 6
Sondas empleadas para el cateterismo vesical (p. 200 del manual)



— 200 —

fines: para dar salida a la orina contenida en la vejiga, para lavados, diagnóstico, etc. Consiste en introducir por el canal de la uretra una sonda o cateter; las *sondas* pueden ser *metálicas* y de *goma*, *rectas o curvas*, *rígidas* y *blandas*; son tubos cilíndricos terminados por un extremo romo y con una abertura lateral que es lo que se llama *pico*, y en el extremo opuesto ensanchado es el pabellón: (fig. 119)

Fig. 119.—Sondas.

I. Uretral de hombre: *A*, metálica de una sola pieza. *B*, metálica de doble corriente; *D*, de caucho. *D* y *E*, de dos partes. II. Uretral de mujer: *K* (y *S*). La parte *J* sirve para formar la parte superior de la sonda de hombre. III. Para los conductos lagrimales: *S*, sonda de Anel. IV. Para las heridas: *G*, sonda acanalada.

son de distinto diámetro y se gradúan por la escala de Charrière, que es una placa con orificios numerados que aumentando progresivamente contiene toda

Técnicas e instrumental empleados por las enfermeras

Entre el aparataje empleado habitualmente por la enfermera relacionado con la práctica urológica se encontraba el llamado *albuminómetro de Esbach*, que servía para medir la cantidad de albúmina por litro de orina. Previamente a la descripción de este aparato, se destaca la importancia de la medición de la albúmina, dado que las enfermedades agudas –escarlatina, fiebre tifoidea, pulmonía, etc.– van acompañadas de una albuminuria transitoria que podía transformarse en persistente, complicándose la función renal, siendo su pronóstico grave por la retención de toxinas microbianas y venenos orgánicos, pudiéndose dar también en enfermos hidrópicos y cardíacos. Se le explica con todo detalle a la enfermera cómo funcionaba este aparato: consiste en un tubo graduado en su parte inferior, con dos marcas señaladas con las letras **U**, que es hasta donde se adiciona orina, y otra más superior, **R**, que indica la cantidad de reactivo del mismo nombre que se ha de agregar; una vez colocado los dos líquidos, orina y reactivo, se cierra el tubo con un tapón de goma o corcho, se invierte sin agitar seis u ocho veces y se deja en reposo 24 horas, pudiéndose apreciar el coágulo formado y leer la línea que corresponda, sabiendo que son los gramos de albúmina que expele por litro de orina. El reactivo se compone de un gramo de ácido pícrico, dos gramos de ácido acético y 97 gramos de agua destilada[25].

De entre las técnicas empleadas por la enfermera de manera habitual se encontraba la del *cateterismo uretral*, para la evacuación de la vejiga, hecho por medio de sondas y que se practicaba para varios fines: para dar salida a la orina contenida en la vejiga, para lavados vesicales y para establecer un diagnóstico. Las sondas podían ser metálicas y de goma, rectas o curvas, rígidas y blandas. Se describen en el manual como "tubos cilíndricos terminados por un extremo romo y con una abertura lateral que es lo que se llama *pico*, y en el extremo opuesto ensanchado es el pabellón"[26]. Tienen distinto diámetro y se gradúan por

[21] *Ilbidem*, Lección 32.ª, pp. 203-204.
[22] *Ilbidem*, p. 204.
[23] *Ilbidem,* Lección 35.ª, p. 220.
[24] *Ilbidem,* Lección 58ª, p. 337.
[25] *Ilbidem*, p. 203.
[26] *Ilbidem*, pp. 199-200.

la escala de Charrière[27], que es una placa con orificios numerados que aumentando progresivamente contiene toda la serie, aunque lo habitual era que en el pabellón de la sonda se indicase el número de que se trataba. Previamente a la descripción de la técnica del cateterismo, se informaba a la enfermera que había que distinguir entre el cateterismo de la uretra normal y el cateterismo de la uretra enferma, haciéndose este último generalmente con sonda metálica tras intentarlo varias veces con la de goma.

Es importante, se insiste, no producir una falsa vía. Seguidamente se pasaba a la descripción de la técnica de colocación de la sonda. Se señalaba que era muy importante la asepsia previa de las manos de la enfermera, explicándose ello con todo detalle en la lección 54.ª, así como la limpieza del meato uretral con una torunda de algodón humedecido. Tras la colocación del paciente en decúbito supino, con los muslos y piernas flexionados, se cogía la sonda ya desinfectada con la mano derecha y lubrificada con un poco de vaselina esterilizada, "y al ser posible sin descubrir a la enferma", en la línea media y por debajo de un pequeño abultamiento tubérculo-uretral se introduce la sonda por el orificio inmediato; si es metálica, con el pico hacia arriba, se inclina el pabellón y aparecerá la orina (si hay retención). Posteriormente se fijaba la sonda por medio de una seda, cuyo extremo se ata a esta y el otro extremo al vendaje o a la misma piel por medio de aglutinante o colodión[28].

En el manual se establece una diferencia entre *sondaje* y *cateterismo*, empleándose el primero solamente para vaciar la vejiga, mientras que el segundo, además, se emplea para establecer un diagnóstico y hacer lavado vesical[29].

La técnica del *lavado vesical* se empleaba como medio de curación de enfermedades de la vejiga. La enfermera debía proceder del modo siguiente:

> "Consiste en hacer un cateterismo o sondaje, con sonda sencilla o de doble corriente con las reglas dichas en la lección 32.ª, y después, con la ayuda de una jeringa o un irrigador que se adapta al pabellón de la sonda, se introduce en la vejiga el líquido que se vaya a emplear como medicamento, siendo generalmente el agua hervida, disoluciones de ácido bórico al 4 por 1.000, nitrato de plata al 1,5 por 1.000, permanganato potásico al 1 por 1.000. Como la capacidad de la vejiga en estado normal es de 150 a 200 gramos, sea con la jeringa o con el irrigador no se debe introducir más de dicha cantidad de cada vez […]"[30].

En relación a la *asepsia del instrumental* que debía emplear la enfermera, se le advertía que para aseptizar una sonda, jeringa o irrigador lo mejor era hervirlos en agua o en glicerina, introduciéndola en aceite fenicado, es decir, que tiene fenol en disolución al 5 por 100, pudiéndose conservar en tubos de cristal apropiados. Si no se pudiera hacer esta operación, se debía lavar el instrumental con alcohol y después con agua esterilizada y, si fuera posible, flamearlos, es decir, pasarlos por una llama[31].

En esta misma lección 68.ª hay un apartado titulado "Cuidados de estos enfermos", en el que se muestra a la enfermera la conducta a seguir en varias de las patologías citadas.

Al final del manual, tras finalizar la exposición de las 70 lecciones, se incluye un apartado amplio e interesante titulado "Vocabulario de las palabras más corrientes en Medicina", un amplio glosario de términos explicativos que ilustraba a la enfermera en los diversos temas contenidos en la obra. Se incluyen igualmente dos índices: uno de los grabados reproducidos y otro analítico para hacer más fácil la localización de un tema concreto.

DISCUSIÓN

Los contenidos del manual analizado, compuesto en 1917 por la Congregación de las Hijas de la Caridad, son similares a los incluidos en el manual compuesto por otra congregación de religiosas dedicadas a la enfermería, las Siervas de María Ministras de los Enfermos, en esos mismos años.

Su análisis nos permite igualmente comparar los contenidos de la nueva titulación de 1915 con los conocimientos impartidos en la Escuela de Enfermeras fundada en 1896 en Madrid por el médico gaditano doctor Federico Rubio y Galí, observándose una gran similitud entre ambos programas formativos, tanto en los contenidos científicos como en aquellos relacionados con la ética, moral y deontología profesional.

CONCLUSIONES

El *Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas* analizado es una fuente de gran valor para conocer la profesión enfermera surgida oficialmente en 1915, en general, y la materia urológica y nefrológica de la época, en particular: conocimientos, técnicas e instrumental empleados, relación con otros profesionales que ejercían en el hospital, grado de autonomía alcanzado por la enfermera en su trabajo, etc.

---

[27] Esta escala para medir tanto sondas vesicales como cualquier otro catéter e instrumental médico fue ideada por Joseph-Fréderic Benoit Charrière (Cerniat, Suiza,1803 – París, Francia, 1876), un fabricante de instrumentos quirúrgicos de París del siglo XIX, quien define la relación "diámetro en mm por 3".

[28] Obra citada, *Manual de la Carrera de Enfermeras*…, pp. 201-202.

[29] *Ibidem,* Lección 68.ª, p. 392.

[30] *Ibidem,* Lección 68.ª, p. 392.

[31] *Ibidem,* Lección 68.ª, p. 393.

El manual se compone gracias a la iniciativa de las Hijas de la Caridad, establecidas en España desde finales del siglo XVIII, para dar respuesta a los contenidos exigidos para optar al título oficial de Enfermera creado en el año 1915 a instancias de otra congregación de religiosas dedicadas a la enfermería, la de las Siervas de María Ministras de los Enfermos.

Para llegar a conocer la evolución de los cuidados enfermeros en materia de urología y nefrología en España hasta llegar a la creación de la especialidad en el año 1975 se hace necesario la búsqueda, análisis y reinterpretación de fuentes documentales y bibliográficas como el manual de las Hijas de la Caridad estudiado.

La investigación histórica se convierte, pues, en un instrumento de lucha y justicia social, permitiéndonos conocer el trabajo realizado por estas profesionales a lo largo de siglos, tanto en períodos de paz como de conflictos bélicos y situaciones de catástrofes naturales y epidemias. Rescatar del olvido a estas y estos profesionales es un acto de justicia social. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuentes

Congregación Hijas de la Caridad (Madrid), *Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad españolas*. Casa Central. Calle de Jesús, 3. Madrid, 1917, p. 199.

Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos, *Manual práctico de asistencia a enfermos*. Imprenta de Julio Cosano. Torija, 5. Madrid, 1920, 367 páginas.

Mut Mandilego, Bartolomé Antonio, *La Enfermera. Resumen de los conocimientos más indispensables para la buena asistencia de los enfermos*. Hijos de Reus, editores, impresores, libreros. Segunda edición. Biblioteca Manuales Reus de Medicina. Volumen VIII (Madrid, 1917); Volumen IX (Madrid, 1917); Volumen X (Madrid, 1918).

Real Orden de 7 de mayo de 1915. *Gaceta de Madrid* n.º 141, viernes 21 de mayo, pp. 484-486. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Decreto 2233/1975, de 24 de julio. Creación de la especialidad de Urología y Nefrología para ATS en 1975.

2. Bibliografía

García Martínez, Antonio C. y otros, *Aproximación a la Enfermería española de los siglos XVI-XVII. Presentación y análisis de la obra Instrucción de Enfermeros, de Andrés Fernández, 1625.* Edición a cargo del Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería. Madrid, 1993.

García Martínez, Manuel J.; Romero Mora, O.; Ramos Suárez, José M.; Fernández Romana, María J.; Olivares Bellón, Francisca, "La Enfermería urológica en el siglo XVII según el manuscrito del enfermero Simón López (año 1668)". En *Enfuro. Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*, n.º 100. Diciembre. Madrid, 2006, pp. 9-17.

García Martínez, Manuel J.; García Martínez, Antonio C., "Cuidados urológicos en los hospitales españoles del siglo XVII". En *Enfuro. Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología* (en prensa). Madrid, 2012.

Mateos García, María Dolores, *Misión y valores en el "Manual práctico de asistencia a enfermos", de las Siervas de María. Volver a las raíces para liderar nuevos retos del siglo XXI*. Trabajo de investigación inédito. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2008.

Sánchez-González, Dolores J. y cols., "Estudio comparativo para determinar ácido hipúrico (HA) en orina mediante los métodos colorimétricos de Ogata y de Astudillo". En *Revista de Sanidad Militar de México*, n.º 62 (1), 2008, pp. 35-41.

Valle Racero, Juan I., "Manual práctico de asistencia a enfermos". En *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, n.º 5-6. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 1998/99, pp. 47-54.

3. Página web

Página web del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM):
http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/1879b97e-bb6a-48a3-91e6-e754fa1872eb/d1454faf-e829-4140-91fe-cb2f749dc8ad/6a1fc682-a129-432b-9a0e-a8cf718e3b1b/RA_ProgramaEnfermeras1915.pdf

En esta página se incluye el "Primer programa para la adquisición del título oficial de Enfermera en España, presentado a petición de las religiosas Siervas de María Ministras de los Enfermos, por los doctores Simonena, Jiménez, Mariscal y Barajas en marzo de 1915 y aprobado por real orden del Ministerio de Instrucción Pública en junio de 1915".

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología del H. U. Virgen del Rocío (Sevilla), a su director médico, Dr. Rafael Antonio Medina López, y a su director de Cuidados, D. Antonio José Alcántara Bernal, por las facilidades dadas para la participación en el Congreso Nacional de ENFURO en el que se ha presentado el presente trabajo.

APARICIO JIMENO, L.[1]; PÉREZ BOAL, I.[2]
[1,2] Enfermera. Complejo Asistencial de Segovia. Unidad de Urología Hospitalización

Calidad de vida del paciente urostomizado: una revisión sistemática

RESUMEN

El cáncer de vejiga es la cuarta causa de cáncer en varones en España y la octava en mujeres, siendo el segundo urológico en frecuencia tras el de próstata. Existen diferencias importantes en la localización de los diagnósticos de tumores de vejiga, siendo más numerosos en Europa Occidental y en América del Norte que en el resto del mundo; predomina en la raza blanca y en varones, en pacientes expuestos a sustancias químicas como el arsénico, en pacientes con cistitis crónica, en pacientes con un tratamiento oncológico previo y en pacientes con antecedentes familiares de cáncer de vejiga.
La principal causa productora de cáncer de vejiga es el tabaco, por la cantidad de productos cancerígenos que contiene, que son absorbidos y eliminados a través de la orina. Los tumores vesicales más comunes son los tumores uroteriales (ya sea de alto o bajo grado), aunque también se presentan tumores escamosos, adenocarcinomas o carcinomas de células pequeñas.
La manera más común de manifestación es la hematuria, en mayor o menor grado, y el diagnóstico se realiza a través de una citología o de manera más efectiva con una cistoscopia con visión directa de toda la vejiga.
En estadios iniciales, el tratamiento es la realización de una resección transuretral de vejiga y después se añade un tratamiento quimioterápico intravesical o inmunoterapia con control cistoscópico cada tres meses.
Cuando el tumor vesical infiltra a la pared muscular (T2) será necesaria la extirpación completa de la vejiga (cistectomía radical) junto con ganglios cercanos, debiéndose realizar una nueva conducción de orina al exterior mediante una derivación urinaria. La más frecuente en Europa es la derivación urinaria heterotópica ureteroileostomía tipo Bricker, en la que con una porción de íleon se creará un conducto ileal donde se abocarán los uréteres. El extremo distal de esta porción ileal se abocará a piel en forma de urostoma, por donde saldrá la orina al exterior de forma incontinente.
Según la Asociación Europea de Urología (EAU), la cistectomía es el tratamiento por excelencia para el tumor músculo invasivo y para aquellos tumores superficiales recurrentes.
En 2017, según datos del Instituto Nacional de Estadística, se produjeron 4.620 casos de muerte por esta enfermedad en España. Según la Sociedad Española de Medicina Oncológica, la incidencia de cáncer de vejiga en 2017 fue de 14.677 nuevos casos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *calidad de vida* como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Este concepto está influido por la salud física, psicológica, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno".
Los indicadores físicos más representativos son la equidad, el empleo y seguridad y asistencia social, alimentación y nutrición, salud pública, cultura y arte.
El concepto de calidad de vida se usa como evaluador de salud y sirve para evaluar y mejorar los planes de salud de los gobiernos.

Palabras clave: derivación urinaria, calidad de vida, cistectomía, cáncer de vejiga.

SUMMARY

Bladder cancer is the fourth cause of cancer among men and the eighth among women, being the second after prostate cancer. There are important differences in the location of the diagnosis for bladder cancer, being more numerous in West Europe and North America than in the rest of the world; it predominates in whites and men, in patients exposed to chemicals like arsenic, in patients with chronic cystitis, in patients with a previous cancer treatment and in patients with family history of bladder cancer.
Tobacco consumption is the main cause for bladder cancer because of the number of carcinogenic products it contains, which are absorbed and eliminated through urine. Urothelial tumor is the most common type of bladder cancer (low-grade or high-grade), although squamous cell carcinoma, adenocarcinomas, small-cell carcinoma may also occur.
Haematuria is one of the most common presentations, to a greater or lesser degree, and the diagnosis of haematuria is confirmed through urine cytology or through a cystoscopy procedure to look into the bladder.
Transurethral resection (TUR) of the bladder is a common procedure that is used as a treatment for early stages. Following TUR a treatment of intravesical chemotherapy and immunotherapy is initiated with a cystoscopic surveillance every three months.
If the tumor has spread to the muscle of the bladder-wall (T2) it is necessary to remove the entire bladder (radical cystectomy) and create a new urinary diversion. The most commonly used diversion is ureteroileostomy, where an ileal conduit (Bricker) is created: ureters will be attached to one end, while the other end will be taken to the skin to construct a stoma through which urine will be drained continuously into a bag on the outside of the body.
According to the European Association of Urology (EAU), cystectomy is considered the gold standard treatment for muscle invasive bladder cancer and for superficial tumors that are recurrent.
According to data from the National Institute of Statistics, in 2017, there were 4,620 cases of death due to this illness in Spain. According to the Spanish Society of Medical Oncology, the recurrence of new cases of bladder cancer was of 14,677 in 2017. The World Health Organization (WHO), defines *quality of life* as "the individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. This concept is affected by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships and their relationship to salient features of their environment". The most representative indicators are equity, employment, security, social welfare, food and nutrition, public health, culture and art.
The concept of quality of life is used not only to evaluate health status but also used to evaluate and improve governments' health plans.

Keywords: urinary diversion, quality of life, cystectomy, bladder cancer.

OBJETIVO

El objetivo principal de nuestro análisis es valorar cómo es la calidad de vida del paciente urostomizado, si se ve afectada o no tras la realización del urostoma y cómo se podría optimizar su calidad de vida tras esta nueva situación de salud buscando posibilidades de mejora.

MÉTODO

Se trata de una revisión sistemática, para ello primero seleccionaremos las palabras clave. Para determinar las palabras clave de nuestra búsqueda se utilizó el Thesaurus de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y su traducción al inglés por la National Library of Medicine (MESH) (ver tabla 1).

Una vez determinados los descriptores para la búsqueda, se realizaron diferentes estrategias de búsqueda en las siguientes bases de datos:

- PUBMED.
- SCIELO.
- CUIDEN.
- Biblioteca COCHRANE PLUS.
- LILACS.
- DIALNET.

Tabla 1
Palabras clave

DECS	MESH
Derivación urinaria	Urinary diversion
Calidad de vida	Quality of life
Cáncer de vejiga	Bladder cancer
Cistectomía	Cistectomy

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para todas las bases de datos consultadas, que fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:
  - Artículos publicados entre 2010 y 2019.
  - Artículos de texto libre o que se pudiera acceder a ellos a través de la biblioteca virtual de SACYL (Sanidad Castilla y León).
  - Idioma: inglés y castellano.
  - Humanos.
- Criterios de exclusión:
  - Artículos sobre casos clínicos.
  - Artículos cuya n (número de sujetos a estudio) fuera menor de 10.
  - Artículos editoriales.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda fue realizada entre los meses de noviembre de 2018 y enero de 2019.

Se usaron operadores boleanos como "AND", para combinar los términos de búsqueda para que así cada resultado obtenido en la base de datos contuviese los términos usados. No se utilizaron entroncamientos.

Las estrategias de búsqueda fueron conformes a la tabla 2. Se establecieron los siguientes límites en todas las bases de datos:

- 10 años de antigüedad (2010-2019).
- Idiomas:
  - Inglés.
  - Castellano.
- Humanos.

75 fueron los artículos que *a priori* podríamos usar para la búsqueda de resultados; tras la lectura de título y Abstract, se seleccionaron 32 artículos. De estos 32 artículos se desestimaron 10 por no cumplir criterios y/o ser repetidos en las distintas bases de datos; 22 fueron seleccionados para lectura completa del artículo.

Cuando tuvimos reunidos todos los artículos completos, procedimos a su lectura crítica, ayudándonos de la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) según el tipo de estudio encontrado, valorando cada uno de los artículos (tabla 3). La lectura crítica de los 22 artículos fue realizada de forma independiente por cada autor y después se hizo una puesta en común de cada artículo para evitar posibles sesgos de traducción; además, cada autor realizó un CASPe individual para cada artículo,

haciendo el mismo proceso que para la lectura, con el fin último de evitar nuevos sesgos. De los 22 artículos encontramos dos metaanálisis (11,19), una revisión sistemática (9), cuatro revisiones bibliográficas (4, 8, 13, 16) y el resto de artículos encontrados fueron artículos tipo descriptivo.

RESULTADOS

Tras la lectura crítica de los 22 artículos seleccionados y la puesta en común se procede a la exposición de resultados.

Encuestas

Tyson M *et al.* (16) describen múltiples encuestas para la revisión de la calidad de vida del paciente urostomizado; existen encuestas específicas como la QLQ-BLM30, generada por la EORTC (European Organization for the Research and Treatment of Cancer), desarrollada a partir de la encuesta BLM-30 y que se subdivide en cinco escalas funcionales, valora síntomas físicos y calidad de vida en el paciente con cáncer de vejiga (aún en fase III de validación, pero es usada de forma habitual). La encuesta SF-36 es el instrumento más utilizado para medir la calidad de vida en general, no es específico del cáncer de vejiga; mide ocho áreas distintas del paciente (físico, mental, social, vitalidad, percepciones…); es usada junto con la QLQ-BLM30. Todos los estudios seleccionados referencian una o varias encuestas que usan para el análisis. Ahmadi *et al.* (13) hacen una revisión y sistematización de todas las encuestas enfocadas a determinar la calidad de vida del paciente, clasificándolas entre específicas y no específicas del paciente con cáncer de vejiga.

Desarrollada por la EORTC, también se usa la encuesta QLQ-C30 como muestran Pazar *et al.* (3), dirigida a pacientes con cáncer en general. Del mismo modo, Robin *et al.* (6) lo hacen con la encuesta COHHRQOL-O para el paciente con cáncer.

Otra encuesta usada en los estudios encontrados es el cuestionario EQ-5D-3L, creado por un grupo multidisciplinar de investigadores europeos (Euroqol) para valorar la calidad de vida y evaluar la repercusión económica de las tecnologías sanitarias. Tejido-Sánchez *et al.* (2) hacen uso de esta encuesta para valorar la calidad de vida del paciente cistectomizado.

Creado en Estados Unidos, el índice BCI (bladder cancer index) desarrolla una encuesta para todo tipo de pacientes con cáncer de vejiga, infiltrante o no, y así realiza su estudio Gellhaus *et al.* (15) en 2017.

Gómez Porcel *et al.* (1), en su estudio realizado en 2011, encuestan a sus pacientes cistectomizados con la escala "Stoma QoL", que es específica del paciente ostomizado (no urostomizado concretamente).

Gacci *et al.* (20) determinan en su estudio que se deben utilizar varios cuestionarios validados para abarcar todos los factores influyentes en la calidad de vida.

Estado emocional

Robin *et al.* (6) relatan en su estudio que existen problemas de afrontamiento y miedo a la recidiva, además de depresión y ansiedad que pueden alterar la salud mental del paciente urostomizado; los pacientes expresan sentimientos de desesperanza. Siracusano *et al.* (12) describen un peor pronóstico de calidad de vida en mujeres, con peor perspectiva de futuro que los hombres.

Deterioro de la imagen corporal

No existe unanimidad; aunque *a priori* podríamos pensar que sí existe esta alteración de la imagen y así lo refleja Ahmadi *et al.* (13) en su revisión; Robin *et al.* (6) creen que este deterioro de la imagen corporal lleva al paciente al aislamiento social y a presentar dificultad en las relaciones interpersonales, sintiendo vergüenza; otros estudios revelan que no es así (7, 12), describiendo que no es importante para los pacientes porque afrontan el cambio en su imagen corporal como una nueva oportunidad de vida (14).

Complicaciones del estoma

Es uno de los problemas más importantes para el paciente urostomizado. Todos aquellos problemas que surgen del propio estoma van a ir en detrimento de la calidad de vida del paciente (2, 6, 9, 12); por ello, y para paliar estas complicaciones, es importante planear el lugar de realización del estoma con anterioridad a la cirugía, y debe hacerlo personal experto como una enfermera asistencial o una estomatoterapeuta, siempre en base al conocimiento del paciente (1, 2, 6, 9, 10, 14). Fugas, retracciones, olor, problemas de piel, problemas con las bolsas o limitación de movimientos generan en el paciente ansiedad y alteración de su calidad de vida.

En relación con los problemas del estoma, existe un deterioro de la calidad de vida determinado por la pérdida de las relaciones sociales por el miedo que existe al olor de la ostomía y al cuidado del estoma fuera del domicilio (3, 7, 14).

Existen problemas con el sueño, relacionados con el manejo del estoma, como describen distintos autores (3, 10, 22) que determinan una peor calidad del sueño en los pacientes urostomizados que en la población general.

Alteraciones de la vida sexual

La disfunción sexual es un problema importante presente en muchos de los estudios de esta revisión (3, 6, 9, 11-16); sobre todo, según las encuestas de calidad de vida, más presente en varones que en mujeres.

Gellhaus *et al.* (15) determinan con su estudio de 145 participantes que la función sexual en los pacientes con neovejiga es mejor que en pacientes con derivación urinaria tipo urostomía. Tyson *et al.* (16) así lo determinan también, dando una gran importancia a las alteraciones sexuales poscistectomía por los pacientes de su estudio como determinante para inferir en su calidad de vida, siendo igualmente los pacientes con neovejiga los que presentan menos problemas sexuales.

Artículos como los de Pazar *et al.* (3) y Senol *et al.* (10) en los que esta área sexual no está descrita de forma explícita, por ser un tema tabú en el país donde está desarrollado el estudio (Turquía).

Alteraciones económicas

Existen estudios, como el estadounidense de Robin *et al.* (6), que objetivan los problemas económicos como un factor de alteración de calidad de vida; en países en los que no existe un sistema sanitario financiado por el gobierno supone un alto desembolso para los pacientes por el hecho de tener que comprar el material para la urostomía. Siracusano *et al.* (21), comparando a mujeres con neovejiga ortotópica y conducto ileal, determinan que la única diferencia significativa en la calidad de vida de las mujeres con cistectomía por cáncer de vejiga, son las dificultades financieras de las que presentan neovejiga.

Equipo multidisciplinar

Es necesario valorar al paciente desde el diagnóstico de la enfermedad realizando estos cuestionarios para conocer la calidad de vida del paciente desde el principio (6, 10, 13-17). La elección de la técnica a realizar por el urólogo debe basarse en la calidad de vida del paciente (4, 8, 15-17) y debe de realizarse en colaboración con la enfermera estomatoterapeuta (1, 2, 6, 9, 10, 14); la calidad de los cuidados del paciente viene determinada por incorporar a la enfermera de forma precoz en sus cuidados (1), elaborando un plan de cuidados acorde con sus necesidades (6), dando información sobre el autocuidado conforme a cada paciente, como lo describen Merandy *et al.* en su revisión sistemática (9).

Yang *et al.* (11) con su metaanálisis confirman que el método de reconstrucción ha de ser elegido por el paciente.

Así, Villa *et al.* (14) concluyen que la presencia de una enfermera que acompañe al paciente en todo su recorrido, aportándole información adecuada en cada momento, promocionando un plan educacional para con el paciente, disminuirá los miedos que este tiene al enfrentarse a la cirugía y *a posteriori*.

Evolución posoperatoria de la calidad de vida. Percepción de calidad de vida

Varios son los estudios que abordan este tema, no llegando a concretar en cuándo es el mejor momento del paciente, con respecto a su calidad de vida, después de la cistectomía. Gómez *et al.* (1) acotan hasta los seis meses poscistectomía para comenzar a valorar de forma más positiva la calidad de vida, porque es en ese momento cuando determina realizar sus encuestas.

Cerruto *et al.* (5), tras determinar la existencia de unos pacientes adaptados a la urostomía y otros no, valoran que cuanto más tiempo pase para adaptarse, mejor calidad de vida tendrá el paciente; al año describen una etapa muy optimista del paciente, en pleno proceso de recuperación donde refieren una calidad de vida óptima; determina que a los tres años hay un empeoramiento de la calidad de vida porque es cuando pueden surgir más complicaciones tardías y porque reflexionan sobre la dependencia que les impone el urostoma, mejorando de nuevo a los cinco años de la cirugía donde existe mayor independencia del paciente y un mejor manejo del estoma, el paciente está adaptado. A los siete años la calidad de vida es buena, aunque siguen teniendo presente el miedo y la problemática de la disfunción sexual. De aquí en adelante, el paciente tendrá una calidad de vida óptima, perfectamente adaptado a la situación, sin miedo, reconociendo como una parte propia el estoma, no habiendo ya limitaciones en su vida diaria. Robin *et al.* (6) determinan este punto a los diez años de la cirugía.

Lonardi *et al.* (7), por su parte, creen que entre el primer y tercer año es el momento de peor calidad de vida; entre los cinco y los siete, donde el manejo del estoma por parte del paciente ya es adecuado, la calidad de vida mejora y a partir de los siete puede empeorar debido a la aparición de hernias paraestomales o pielonefritis por pérdida del miedo y respeto al estoma.

Yang *et al.* (11) en su metaanálisis determinan que la calidad de vida al año de la cirugía puede ser buena.

Cerruto *et al.* (19) en su metaanálisis objetivan que la calidad de vida posoperatoria del paciente cistectomizado es levemente mayor, pero no significativa, en pacientes sometidos a una neovejiga que los pacientes portadores de una urostomía.

CONCLUSIÓN

La calidad de vida del paciente urostomizado se ve mermada en distintos ámbitos de salud: bienestar mental, bienestar físico y bienestar social, ya sea por los problemas a los que el paciente puede enfrentarse con el manejo del estoma y sus complicaciones, a los problemas sexuales derivados de la cirugía, a los problemas financieros (en determinados países), etc. Aun así, y con el paso del tiempo desde la cirugía, en torno a los 5-7 años el paciente considera que tiene una calidad de vida buena una vez que se ha adaptado a vivir con el urostoma.

Cuando un paciente es diagnosticado de un cáncer de vejiga músculo-invasivo, se debe de poner en contacto con la enfermera estomatoterapeuta (o, en su defecto, enfermera) antes de realizar la cistectomía. Todo el equipo multidisciplinar deberá valorar la calidad de vida del paciente antes de la cistectomía realizando las encuestas de calidad de vida específicas para el cáncer de vejiga combinadas con encuestas de calidad de vida con datos sociodemográficos, para conocer la calidad de vida del paciente y hacer una puesta en común de sus posibilidades de cirugía. El paciente, una vez conocido los tipos de cirugía de los que dispone, será quien decida. La enfermera acompañará al paciente en todo su proceso, informándole de todo lo que va a acontecer, solucionando sus dudas; creará un plan de cuidados que abarque todo el proceso perioperatorio del paciente. Este acompañamiento y esta valoración inicial de su calidad de vida ayudará al paciente optimizando su calidad de vida después de la cirugía. Tener siempre a disposición del paciente una enfermera que resuelva sus problemas con respecto a las complicaciones del estoma, ayudará a paliar los efectos negativos del miedo por las complicaciones propias del estoma.

Es importante valorar de forma individual los resultados de cada estudio, a sabiendas de dónde ha sido realizado; existe una multiculturalidad que nos va a llevar a observar diferencias significativas en la calidad de vida del paciente conforme a la cultura del país de origen.

Existen pocos estudios referentes al tema en cuestión, presentándose la necesidad de estudios prospectivos cuyo número de participantes sea elevado porque, en general, los estudios encontrados presentan un número de pacientes con los que no se puede llegar a generalizar, no siendo concluyentes (excepto en estudios estadounidenses). En España, este campo está bastante desierto, no se encuentran estudios amplios y prospectivos que nos lleven a expresar resultados objetivos.

Con esta revisión se deja una puerta abierta para realizar más estudios sobre la calidad de vida del paciente cistectomizado español, estudios prospectivos, longitudinales y multicéntricos para poder tener un número suficiente de pacientes y obtener las conclusiones pertinentes, pudiendo generalizar en nuestros pacientes.

Tabla 2
Estrategias de búsqueda

Base de datos	Límites	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados para la lectura del título y resumen	Artículos seleccionados para la completa lectura del artículo
PUBMED	■ 10 años de antigüedad (2010-2019) ■ Idiomas: – Inglés – Castellano ■ Humanos	Urinary diversion and quality of life	305	32	6
		Urinary diversion and quality of life and bladder cancer	173	24	12
		Quality of life and bladder cancer	745	–	–
		Quality of life and bladder cancer and cistectomy	272	6	3
CUIDEN		Urinary diversion and quality of life	7	1	1
		Urinary diversion and quality of life and bladder cancer	2	1	1
		Quality of life and bladder cancer	10	3	2
		Quality of life and bladder cancer and cistectomy	0	0	0
Biblioteca COCHRANE PLUS		Urinary diversion and quality of life	0	0	0
		Urinary diversion and quality of life and bladder cancer	0	0	0
		Quality of life and bladder cancer	0	0	0
		Quality of life and bladder cancer and cistectomy	0	0	0
		Bladder cancer	20	1	1

Tabla 2 (Continuación)
Estrategias de búsqueda

Base de datos	Límites	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados para la lectura del título y resumen	Artículos seleccionados para la completa lectura del artículo
SCIELO		Urinary diversion and quality of life	7	0	0
		Urinary diversion and quality of life and bladder cancer	1	0	0
		Quality of life and bladder cancer	1	0	0
		Quality of life and bladder cancer and cistectomy	3	0	0
LILACS		Urinary diversion and quality of life	3	0	0
		Urinary diversion and quality of life and bladder cancer	3	0	0
LILACS		Quality of life and bladder cancer	8	0	0
		Quality of life and bladder cancer and cistectomy	0	0	0
DIALNET		Urinary diversion and quality of life	21	2	1
		Urinary diversion and quality of life and bladder cancer	5	1	1
		Quality of life and bladder cancer	21	2	1
		Quality of life and bladder cancer and cistectomy	10	2	1

Tabla 3
Lectura crítica de artículos seleccionados

Nº	Título	Autor, año, publicación, país	n (nº sujetos)	Tipo de artículo	Variables/ intervenciones	Resultados	Conclusiones	CASPe
1	Estudio retrospectivo para determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes urostomizados mediante el uso del cuestionario Stoma-QoL	Gómez Porcel, Ascensión. 2011. España	37	Descriptivo	-Encuesta Stoma-QoL -Pacientes cistectomizados con urostomía	Los pacientes refieren buena calidad de vida a los 6 meses de la intervención	-Papel importante de la enfermera asistencial, incorporando al paciente de forma precoz a sus cuidados -Planificar continuidad de cuidados al alta con personal experto	7/10
2	Calidad de vida en pacientes con cistectomía y conducto ileal por cáncer de vejiga	Tejido-Sánchez, A. 2014. España	59	Descriptivo	-Cuestionario EQ-5D-3L -Pacientes cistectomizados con conducto ileal	-Limitaciones en el cuidado personal, dolor/malestar, ansiedad, depresión y calidad de vida en general -Complicaciones del estoma disminuyen la calidad de vida -Sexo femenino limitaciones en las actividades cotidianas	-La disminución de la calidad de vida se asocia a las complicaciones que se asocien al estoma -Valorar de forma preoperatoria el marcaje correcto del estoma	10/10

Tabla 3 (Continuación)
Lectura crítica de artículos seleccionados

Nº	Título	Autor, año, publicación, país	n (nº sujetos)	Tipo de artículo	Variables/ intervenciones	Resultados	Conclusiones	CASPe
3	Health-Related Quality of Life in Persons Living With a Urostomy	Pazar B. 2015. Turquía	24	Descriptivo-prospectivo	-Cuestionario EORTC QLQ-C30 -Calidad de vida en pacientes urostomizados 4 meses después	-Menor calidad de vida que la población sin urostomía -Alteración vida sexual -Alteración sueño, vestirse -Alteración vida laboral -Pérdida de actividades recreativas	-Urostomía: disminución de la calidad de vida -Es importante valorar según el tipo de cultura y país -Estudio solo realizado en varones	7/10
4	Quality of Life in Elderly Bladder Cancer Patients Following a Cystectomy.	Lavdaniti M. 2017. Grecia	–	Revisión	-Revisión de la calidad de vida en ancianos después de una cistectomía	-Resultados contradictorios entre pacientes con cistectomía y neovejiga en cuanto a calidad de vida	-Explicar detalladamente al paciente los tipos de cirugía -Unas técnicas tienen ventajas y otras desventajas	7/10
5	Behavioural profile and human adaptation of survivors after radical cystectomy and ileal conduit	Cerruto, Mª Ángela. 2014. Italia	30	Cualitativo-transversal	-Entrevistas abiertas con una guía	-Pacientes adaptados con buena calidad de vida -Pacientes inadaptados con mala calidad de vida	-La calidad de vida del paciente aumenta con el paso del tiempo y la adaptación a la urostomía. El primer año es mayor, luego se deteriora y a los 5 años aumenta de nuevo	7/10
6	Going with the flow:quality of life outcomes of cancer survivors with urinary diversion	Robin Gemmill. 2010. EEUU	2.890 ost ↓ 1.600 ↓ 300 urost	Descriptivo	-Bienestar fisico -Bienestar mental -Bienestar social -Encuesta COHHRQOL-0	-Deterioro calidad de vida, que se verá disminuida cuando el paciente se encuentre en contacto con una enfermera estomatoterapeuta en el pre y en el postoperatorio -Disminución sexualidad -Problemas de piel -Fugas -Dificultades económicas -Incertidumbre por recidiva	-La enfermera desempeña un papel fundamental en la educación y el manejo del estoma -Diferencia entre hombres y mujeres sobre su imagen y vida sexual y afrontamiento -La depresión disminuye a los 10 años de la cirugía	10/10

Tabla 3 (Continuación)
Lectura crítica de artículos seleccionados

Nº	Título	Autor, año, publicación, país	n (nº sujetos)	Tipo de artículo	Variables/ intervenciones	Resultados	Conclusiones	CASPe
7	Quality of life in survivors from radical cystectomy. The use of qualitative analysis	Lonardi, Cristina. 2014. Italia	30	Cualitativo	-Entrevista guiada -Evaluación 1, 3, 5 y 7 años	-Fuga de orina -Problemas con la bolsa -Pérdida de apoyo familiar -Complicaciones con el aumento de edad -Menos relaciones sociales -No determina el deterioro de la imagen corporal por la presencia de bolsa	-Pacientes a los 1-3 años de la cirugía presentaban mala calidad de vida -Pacientes que a los 5 años mejoraban -La calidad de vida va mejorando según se va acostumbrando al manejo del estoma. El mejor momento es entre los 5 y 7 años, antes de que aparezcan complicaciones como hernias o pielonefritis	7/10
8	Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: options, patient selection and outcomes	Lee, RK. 2013. EEUU	–	Revisión	-Revisión sobre resultados en cistectomía radical -Mejor elección de cirugía	-Selección inicial del paciente para realizar neovejiga basándonos en su calidad de vida, realizando una educación previa (autocateterización) -Conducto ileal, opción fiable y aceptable	- Las neovejigas ortotópicas conservan la imagen corporal. Los conductos ileales representan el desvío urinario más rápido, más fácil, menos propenso a complicaciones y más comúnmente realizado	5/10
9	Factors Related to Adaptation to Cystectomy With Urinary Diversion An Integrative Review	Merandy, Kyle. 2016. EEUU	13 artículos (n=1828)	Revisión	-Adaptación a la nueva situación de vida	-Factores individuales y familiares -Manejo del estoma -Cuidados perioperatorios de enfermería -Necesidades educacionales -Experiencia sintomática	-Apoyo familiar -Fugas, olor y disfunción sexual -Soporte de información adecuada para el autocuidado -Enfermera: mejora el autocuidado desde el hospital hasta el domicilio	6/10

Tabla 3 (Continuación)
Lectura crítica de artículos seleccionados

Nº	Título	Autor, año, publicación, país	n (nº sujetos)	Tipo de artículo	Variables/ intervenciones	Resultados	Conclusiones	CASPe
10	The experience of urostomists who do not have access to pre-operative and post-operative stoma care nursing intervention	Senol Celik, Sevilay. 2014. Turquía	32 ↓ 28 ↓ 17	Descriptivo	-Problemas posoperatorios -Enfermera estomatoterapeuta -Calidad de vida -SF-36 QOL+ cuestionario subjetivo (datos sociodemográficos y cuidados)	-Todos presentaron: estreñimiento, problemas en el sitio de incisión, fatiga, mialgias, limitación de movimiento, dificultades del cambio de bolsa, carga al cuidador, ansiedad, alteración sueño, astenia, problemas derivados del estoma, miedo, náuseas, olor...	-Problemas físicos y psicológicos poscirugía que modifican la calidad de vida. -Todos los procesos que alteran la calidad de vida han de conocerse para ayudar al paciente -Es necesaria la ayuda de una estomatoterapeuta que informe al paciente durante todo su recorrido -No se determinan problemas sexuales y de imagen corporal por ser tema "tabú" en Turquía	7/10
11	A systematic review and meta-analysis of quality of life outcomes after radical cystectomy for bladder cancer	Yang, Linda S. 2016. Australia	29 artículos	Revisión sistemática metaanálisis	-Derivación urinaria continente -Derivación urinaria incontinente -Calidad de vida	-Función urinaria y sexual deficiente -La calidad de vida a nivel mental y social entre derivación o neovejiga no se ve modificada -Mejor imagen corporal en neovejiga -Mejor función emocional en neovejiga	-El método de reconstrucción ha de ser elegido por el paciente -La calidad de vida del paciente cistectomizado puede mejorar al año de la cirugía	9/10
12	Quality of Life in Patients with Bladder Cancer Undergoing Ileal Conduit: A Comparison of Women Versus Men	Siracusano, Salvatore. 2018. Italia	145	Descriptivo	-EORTC QLQ-C30 -EORTC BLM-30	-Peor perspectiva de futuro en mujeres -Mayor disfunción sexual en hombre -Poca variedad en la percepción global de calidad de vida	-Las mujeres presentan peor pronóstico de calidad de vida -Los hombres presentan mayor disfunción sexual	8/10

Tabla 3 (Continuación)
Lectura crítica de artículos seleccionados

Nº	Título	Autor, año, publicación, país	n (nº sujetos)	Tipo de artículo	Variables/ intervenciones	Resultados	Conclusiones	CASPe
13	Health-related quality of life with urinary diversion	Ahmadi, Hamed. 2015. Egipto	–	Revisión	-Comparación calidad de vida en diferentes derivaciones urinarias	-Tipos de encuestas de calidad de vida específicas para el cáncer de vejiga -Alteraciones en la función urinaria, función sexual, imagen corporal	-Revisión de los factores que pueden alterar la calidad de vida precirugía -La cirugía robótica no mejora la calidad de vida a largo plazo, solo en el posoperatorio inmediato -Se precisan más estudios prospectivos multicéntricos	5/10
14	Life with a urostomy: A phenomenological study	Villa, Giulia. 2018. Italia	11	Cualitativo	-Autocuidado en la urostomía -Entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas y cerradas a los 4-6 meses de la cirugía	-Desarrollo del plan de cuidados individualizado -Promocionar el autocuidado -Imagen corporal (disparidad de opiniones), vida sexual, vida social, cuidado del estoma fuera del domicilio -Importancia del apoyo enfermero siempre	-Educación prequirúrgica -Plan educacional continuo -Necesidad de enfermería para el desarrollo de un plan educacional según las necesidades del paciente -Mayor información, menores miedos	7/10
15	Long-term health related quality of life outcomes following radical cystectomy	Gellhaus, Paul T. 2017. EEUU	300 ↓ 128	Cualitativo	-Encuesta BCI -Neovejiga/conducto ileal	-Menos problemas sexuales en neovejiga -Menos problemas de función urinaria en urostomía -El tipo de desviación afecta a la calidad de vida	-Decisión común entre el urólogo y el paciente en el tipo de derivación, en vista a la calidad de vida del paciente -Necesidad de estudios prospectivos	7/10

Tabla 3 (Continuación)
Lectura crítica de artículos seleccionados

Nº	Título	Autor, año, publicación, país	n (nº sujetos)	Tipo de artículo	Variables/ intervenciones	Resultados	Conclusiones	CASPe
16	Quality of Life After Radical Cystectomy	Tyson, Mark. 2017. EEUU	–	Revisión	-Escalas de evaluación de calidad de vida	-Alteración de la calidad de vida -Importancia de la disfución sexual poscistectomía -Menos problemas sexuales con la neovejiga que con el urostoma -Evaluación del paciente precirugía	-Falta de estudios prospectivos longitudinales -Búsqueda de evidencia en la elección de la cirugía de cistectomía radical -Valorar la calidad de vida del paciente desde el preoperatorio y dar opciones de cirugía	5/10
17	¿Por qué debe una enfermera medir la calidad de vida de sus pacientes? Análisis de la calidad de vida en pacientes cistectomizados. No todo vale	Anguas Gracia, Ana. 2017. España	44	Descriptivo	-EORTC QLQ-BLM30 como herramienta válida de medición de calidad de vida en cistectomizados, como predictor	-Necesidad de valorar al paciente de forma integral -Resultados con escala equiparables a otros estudios	-Buena herramienta, pero aún pendiente de validar -Necesidad de evaluar la calidad de vida del paciente para enfocar los cuidados y planes de salud	7/10
18	Health Related Quality of Life Following Radical Cystectomy: Comparative Analysis from the Medicare Health Outcomes Survey	Winters BR. 2018. EEUU	166	Descriptivo	-Calidad de vida -Pacientes cáncer vejiga -Pacientes con colostomía -Pacientes sanos	-Cistectomizados con menor valoración física y mental que los pacientes sanos	-Evaluación física y mental más detallada para saber qué difiere a los pacientes cistectomizados de los que no en cuestión de calidad de vida	6/10
19	Systematic review and meta-analysis of non RCT's on health related quality of life after radical cystectomy using validated questionnaires: Better results with orthotopic neobladder versus ileal conduit	Cerruto, M.A. 2016. Italia	18	Revisión-metaanálisis	-Calidad de vida -Tipos de cistectomía radical	-Calidad de vida en pacientes con neovejiga levemente mejor que con urostomía, pero no significativa	-Mejor neovejiga que urostomía en cuanto a calidad de vida	9/10

Tabla 3 (Continuación)
Lectura crítica de artículos seleccionados

Nº	Título	Autor, año, publicación, país	n (nº sujetos)	Tipo de artículo	Variables/ intervenciones	Resultados	Conclusiones	CASPe
20	Quality of life in women undergoing urinary diversion for bladder cancer: results of a multicenter study among long-term disease-free survivors	Gacci, Mauro. 2013. Italia	37	Descriptivo	-Calidad de vida en mujeres cistectomizadas a largo plazo sin recidiva -QLQ-BLM30	-Peor calidad de vida en pacientes con ureterostomías	-Se deben utilizar varios cuestionarios validados para abarcar todos los factores influyentes en la calidad de vida	9/10
21	Quality of life following urinary diversion: Orthotopic ileal neobladder versus ileal conduit. A multicentre study among long-term, female bladder cancer survivors	Sirocusano, S. 2018. Italia	73	Descriptivo	-Calidad de vida en mujeres -Urostomizadas -Neovejiga -EORT QLQ-C30	-No hay diferencias significativas en la calidad de vida -Diferencias financieras (más problemas las pacientes con neovejiga)	-No hay diferencias en calidad de vida en los dos tipos de cirugía	8/10
22	Health-Related Quality of Life and Sleep Disorders in Patients With a Urostomy	Furukaw, Chie. 2017. Japón	86	Descriptivo	-Calidad de vida -Sueño -Encuestas	-Menor calidad del sueño	-La calidad de vida del paciente urostomizado disminuye en relación al sueño	8/10

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez A, Barberá S, Izquierdo L, Baños C. Estudio retrospectivo para determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes urostomizados mediante el uso del cuestionario Stoma-QoL. Enfuro. 2011; 119: 5-8.
2. Tejido-Sánchez L, García-González E, Jiménez-Alcaide A, Arrébola-Pajares J, Medina-Polo F, Villacampa-Aubá R, Díaz-González. Calidad de vida en pacientes con cistectomía y conducto ileal por cáncer de vejiga. Acta Urolog Español. 2014; 38 (2): 90-95. DOI: 10.1016/j.acuro.2013.04.006.
3. Pazar B, Yava A, Başal Ş. Health-Related Quality of Life in Persons Living With a Urostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015; 42 (3): 264-270. DOI: 10.1097/WON.0000000000000110.
4. Lavdaniti M, Zyga S. Quality of Life in Elderly Bladder Cancer Patients. Following a Cystectomy. Adv Exp Med Biol. 2017; 989: 297-300. DOI: 10.1007/978-3-319-57348-9_28.
5. Cerruto MA, D'Elia C, Cacciamani G, De Marchi D, Siracusano S, Iafrate M, et al. Behavioural profile and human adaptation of survivors after radical cystectomy and ileal conduit. Health Qual Life Outcomes. 2014 Apr 7; 12 (1): 46. DOI:10.1186/1477-7525-12-46.
6. Robin RN, Sun V, Ferrell B, Krouse RS, Grant M. Going with de flow: Quality of life outcomes of cancer survivors with urinary diversion. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2010; 37 (1): 65-72. DOI:10.1097/WON.0b013e3181c68e8f.
7. Lonardi C, Siracusano S, Cerruto MA, Iafrate M, Imbimbo C, Racioppi M, et al. Quality of life in survivors from radical cistectomy. The use of qualitative analysis. The Journal of Urology. 2014; 191 No 4S. DOI: 10.1016/j.juro.2014.02.400.
8. Lee RK, Abol-Enein H, Artibani W, Bochner B, Dalbagni G, Daneshmand S, et al. Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: options, patient selection, and outcomes. BJU Int. 2014 Ene; 113 (1): 11-23. DOI: 10.1111 / bju.12121.

9. Merandy K. Factors Related to Adaptation to Cystectomy With Urinary Diversion. J Wound, Ostomy Cont Nurs. 2016; 43 (5): 499-508. DOI:10.1097/WON.0000000000000269.
10. Senol Celik S, Tuna Z, Yildirim M. The experience of urostomists who do not have access to pre-operative and post-operative stoma care nursing intervention. Int J Urol Nurs [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111); 2015; 9(2):101-107. DOI: 10.1111/ijun.12068.
11. Yang LS, Shan BL, Shan LL, Chin P, Murray S, Ahmadi N, et al. A systematic review and meta-analysis of quality of life outcomes after radical cystectomy for bladder cancer. Surg Oncol. 2016; 25 (3): 281-297. DOI:10.1016/j.suronc.2016.05.027.
12. Siracusano S, D'Elia C, Cerruto MA, Saleh O, Serni S, Gacci M, et al. Quality of Life in Patients with Bladder Cancer Undergoing Ileal Conduit: A Comparison of Women Versus Men. In Vivo. International Institute of Anticancer Research; 2018; 32 (1): 139-143. DOI:10.21873/invivo.11216.
13. Ahmadi H, Lee CT. Health-related quality of life with urinary diversion. Curr Opin Urol. 2015 Nov; 25 (6): 562-569. DOI:10.1097/MOU.0000000000000228.
14. Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, et al. Life with a urostomy: A phenomenological study. Appl Nurs Res. W.B. Saunders. 2018; 39: 46-52. DOI:10.1016/j.apnr.2017.10.005.
15. Gellhaus PT, Cary C, Kaimakliotis HZ, Johnson CS, Weiner M, Koch MO, et al. Long-term Health-related Quality of Life Outcomes Following Radical Cystectomy. Urology. Elsevier; 2017 Aug 1; 106: 82-86. DOI:10.1016/j.urology.2017.03.053.
16. Tyson MD, Barocas DA. Quality of Life After Radical Cystectomy. Urol Clin North Am. Elsevier; 2018 May 1; 45 (2): 249-256. DOI:10.1016/j.ucl.2017.12.008.
17. Anguas A, Martínez F, Urcola F, Gasch A. ¿Por qué debe una enfermera medir la calidad de vida de sus pacientes? Análisis de la calidad de vida en pacientes cistectomizados. No todo vale. Cuidando la Salud. Revista científica de Enfermería [Internet]. 2017; 14: 73-102.
18. Winters BR, Wright JL, Holt SK, Dash A, Gore JL, Schade GR. Health Related Quality of Life Following Radical Cystectomy: Comparative Analysis from the Medicare Health Outcomes Survey. The Journal of Urology. 2018 Mar;199(3):669-675. DOI: 10.1016/j.juro.2017.08.111.
19. Cerruto MA, D'Elia C, Siracusano S, Gedeshi X, Mariotto A, Iafrate M, et al. Systematic review and meta-analysis of non RCT's on health related quality of life after radical cystectomy using validated questionnaires: Better results with orthotopic neobladder versus ileal conduit. Eur J Surg Oncol. 2016 Mar; 42 (3): 343-360. DOI:10.1016/j.ejso.2015.10.00.
20. Gacci M, Saleh O, Cai T, Gore JL, D'Elia C, Minervini A, et al. Quality of life in women undergoing urinary diversion for bladder cancer: results of a multicenter study among long-term disease-free survivors. Health Qual Life Outcomes. 2013 Mar 12; 11 (1): 43. DOI:10.1186/1477-7525-11-43.
21. Siracusano S, D'Elia C, Cerruto MA, Gacci M, Ciciliato S, Simonato A, et al. Quality of life following urinary diversion: Orthotopic ileal neobladder versus ileal conduit. A multicentre study among long-term, female bladder cancer survivors. Eur J Surg Oncol. Elsevier; 2019 Mar 1; 45 (3): 477-481. DOI:10.1016/j.ejso.2018.10.061.
22. Furukawa C, Morioka I. Health-Related Quality of Life and Sleep Disorders in Patients With a Urostomy: Is There a Relationship? J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc. 2017 Jul 1; 44 (4): 358-362. DOI:10.1097/WON.0000000000000334.

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

Inscríbete

Si quieres formar parte de la Asociación Española de Enfermería en Urología, con derecho a recibir la revista ENFURO y todos los demás reflejados en los estatutos vigentes, PINCHA AQUÍ y rellena el formulario de inscripción que hay en nuestra web.

CONVENIO INDEX-A.ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

CIBERINDEX

¿CONOCES TODOS LOS RECURSOS QUE TE OFRECEMOS?

1. CIBERINDEX ABIERTO

BASES DE DATOS
CUIDEN plus (Versión CUIDEN avanzada con BDD especializadas)
ÍNDICE DE CITAS
CUIDEN citación (proporciona índices de impacto)
HEMEROTECA DIGITAL.
CANTÁRIDA (buscadores y revistas digitales a texto completo)

2. ALERTAS CANTÁRIDA

Información sintética de los trabajos de mayor proyección y calidad que son publicados en la hemeroteca Cantárida
(Ver en RRSS)

3. PROGRAMA CONECTA

Taller ONLINE de Documentación en Enfermería (30 horas)
Proporciona competencias básicas para la localización de documentos científicos

4.E-INNOVA

Plazas gratuitas en Programas semipresenciales, presenciales y online para la capacitación de las enfermeras clínicas y asistenciales en metodologías de investigación aplicadas a los cuidados.

5. INVESTIGACIÓN COOPERATIVA

Puedes tener la opotunidad de formar parte de algún grupo de investigación que promueve la Fundación Index.

¡Síguenos en RRSS!

Más información:http://fundacionindex.com/

HERNÁNDEZ ROMERO, B.[1]; ÁLVAREZ ALONSO, R.[2]; JIMÉNEZ TUTOR, M.I.[3]; PÉREZ ORIGÜEN, M.O.[4]; GALLEGO HERNÁNDEZ, A.[5]; URIEL CALVO, M.P.[6]
[1] Jefa de Unidad de Enfermería 5ªC (Urología). Hospital Santa Bárbara, Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (SACYL). [2, 3, 4, 5 y 6] DUE de la Unidad de Enfermería 5ªC (Urología). Hospital Santa Bárbara, Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (SACYL)

Diseño de un timbre avisador previo a la finalización de la irrigación vesical

RESUMEN

El uso de sueros lavadores es una de las terapias más comunes empleadas en nuestra unidad. Su principal complicación es la interrupción del lavado por la finalización del suero lavador con un retraso en el cambio de bolsa y sus consecuencias.
Una vez detectado el problema, y vista la imposibilidad, previa investigación, de encontrar en el mercado algún dispositivo que nos avise de la finalización de los sueros lavadores, comenzamos el desarrollo de un prototipo lo más sencillo posible, que nos permita mejorar los cuidados a este tipo de usuarios.

Palabras clave: irrigación terapéutica, hematuria, innovación.

SUMMARY

The use of washers is one of the most common techniques used in our unit. The main problem is the interruption of the cleaning due to finalization of the washer, which implies a delay in the change of the bag.
Since it is impossible to find a device to notify us of the termination of the washers in the market, we are starting to develop a prototype as simple as possible which allows us to improve patient's care.

Keywords: irrigation, haematuria, innovation.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Hospitalización 5ªC del Hospital Santa Bárbara de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria tiene en su cartera de servicios la prestación de cuidados a pacientes de la especialidad de urología.

Una de las intervenciones más realizadas a este tipo de pacientes es la irrigación continua de vejiga mediante suero lavador. Se trata de una bolsa de 3 litros de solución salina que conectada con un sistema a la sonda vesical del paciente entra en vejiga, lava las paredes y sale de nuevo por la sonda vesical a una bolsa colectora de orina de 4 litros de capacidad.

El principal objetivo del lavado continuo de vejiga es evitar la distensión de la misma, evitar la formación de coágulos y, en caso de formarse, ayudar a su evacuación, mejorando la comodidad del usuario, evitando el dolor y posibles complicaciones.

Una de las condiciones para lograr el objetivo es la continuidad del lavado vesical, reduciendo al máximo las interrupciones en el tratamiento, es decir en el cambio de bolsa.

La familia o el propio paciente reciben las instrucciones por parte del profesional de enfermería sobre cuándo deben avisar para evitar la interrupción en el tratamiento. En pacientes sin apoyo familiar, de edad avanzada, ingresos prolongados, familiares que debido a lo largo del tiempo del ingreso o del procedimiento muestran signos de agotamiento por la falta de descanso nocturno, o si la hematuria es tan intensa que queremos controlar bien los cambios, son los profesionales de enfermería los que han de controlar la duración de las bolsas. Dependiendo de la intensidad o gravedad de la hematuria que presenta el paciente, el ritmo del suero lavador será menor o mayor. Cuando tenemos una hematuria franca, este suero está abierto completamente y la bolsa de 3 litros se vacía en aproximadamente 20 minutos, pero dicha duración presenta una gran variabilidad debida a factores tales como la diferencia de altura entre la bolsa de suero lavador y el paciente, la presencia de espasmos vesicales, la obstrucción temporal de la sonda, la presencia de coágulos, maniobras de Valsalva, etc.

Dada esta variabilidad y el número de pacientes que precisan esta intervención, en ocasiones el lavado se puede ver detenido por un corto periodo de tiempo, pero en el que, especialmente en hematurias francas, puede producirse una obstrucción de la sonda vesical por coágulos, que requiere la realización de lavados vesicales manuales e incluso cambio de sonda si estos no son eficaces, con el consiguiente dolor, riesgo de infección, interrupción del descanso y por último, en el peor de los casos, la formación de una vejiga coagulada, que precisa para su evacuación o solución de una intervención quirúrgica, lo que conlleva un aumento de días de estancia hospitalaria, aumento de costes, etc.

En el Plan Estratégico de la Gerencia Integrada de Soria 2015-2020 se prevé dentro de la estrategia (E.II.4, calidad percibida) el objetivo 26 (garantizar la seguridad, confort e intimidad del paciente) con actividades, entre otras, como: "Promover un entorno de silencio y tranquilidad en áreas de hospitalización", y "la actualización del plan de confort de los pacientes hospitalizados".

Tanto el confort del usuario como la tranquilidad y el silencio se ven interrumpidos en el caso de entradas continuas en la habitación y en el caso de precisar lavados manuales por la tardanza en el cambio de bolsa.

Fue en estas situaciones, en las que no podíamos contar con la ayuda del paciente o de los familiares, cuando detectamos el problema que teníamos y nos planteamos la necesidad de buscar algún sistema que nos avisara rápidamente del fin de la irrigación vesical para evitar lo expuesto anteriormente.

OBJETIVO

Diseñar y testar un dispositivo que nos avise de la próxima finalización de la irrigación vesical con suero lavador.

MATERIAL / MÉTODO

Nuestra unidad dispone de timbres en los cabeceros de todas las camas que avisan al personal de enfermería en distintos puntos de la unidad (control de enfermería, sala de trabajo y sala de estar).

Partiendo de este recurso, el equipo de enfermería del servicio de urología, previa investigación, consulta con otros servicios de urología y búsqueda bibliográfica y en internet, y al no encontrar solución a nuestras necesidades se planteó la posibilidad de aprovechar dichos recursos existentes en la unidad y desarrollar un dispositivo lo más sencillo posible y al menor coste que, acoplado al timbre del paciente, lo activara al llegar el suero lavador a un determinado nivel de vaciado.

Para ello se diseñó, en un principio a mano alzada y posteriormente en un programa informático de diseño en 3D, un prototipo que pudiera acoplarse en todos los palos de gotero de la unidad, y en el que se pudiera colocar el timbre de los cabeceros de las camas.

Una vez diseñado se procedió a la impresión del modelo. El prototipo se imprimió en una impresora 3D con dos materiales diferentes, PLA (ácido poliláctico) para las piezas de consistencia sólida y filaflex para la pieza flexible que unía los dos cajetines.

El modelo diseñado en un primer momento consistía en un sistema de dos cajas deslizantes una sobre otra, unidas únicamente por una banda elástica, en el que se pudiera colocar el mando del timbre. Las dos cajas se colocan en posición vertical, la externa es fija y se cuelga en un palo de gotero. La interna es móvil y está unida a la anterior mediante una pieza elástica en su parte superior. En la zona inferior de la caja interna hay un gancho para colgar el suero lavador (figura 1).

Figura 1

Con el peso del suero, la banda elástica se estira y, a medida que se vacía la bolsa de suero lavador y disminuye el peso, la pieza elástica que une las dos cajas disminuiría su tamaño, deslizando la caja inferior hacia arriba sobre la caja externa. Al llegar a un nivel prefijado, el mando del timbre ubicado en la caja inferior presiona una pieza en forma de martillo que gira sobre un eje y presiona en el botón del mando del timbre, haciéndolo sonar.

Figura 2

Este primer diseño planteó dos problemas, el más importante era que desde el momento que colocamos el mando del timbre en el dispositivo, dejábamos al usuario sin timbre para llamarnos por otro motivo o necesidad. Y, el segundo, que la banda elástica con el tiempo perdía consistencia y exactitud.

Por todo esto, el equipo decidió evolucionar el prototipo hacia algo más exacto y que permitiera al usuario poder avisarnos con el timbre a la vez que el sistema estaba funcionando.

Por ello, con similar diseño de la idea anterior sustituimos la banda elástica por un muelle y retiramos el timbre, colocando un sensor de presión (*end-stop* mecánico) conectado al timbre.

El resultado es un dispositivo con las dos cajas deslizantes unidas por un muelle, que con la pérdida de peso se va encogiendo hasta que el sensor de presión del dispositivo choca con un tornillo regulador haciendo sonar el timbre, y a la vez permitiendo al usuario poder utilizarlo de forma independiente para otras necesidades.

RESULTADOS

Se ha diseñado y creado un dispositivo que nos alerta de la próxima finalización de la bolsa de suero lavador en aquellas situaciones donde ni el paciente ni la familia pueden avisarnos.

CONCLUSIÓN

El dispositivo supone una gran ayuda para los cuidados de enfermería. El uso por enfermería del dispositivo diseñado en la unidad mejora la eficiencia y eficacia de nuestros cuidados, ahorra costes al evitar complicaciones derivadas de la interrupción del lavado vesical, mejora el descanso nocturno del usuario y ayuda a disminuir la incidencia del cansancio del rol de cuidador. ▼

BIBLIOGRAFÍA

Gerencia Integrada de Soria [internet]. Organización, Información demográfica [citado 25 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.sanidadsoria.es/Organizacion/O_Demografica

Gerencia Integrada de Soria [internet]. III Plan Estratégico de la Gerencia Integrada de Soria 2015-2020 [citado 25 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.sanidadsoria.es/Files/III%20Plan/index.html

Ferreiro EA, Castaño AMF, González BF, Rodríguez BG, González JM. Sondaje vesical. Protocolo de Enfermería. 2004; 8.

Bladder Irrigation - Guidelines. 2012; 9. Disponible en: https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/165589/Bladder-Irrigation-Toolkit.pdf

Bladder Irrigation - Management of Haematuria - Clinical Guideline. 16. Disponible en: https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/191061/ACI_Bladder_Irrigation.pdf

Continuous Bladder Irrigation and Management of Haematuria - Salisbury NHS Foundation Trust [internet] [citado 20 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.icid.salisbury.nhs.uk/ClinicalManagement/Urology/Pages/ContinuousBladderIrrigationandManagementofHaematuria.aspx

Grey Bruce Health Network. Continuous Bladder Irrigation Clinical Protocol. 2007. Disponible en: http://www.gbhn.ca/ebc/documents/Continuous_Bladder_Irrigation_Protocol.pdf

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

UVIEDO REYES, G.[1]; BERROCAL GONZÁLEZ, M.[2]; MATAMOROS PÉREZ, S.[3]; GALLEGO ESPAÑOL, L.[4]
[1, 2, 3] Diplomados de Enfermería, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat; [4] Enfermera gestora de Urología, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

Prótesis peneana: Plan de cuidados de enfermería

RESUMEN

La prótesis de pene es una solución para los pacientes que padecen disfunción eréctil orgánica severa y que ya han realizado sin éxito otro tipo de tratamientos, quedando indicada como el último escalón terapéutico. La elaboración de un plan de cuidados aumenta la calidad de los cuidados con una atención integral del paciente. El objetivo de nuestro trabajo es establecer el protocolo de enfermería del paciente intervenido de prótesis de pene, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial posintervención y, a su vez, proporcionar al paciente y/o cuidador principal los conocimientos y habilidades necesarios para su autonomía y detección precoz de posibles complicaciones en el domicilio/alta.

Palabras clave: prótesis, pene, disfunción.

SUMMARY

A penile prosthesis is an option for men with organic erectile dysfunction. It has been successfully perfomed in other types of treatments, however, it is the las option considered. The creation of an individual's care plan contributes to increasing care quality with a comprehensive approach to patient care. Our aim is to establish a nursing protocol for patients who underwent penile implant surgery in order to improve the quality of patient care after surgical procedures and the same time provide patients and or caretaker with the knowledge and skills that are necessary for autonomy and early detection of complication at home.

Keywords: prosthesis, penis, dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La prótesis de pene es una opción para los pacientes que padecen disfunción eréctil orgánica severa, ya sea porque el paciente ha sido sometido a una intervención de cáncer de próstata, colorrectal o porque sufre problemas orgánicos relacionados con la diabetes, obesidad o hipertensión, habiendo realizado sin éxito otro tipo de tratamientos como el farmacológico con inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (IPDE-5) vía oral o las inyecciones intracavernosas. Estaría indicado su uso en pacientes que tengan contraindicados este tipo de fármacos o no se sientan satisfechos con los resultados de los mismos y deseen una solución definitiva para su problema como el último escalón terapéutico (1, 2).

Los estudios indican unas de las tasas más elevadas de satisfacción (70-87%) con la elección de prótesis de pene, frente a otras opciones de tratamientos de la disfunción eréctil (3).

En nuestro centro, la implantación de prótesis peneana se inició aproximadamente en el año 1988. Durante el año 2018 se han implantado un total de 50 prótesis peneanas, con una tasa de infección de 2%.

Entre las posibles complicaciones encontramos la infección, falsa vía al colocar la prótesis en los cuerpos cavernosos y el riesgo de sangrad0 (4, 5).

El modelo de prótesis que actualmente se implanta en nuestro servicio es la prótesis hidráulica de tres componentes. Que consiste en un sistema hidráulico que desplaza el líquido entre los distintos componentes de la prótesis para aumentar o disminuir la rigidez del pene según la necesidad del paciente.

La intervención se realiza a través de una pequeña incisión de 2 cm en el escroto, apenas imperceptible. La prótesis se compone de dos cilindros que se insertan en ambos cuerpos cavernosos del pene, un mecanismo de activación situado en el escroto y un reservorio alojado en el pubis. Su durabilidad es variable, oscila entre 10-15 años existiendo la posibilidad de ser reemplazada en caso de fallo del dispositivo, o erosión del mismo (5).

OBJETIVO

Describir los principales cuidados enfermeros al paciente intervenido de prótesis de pene, con la finalidad de estandarizar los cuidados enfermeros.

MATERIAL / MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos publicados en las principales bases de datos: Cochrane, Pubmed y Scielo, en los últimos cinco años. Palabras clave: prótesis, pene, disfunción.

Además se tuvieron en cuenta cuidados descritos por consenso interdisciplinar entre equipo médico y enfermero de los cuidados pre y posquirúrgicos en la unidad de urología.

RESULTADOS

Se revisaron cinco artículos que cumplieron con los criterios de inclusión descritos. Durante la permanencia hospitalaria del paciente se elaboraron los siguientes diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), estableciéndose el plan de cuidados correspondiente. Los principales cuidados descritos en el período prequirúrgico fueron:

Control de la ansiedad (00146)

- Criterios 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.

Disposición para la mejora de los conocimientos (00161)

- Criterios de resultados (NOC):
  - (1823) Conocimiento: fomento de la salud.
- Intervenciones de enfermería (NIC):
  - (5520) Facilitar el aprendizaje.
  - (5618) Enseñanza: procedimiento / tratamiento.

Durante el período posquirúrgico, los principales cuidados van dirigidos a la detección precoz de complicaciones (hemorragia posquirúrgica, infección), además continuar trabajando para mejorar los conocimientos sobre el manejo de la prótesis de forma autónoma sin obviar el manejo de sus comorbilidades (4, 5).

Riesgo de infección (00004)

- Criterios de resultados (NOC):
  - (0703) Estado infeccioso.
  - (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Intervenciones de enfermería (NIC):
  - (6550) Protección contra las infecciones.
  - (3440) Cuidados del sitio de incisión.

Riesgo de sangrado (00206)

- Criterios de resultados (NOC):
  - (000413) Severidad de la pérdida de sangre.
- Intervenciones de enfermería (NIC):
  - (4160) Control de hemorragias.

Patrón sexual ineficaz (00065)

- Criterios de resultados (NOC):
  - (0019) Funcionamiento sexual.
  - (1200) Imagen corporal.
  - (1501) Ejecución del rol.
- Intervenciones de enfermería (NIC):
  - (5240) Asesoramiento.
  - (5370) Potenciar los roles.
  - (5389) Potenciación de la conducta de sí mismo.
  - (5624) Enseñanza: sexualidad.

Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud (00078)

- Criterios de resultados (NOC):
  - (01601) Conducta de cumplimiento.
  - (01814) Conocimiento: procedimientos terapéuticos.
- Intervenciones de enfermería (NIC):
  - (5240) Asesoramiento.
  - (5220) Facilitar el aprendizaje.

Es necesario implicar en todo el proceso al paciente y/o cuidador principal para adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para su autonomía y detección precoz de posibles complicaciones al alta.

Los cuidados prequirúrgicos en la unidad de urología son:

- Realizar la acogida del paciente, teniendo en cuenta los cuidados tanto físicos como emocionales.
- Proporcionar información fácil de entender, simplificada y concreta, adaptando el lenguaje al nivel del paciente sin sobreentendidos.
- Proporcionar intimidad y una actitud abierta, resolver todas las dudas y preocupaciones previas a la intervención, teniendo en cuenta que en ocasiones los pacientes por el tipo de intervención se sienten intimidados a la hora de expresar sus dudas.
- Realizar una correcta preparación para minimizar los riesgos de complicaciones.
- Como en cualquier intervención, es necesario un ayuno de entre 8-12 h.
- Supervisar la correcta higiene del paciente, no se realiza nunca el rasurado en planta, ya que está contraindicado por aumentar el riesgo de infección al poder ocasionar microlesiones. Siempre se rasura intraquirófano.
- Administración de cobertura antibiótica con Vancomicina 1.000 mg ev en perfusión lenta para evitar sus efectos secundarios y Ceftazidima 2 g ev previa intervención quirúrgica. En caso de pacientes alérgicos a la Vancomicina, la cobertura antibiótica se realiza con Ciprofloxacino 400 mg ev.

Los cuidados posquirúrgicos en la unidad de urología son:

- Control de constantes vitales.
- Mantener siempre la fijación suprapúbica del pene. No retirar vendaje compresivo. En caso de deterioro del vendaje compresivo, se realizará uno nuevo. Con venda autoadhesiva, partiendo del glande de forma circular manteniendo la misma compresión para preservar la correcta perfusión y acabando en el escroto, limitando así la posibilidad de edema. Ha de permanecer pegado al ombligo para favorecer el retorno linfático.
- Mantener reposo relativo.
- Registrar todos los procedimientos e incidencias en la estación de trabajo clínico Gacela-Care, donde tendremos el plan estandarizado "cirugía de órganos genitales masculinos".
- Signos de alarma que precisan asistencia o valoración médica:
  - Fiebre mayor a 38 ° y/o tiritona.
  - Retención urinaria (RAO) (enfermería no realizar sondaje).
  - Sangrado y/o edema escrotal importante.
  - Dolor intenso que no cede con analgesia pautada.

Educación sanitaria a la llegada del paciente y/o cuidador principal a la unidad tras la cirugía:

- Reiniciar dieta las tres horas posintervención si no ha habido complicaciones.
- Recordar las posibles molestias que puede tener durante el posoperatorio, ya informadas en el preoperatorio: dolor, edema testicular, lumbalgia por encamamiento y posible malestar suprapúbico en el caso de RAO.
- Ha de mantenerse en reposo relativo las primeras 4 horas.
- Si no existe ninguna contraindicación, marchará entre las 12 o 24 horas posintervención según criterio médico.

Educación sanitaria al alta:

- Ha de mantener el reposo relativo (es importante no estar inactivo), evitar hacer esfuerzos y cargar pesos, así como también realizar ejercicios con intensidad moderada o alta antes del próximo control médico en consultas externas de nuestro centro hospitalario.
- Tendrá que mantener una correcta higiene diaria con agua y jabón de la herida quirúrgica, y mantenerla libre de humedad.
- Recomendaremos la utilización de ropa interior tipo bóxer de una talla inferior a la habitual y por tal de prevenir el edema escrotal. Si es preciso, colocaremos suspensorio en la unidad.
- Recordar que el periodo de recuperación, así como el inicio de la actividad sexual después de una implantación de prótesis peneana, es de cuatro a seis semanas, aunque siempre dependerá de la evolución quirúrgica y valoración médica.
- Al paciente se le proporciona un set formado por: un tríptico y un CD explicativo donde se describe el funcionamiento de la prótesis y una copia del mecanismo de activación que les permite practicar cómo activar y desactivar la prótesis.
- Acudir de urgencias:
  - Si fiebre >38 ºC y/o tiritona.

– Dolor intenso.
– Sangrado o cambios de coloración en el glande por falta de perfusión de la zona intervenida.
– Supuración.
– Edema.
– Induración o aumento importante del tamaño del escroto.
– Imposibilidad para orinar o catéter vesical obstruido.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

La implantación del plan de cuidados a partir de una unificación de criterios permite mejorar la calidad de cuidados y seguridad del paciente, disminuyendo complicaciones posoperatorias y mejorando su bienestar.

Estandarizar los cuidados permite al personal enfermero proporcionar una correcta información sanitaria al paciente y/o cuidador principal, mejorando la calidad asistencial y, como consecuencia, proporcionando mayor autonomía del paciente al alta. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Herdman TH, editora. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
2. Ismail EA, El-Sakka AI. Innovative trends and perspectives for erectile dysfunction treatment: A systematic review. Arab J Urol. 2016; 14 (2): 84-93.
3. Kristen Gurtner, Amanda Saltzman, Kristi Hebert, Eric Laborde. Erectile Dysfunction: A Review of Historical Treatments with a Focus on the Development of the Inflatable Penile Prosthesis. Am J Mens Health. 2017 May; 11 (3): 479-486.
4. Ji YS , Ko YH , Canción PH , Luna HM. Long-term survival and patient satisfaction with inflatable penile prosthesis for the treatment of erectile dysfunction. Korean J Urol. 2015 Jun; 56 (6): 461-5.
5. Dawn LE, Henry GD, Tan GK, Wilson SK. Biofilm and Infectious Agents Present at the Time of Penile Prosthesis Revision Surgery: Times Are a Changing. Sex Med Rev. 2017 Apr; 5 (2): 236-243.
6. O Rourke TK Jr., Erbella A, Zhang Y, Wosnitzer MS. Prevention, identification, and management of post-operative penile implant complications of infection, hematoma, and device malfunction. Transl Androl Urol**.** 2017 Nov; 6 (Suppl 5): S832-S848.

AGRADECIMIENTOS

A Josep Torremadé Barreda, médico adjunto responsable de la unidad de andrología del Hospital Universitario de Bellvitge, por su orientación y cesión del material fotográfico que acompaña el trabajo.

A Jordi Adamuz Tomas, del Área de Suport Infermer als Sistemes d Informació i a la Recerca en Cures, por su apoyo y asesoramiento en todo momento.

LÓPEZ PÉREZ, M.; VILLARROEL COLLANTES, R.; MARTÍN MATEOS, M.C.; MERINO PASTOR, A.; CORDAL REGO, M.J.; BLANCO JIMÉNEZ, M.C.
Enfermeras Unidad de Hospitalización de Urología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

Guía RICA en la cistectomía

RESUMEN

Los pacientes quirúrgicos experimentan, cada vez más, importantes beneficios derivados de los avances en anestesia, en el control del dolor, en la cirugía mínimamente invasiva y en la asistencia perioperatoria. Por otra parte, aumenta el número de procedimientos, la edad de los pacientes y consecuentemente el riesgo de padecer complicaciones.
Los programas de rehabilitación multimodal (PRM) surgen en los años 90 como un nuevo concepto del cuidado pre y posoperatorio, cuyo objetivo principal es disminuir la estancia hospitalaria mediante la reducción de complicaciones posoperatorias y del estrés quirúrgico.
Presentamos el documento que alberga todo el proceso de rehabilitación y recuperación (RICA) para pacientes cistectomizados en nuestro hospital.

Palabras clave: cistectomía, rehabilitación multimodal, prehabilitación.

SUMMARY

Surgical patients experience significant benefits provided by advances in anaesthesia, pain control, minimally invasive surgery, and preoperative assessment. Furthermore, its importance is enhanced if we consider, patient's age and consequently the risk of developing consequences.
The aim of multimodal rehabilitation programs (MMRP) is to decrease the impact of the length of hospital stay by reducing postoperative complications and stress response to surgery.
The present study attempts to show the rehabilitation process and recovery for cystectomized patients in our hospital.

Keywords: cystectomy, multimodal rehabilitation, prehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes quirúrgicos experimentan, cada vez más, importantes beneficios derivados de los avances en anestesia, en el control del dolor, en la cirugía mínimamente invasiva y en la asistencia perioperatoria. Por otra parte aumenta el número de procedimientos, la edad de los pacientes y consecuentemente el riesgo de padecer complicaciones.

Los programas de rehabilitación multimodal (PRM) surgen en los años 90 como un nuevo concepto del cuidado pre y posoperatorio, cuyo objetivo principal es disminuir la estancia hospitalaria mediante la reducción de complicaciones posoperatorias y del estrés quirúrgico. Centran la actuación del equipo multimodal responsable en:

- Realizar las intervenciones en las mejores condiciones posibles identificando y controlando la comorbilidad inherente al paciente (HTA, anemia, diabetes, estado nutricional).
- Optimizar el manejo peri e intraoperatorio, minimizando el dolor, el íleo y la inmovilización, controlando la fluidoterapia y empleando técnicas mínimamente invasivas.
- Optimizar la rehabilitación posoperatoria: inicio precoz de la tolerancia oral, movilización temprana y retirada de drenajes y sondas.
- Dar información y hacer educación preoperatoria a pacientes y familiares, haciéndolos partícipes del procedimiento.

Aparece un nuevo concepto en el manejo preoperatorio del paciente:

- Prehabilitación.
  - Es un proceso diseñado para intervenir en el preoperatorio con el fin de optimizar el estado físico, nutricional, emocional, médico y farmacológico del paciente para afrontar el estrés de la cirugía en las mejores condiciones. El fin es reducir las complicaciones y la hospitalización.
  - El abordaje multidisciplinar se fundamenta tres pilares: funcional, nutricional y cognitivo.

OBJETIVOS

Presentar el documento que alberga todo el proceso RICA para pacientes cistectomizados en nuestro hospital:

- Facilitar a los profesionales recomendaciones basadas en el conocimiento científico y en el consenso de distintas sociedades científicas.
- Establecer criterios de actuación uniformes que permitan disminuir la estancia hospitalaria, así como la aparición de complicaciones posoperatorias.
- Definir y sistematizar las actuaciones y la documentación necesarias en todo el proceso asistencial, incluyendo toda la documentación y recomendaciones dirigidas a la implicación directa del paciente y familia.

METODOLOGÍA

El proceso RICA en la cistectomía diseña un plan asistencial interdisciplinar que mejore la rehabilitación y recuperación posoperatoria de pacientes intervenidos de cistectomía radical, manteniendo la seguridad del paciente y optimizando recursos. El alcance del proceso queda definido en la guía (figuras 1 y 2).

- Inicio en la consulta de urooncología, con la indicación de la cirugía (cistectomía radical).
- Final en la consulta de urología para revisión tras el alta hospitalaria.

El documento-guía define y explica todas las actuaciones del proceso en tres fases:

1. Las actuaciones preoperatorias se centran en cuatro pilares:
   1.1. Optimización de la patología crónica:
   - Anestesia.
   - Hb por encima de 12 g/dl (si anemia hierro i.v). Cese del hábito de alcohol y tabaco. Control y estabilización de la HTA, diabetes, EPOC (aplicar tratamiento si precisa).

   1.2. Optimización del estado funcional:
   - Rehabilitación.
   - MWT test de la marcha de 6 minutos-20 metros.
   - Entrenamiento físico domiciliario.

   1.3. Optimización del estado nutricional:
   - Endocrino y nutrición.
   - MUST SCORE < de 2: suplemento proteico posejercicio.
   - MUST SCORE > de 2: suplementación calórica, nutricionista + proteica tras ejercicio.

   1.4. Optimización del estado emocional:
   - Psiquiatría/psicología.
   - Valoración psicosocial y plan individualizado de tratamiento.
   - Técnica de relajación domiciliaria.
2. Las actuaciones perioperatorias se centran en:
   - Protocolo prequirúrgico.
   - Cirugía "mínimamente invasiva" (acto quirúrgico).
   - Control del dolor y la fluidoterapia.
   - Inicio precoz de ingesta y movilización Esta fase abarca desde el inicio de la hospitalización (ingreso 24 horas previas a la cirugía) hasta la salida de REA (24 horas después de la cirugía).

Figura 1

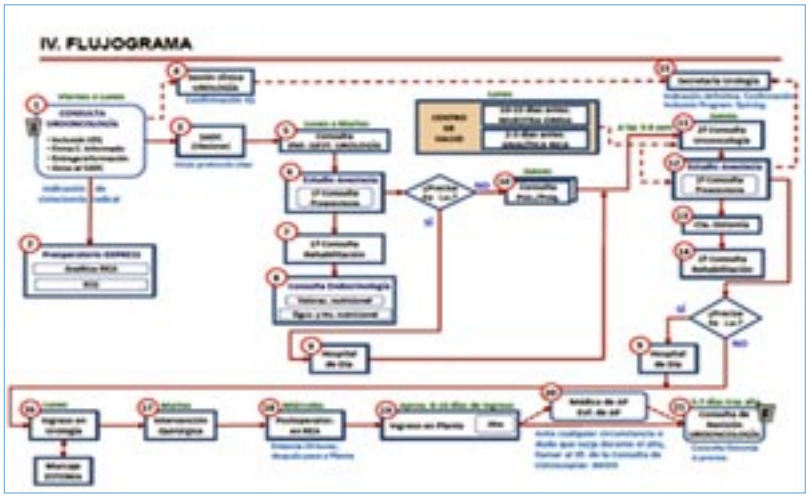


Figura 2

3. Las actuaciones posoperatorias se centran en:
   - Plan de cuidados de enfermería (figura 3).
   - Continuidad asistencial al alta. Esta fase va desde el regreso del paciente a la unidad hasta la consulta de revisión con el urólogo tras el alta hospitalaria El paciente es informado de su inclusión en el proceso por el urólogo en la consulta donde se le informa del diagnóstico y de la propuesta quirúrgica. Días posteriores acude a consulta de enfermería donde se le proporcionan información complementaria y todas las citas que genera el equipo multidisciplinar: anestesia, endocrino, nutrición, rehabilitación, psiquiatría, psicología, estomaterapia, laboratorio, urología, etc. También se le hace entrega de un cuadernillo que refuerza de manera escrita toda la información dada verbalmente y que además contiene un registro a modo de diario donde el propio paciente anota sus logros y progresión prehabilitadora. Este cuaderno también aporta información y recomendaciones al alta adecuadas a la derivación urinaria practicada (figura 4).

Figura 3

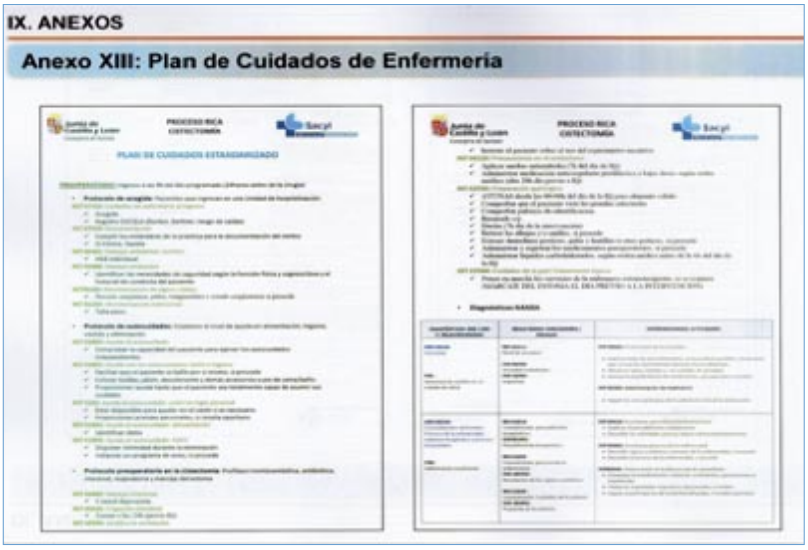
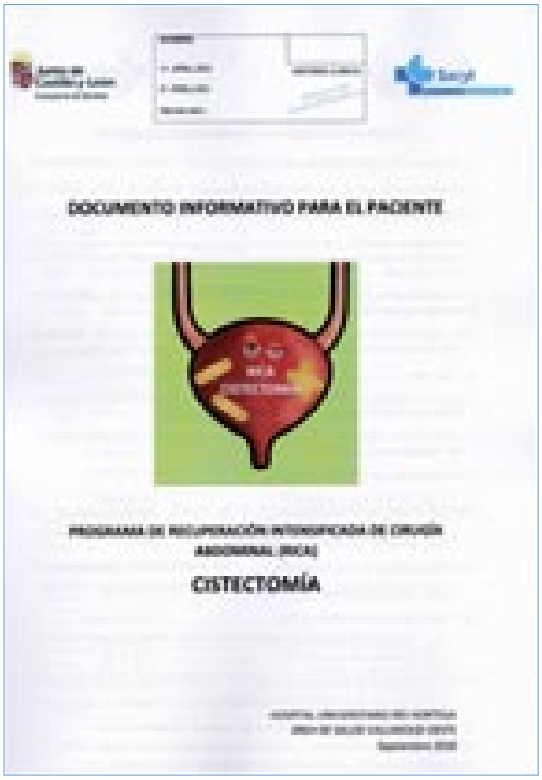


Figura 4



Finalmente, el documento-guía establece una evaluación del propio proceso definiendo una serie de indicadores que lo van a medir:

- Estancia media hospitalaria de los pacientes incluidos en el proceso.
- Indicadores de anestesia: cumplimiento de los ítems de POWER AUDIT.
- Indicadores de urología: escala CLAVIEN.
- Encuesta de satisfacción del paciente.

RESULTADOS

- Actuaciones preoperatorias: Optimización de la patología crónica, del estado funcional, del estado nutricional, del estado emocional.
- Actuaciones posoperatorias: Plan de cuidados estandarizados, continuidad asistencial al alta hospitalaria.
- Inclusión en el proyecto IMPRICA.

DISCUSIÓN

No vale el "porque siempre se hizo así". Cambiar ante la evidencia es mejorar.

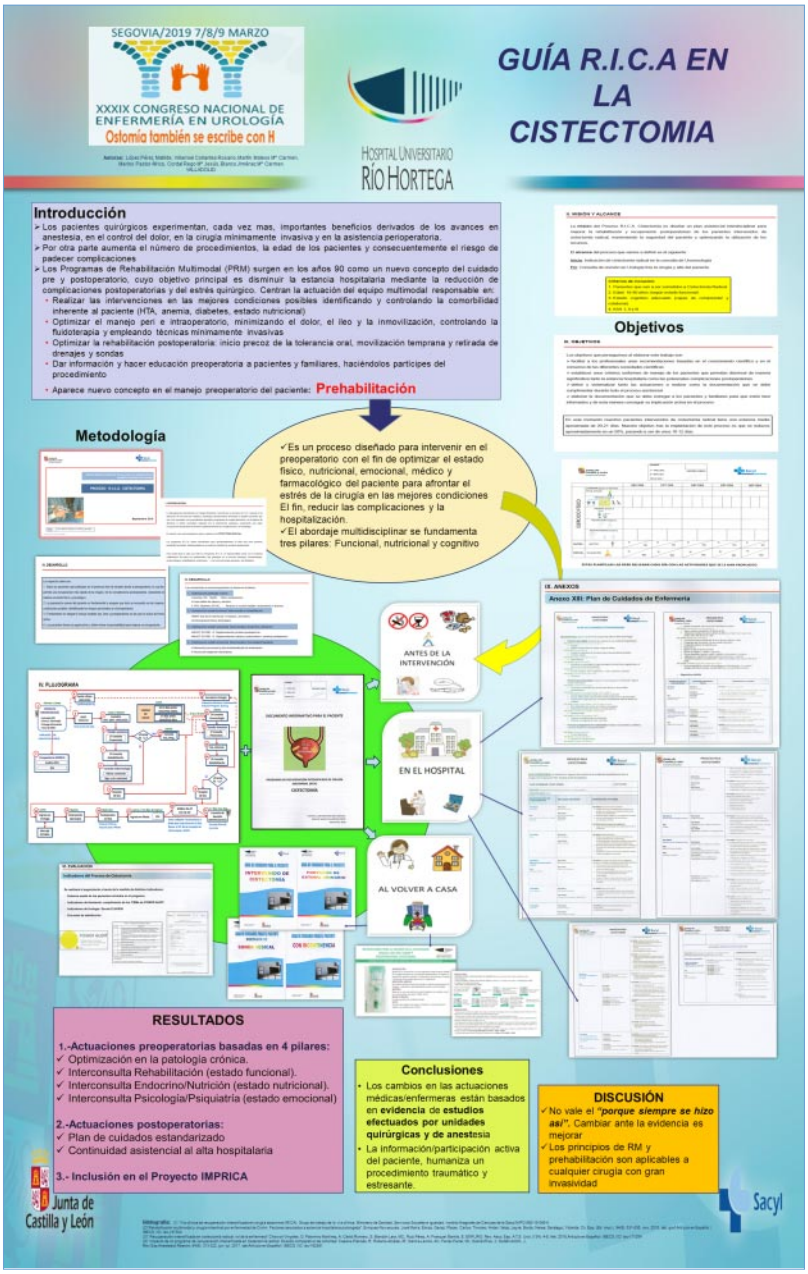
Los principios de RM y prehabilitación son aplicables a cualquier cirugía con gran invasividad.

CONCLUSIONES

- Los cambios en las actuaciones médicas/enfermeras están basados en evidencia de estudios efectuados por unidades quirúrgicas y de anestesia.
- La información/participación activa del paciente humaniza un procedimiento traumático y estresante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA). Grupo de trabajo de la vía clínica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. NIPO: 680-15-085-5.
2. Rehabilitación multimodal y cirugía intestinal por enfermedad de Crohn: Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada. Enríquez-Navascués, José María; Elorza, Garazi; Placer, Carlos; Timoteo, Ander; Velaz, Leyre; Borda, Nerea; Saralegui, Yolanda. Cir. Esp. (Ed. impr.); 94 (9): 531-536, nov. 2016. tab, graf. Artículo en español | IBECS | ID: ibc-157304.
3. Recuperación intensificada en cistectomía radical: rol de la enfermera. Chiavon Vinyoles, O; Palomino Martínez, A; Carbó Romero, S; Blandón Lara, MC; Ruiz Pérez, A; Franquet Barnils, E. ENFURO: Rev. Asoc. Esp. ATS Urol; (134): 4-8, feb. 2018. Artículo en español | IBECS | ID: ibc-171284.
4. Impacto de un programa de recuperación intensificada en cistectomía radical. Estudio comparativo de cohortes. Casans-Francés, R; Roberto-Alcácer, AT; García-Lecina, AC; Ferrer Ferrer, ML; Subirá-Ríos, J; Guillén-Antón, J. Rev Esp Anestesiol Reanim; 64 (6): 313-322, jun.-jul. 2017. Tab. Artículo en español | IBECS |.



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 el 1.000.000 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.