

# enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 85. Marzo 2003



**A Coruña avanza con paso firme hacia el XXV Congreso**

**Implantación y análisis de la Guía Clínica: resección transuretral del tumor vesical superficial**

**Continúa abierta la convocatoria al nuevo logo y Beca de Investigación Enfuro**

**Tabaco y cáncer de vejiga**



## ENFURO

nº 85 / Enero/Febrero/Marzo 2003  
Segunda Etapa

### JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEU

**Presidenta:** Mercedes Martín Valenciano  
**Vicepresidente:** Ricardo Lequerica Llopis  
**Vicesecretario:** José M. Remírez Suberbiola  
**Tesorero:** Vicente Carrasco Rozalén  
**Secretario de Actas:** Gabriel Belenguer Civera  
**Vocal 1º:** Ascensión Crespo García  
**Vocal 2º:** Helena Guerra Peñaricano  
**Vocal 3º:** Francisco Estudillo González  
**Vocal 4º:** Luis Alfonso Aparcero Bernet

### REDACCIÓN

**Directora:** Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)  
**Jefe de Redacción:** Francisco Estudillo González  
(Puerto Real-Cádiz)

#### Consejo de Redacción:

Luis Alfonso Aparcero Bernet (Sevilla)  
Vicente Carrasco Rozalén (Madrid)  
Gabriel Belenguer Civera (Xátiva-Valencia)  
Ricardo Lequerica Llopis (Valencia)

#### Consejo Asesor:

Mª Pilar García Maynar (Zaragoza)  
Eduardo Aparcero Rodríguez (Sevilla)  
Asunción Garrido Mora (Elche-Alicante)  
Cecilia Piquer Bosca (Valencia)

#### Nuestra portada:

Plaza de María Pita y Ayuntamiento A Coruña

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología  
Depósito legal: M-18042-1980  
ISBN: 0210-9476  
Soporte válido S.V.R. 246  
Realización: QAR Comunicación (Madrid)

**ENFURO** - Revista de la Asociación Española de  
Enfermería en Urología (Urología-Andrología e  
Incontinencia Urinaria)

Francisco Silvela, 54 duplicado 2º A  
Teléfono y fax: 91 356 27 95. e-mail: [enfuro@terra.es](mailto:enfuro@terra.es)  
28028 Madrid

## SUMARIO

● Editorial .....	4
● Reforma de estatutos .....	4
● Carta de presentación .....	5
● Noticias y Comunicados de interés para los socios de la AEEU .....	6
● Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado (Briker) G. Berrio Galán, Montserrat Casanova Tardío, Nuria Piqué Tió, Montserrat Tegido Valenti .....	7
● Implantación y análisis de la Guía Clínica: resección transuretral del tumor vesical superficial M. Lombría, B. Acebron, M. Baixauli, A. Gómez A. Ramos .....	10
● Crónica de un congreso anunciado .....	22
● XXV Congreso Nacional de Enfermería Urológica .....	23
● Cuidados enfermeros en la instalación vesical de mitomicina-C M. A. Caraballo, Pedro Boza, Gema Maestud, Elena Romero, Sara Esquinas .....	25
● Tabaco y cáncer de vejiga urinaria C. Jiménez Gutiérrez, M. Lombría Mencía, M. Llorens, I. García .....	27
● Informe de continuidad de cuidados en el paciente operado de RTU vejiga-próstata C. del Solar, R. Iglesias, Fco. J. Agudo .....	37
● 25 aniversario de nuestro Congreso .....	42

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

## Gracias, Luis...

**D**ESDE estas líneas informaros de un cambio: Luis Aparcero, la persona que desde la nueva andadura de ENFURO ha sido el responsable de la misma, ha creído oportuno, por diversos motivos tanto laborales como personales, dejar este cargo, aunque no por ello deja de colaborar activamente en ésta desde el Consejo de Redacción.

Por ello, desde estas líneas, además de comunicároslo, quiero agradecer en nombre de todos los que formamos esta Asociación su empeño y dedicación desde que tomó las riendas de ENFURO y reconocer su magnífico trabajo al frente de la misma en unos momentos de cambio, que hacía mucho más complicada su labor. Ahora, gracias a él, la línea ya está marcada y lo que hemos de hacer es seguirla.

A mí me ha correspondido recoger el testigo de Luis y no dudéis ni por un momento que trataré con todas mis fuerzas y entusiasmo seguir su línea de trabajo, tratando de llevar nuestra revista al lugar que merece dentro de las publicaciones científicas de nuestro país, imprimiéndole el rigor y seriedad que deseamos.

Quedo a disposición de todos vosotros para que me hagáis llegar cuantas críticas y sugerencias creáis oportunas, ya que este es el órgano de difusión de nuestra Asociación y todos juntos hemos de tratar de mejorarla continua y activamente.

Gracias de antemano a todos y en especial a ti, Luis. ▼

FRANCISCO ESTUDILLO GONZÁLEZ

## REFORMA DE ESTATUTOS

**C**ONTINUANDO con el tema de la reforma de estatutos, os recordamos que seguimos cumpliendo el cronograma fijado para dar curso a la reforma de los mismos, una vez enviado el borrador de los mismos a los socios tanto

por correo como por entrega personal durante el Congreso de Huelva, estamos en el plazo para recibir alegaciones y enmiendas a los mismos. Este plazo finaliza el próximo 30 de abril y debes enviarlas por escrito a la sede de la Asociación.

### CRONOGRAMA REFORMA ESTATUTOS

Hasta 31 de diciembre 02	Envío borrador a los asociados (cumplido)
De enero 03 hasta el 30 de abril 03	Plazo de alegaciones y enmiendas
Octubre 03 (congreso A Coruña)	Defensa enmiendas y aprobación estatutos en asamblea extraordinaria
Hasta 31 de diciembre 03	Presentación en Ministerio del Interior para aprobación
2004	Puesta en marcha nuevos estatutos.

Las alegaciones y/o enmiendas se harán llegar por escrito a la sede de la Asociación:

#### Asociación Española de Enfermería en Urología

(Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria)  
Calle Francisco Silvela 54 dpdo, 2º A  
28028 MADRID

Teléfono y fax: 91 356 27 95

e-mail: enfuro@terra.es

Contamos con tu participación en este proyecto de interés para todos los que formamos parte de la AEEU.

# Carta de presentación

## XXV Congreso Nacional de Enfermería Urológica

*Queridos compañeros:*

*Por segunda vez A Coruña está orgullosa de organizar la reunión anual de la enfermería urológica. Han transcurrido muchos años desde aquella primera vez, pero no han disminuido las ilusiones ni las ganas de hacerlo bien.*

*En este XXV Congreso, haremos balance de lo que fue la enfermería urológica desde la primera reunión hasta esta, en la que celebraremos las bodas de plata.*

*Analizaremos el momento en el que nos encontramos, y recogeremos ideas para decidir lo que queremos hacer con nuestro futuro, enmarcadas siempre desde la calidad de los cuidados y la especialización de la enfermería.*

*También tendremos tiempo para mostraros*

*nuestra ciudad y ofreceremos un programa lúdico como colofón de las actividades científicas, con la cordialidad que caracteriza a la ciudad de A Coruña.*

*Como portavoz del Comité Organizador, os animo a participar en el XXV Congreso con vuestras experiencias e ideas, para conseguir hacer entre todos un programa científico que aglutine el pasado, presente y futuro de la Enfermería Urológica. Con el espíritu abierto para recoger los frutos de los profesionales que sembraron la semilla del primer congreso y entregar el testigo a los que continuarán trabajando por un futuro cada vez más digno. Un cordial saludo,*

**SAGRARIO DEL CORRAL GÓMEZ**

### Asociación Española de Enfermería en Urología

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

NOMBRE Y APELLIDOS.....

**Asociación**

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP..... TELÉFONO.....

**Española de**

CORREO ELECTRÓNICO.....

**Enfermería**

Solicita la admisión como socio de la Asociación (**Asociación Española de Enfermería en Urología**) por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La cuota de socio anual es por un importe de 48,08 euros mediante pago en cuenta corriente.

**en Urología**

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

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

Fecha:

Firma



**Asociación Española de Enfermería en Urología.**

Francisco Silvela, 54 duplicado 2º A. 28028 Madrid. Tel.: 91 356 27 95. Fax: 91 356 27 95

e-mail: enfuro@terra.es Web: www.enfuro.com

## NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS PARA LOS CONCURSO DE LOGO

Como recordaréis, se amplió el plazo para la presentación de ideas al nuevo logo de la Asociación y que con las mismas bases y plazos está abierto el certamen, dándose por

aceptados los presentados hasta ahora, por lo que os animamos a que aportéis nuevas ideas. El fallo definitivo tendrá lugar en la asamblea de socios a celebrar en A Coruña 2003. ▼

### Beca de investigación

Como os comentábamos en el número anterior, al quedar desierto el Premio de Investigación se convoca nuevamente para 2003, admitiéndose trabajos hasta el 30 de septiembre. A continuación volvemos a publicar las bases por las que se rige dicho certamen:

La Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería en Urología, en un intento de fomentar la investigación en el campo de nuestra especialidad, ha aprobado la concesión de una beca de 1.500 euros al mejor trabajo de investigación dentro de las siguientes

#### BASES

- Podrán optar a la beca los proyectos de investigación que estén relacionados con la asistencia y los cuidados del paciente urológico, andrológico e incontinente urinario. Asimismo, podrán presentarse trabajos relacionados con la gestión de unidades de Urología, la docencia y la formación.
- No se excluyen aquellos que hayan optado o hayan recibido beca por organismos financiadores, FIS, CC.AA., etc., estando excluidos aquellos que hayan obtenido premio en certámenes de iguales características.
- Pueden optar a esta beca todos los socios de la AEEU que estén al corriente de sus obligaciones con la asociación, de forma individual o en equipo (en este caso, el primer autor debe ser socio).
- El jurado, que se constituirá al efecto, valorará:
  - Adecuación a la especialidad: Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria.
  - Metodología y diseño.
  - Rigor, interés científico del contenido.
  - Originalidad.
  - Objetivos y aplicabilidad.
- Los trabajos se enviarán en la extensión que se considere necesaria en formato DIN A/4 junto con un soporte informático en programas del paquete de Microsoft Office. No pueden aparecer los nombres de los autores en esta presentación. Es imprescindible facilitar un correo electrónico o postal, no relacionado con los autores, para mandar acuse de recibo del trabajo. Si a los 20 días de enviado el trabajo no se ha recibido acuse de recibo, recomendamos hacer las gestiones oportunas.
- Se adjuntará un sobre precintado con el nombre de cada trabajo, que contendrá los datos del/los autor/es: nombre, lugar de trabajo, domicilio y teléfono de contacto.
- Lugar de envío:  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME.  
Unidad de Formación Continuada  
(a/a Luis Aparcero: Beca Investigación Enfuro). Ctra. de Cádiz, s/n. 41014 Sevilla.
- PLAZO: Se aceptarán los trabajos enviados hasta el 30 de septiembre de 2003. El fallo del jurado se conocerá durante la celebración del XXV Congreso.
- La decisión del jurado y su composición serán inapelables, siendo necesaria la aceptación de estas bases al participar en la beca. El jurado podrá declarar desierta la beca si el nivel de los trabajos presentados no es el adecuado.
- La AEEU se reserva el derecho de publicar en ENFURO el trabajo premiado y ofrece la posibilidad de publicar aquellos que han optado a la beca.

BERRIO GALÁN, GLORIA; CASANOVA TARDÍO, MONTSE; PIQUÉ TÍO, NURIA; TEGIDO VALENTI, MONTSERRAT  
 Ciutat Sanitaria Universitària de Bellvitge. Barcelona

# Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado (Bricker)

## RESUMEN

En el presente trabajo se nos presenta cómo aplicar una serie de cuidados específicos e individualizados a pacientes que se van a someter a cirugía radical tipo Bricker de modo integral, desde su ingreso hasta su alta. Incluyendo aspectos tanto técnicos como psicológicos, higiénicos, etc. Todo ello para conseguir una mayor satisfacción y una buena calidad de vida en todos los aspectos, tanto física como emocionalmente, del paciente urostomizado.

**Palabras clave:** Urostomía, cuidados, estoma, educación sanitaria, soporte psicológico.

## SUMMARY

In the present work one appears like applying a series to us of specifics and individualized cares to patients who are going away to put under radical surgery Bricker type of integral way, from his entrance to his discharge. Including aspects as much technicians as psychological, hygienic etc. All it stops to obtain to a greater satisfaction and a good quality of life, in all the aspects, as much physical as emotionally, of the urostomized patient.

**Key Words:** Urostomy, cares, stoma, sanitary education, psychological support.

«Nuevos caminos hacia una vida más independiente» (autor).

## OBJETIVO

Aplicar cuidados específicos e individualizados al paciente urostomizado, desde el momento que ingresa en el hospital y hasta que es dado de alta (incluyendo el preoperatorio y postoperatorio).

## INTRODUCCIÓN

Derivación urinaria, consiste en la recanalización de la orina procedente de los riñones hacia un lugar diferente a la vejiga para su evacuación al exterior.

Indicaciones:

- Vejiga neurógena.
- Uropatías obstructivas.
- Neoplasias urológicas.
- Incontinencia severa.
- Traumatismos.
- Malformaciones congénitas.

Hablar de derivación supone hablar de cirugía personalizada que debe adaptarse a las necesidades y posibilidades concretas de cada paciente.

Es por esto que nos centramos en la cistectomía radical, con urostomía tipo Bricker, indicada en neoplasias vesicales, la cual se presenta como excelente método de derivación permanente que, salvando el inconveniente de ser externa, tiene unas tasas de complicaciones muy aceptables, siendo un método que preserva la función renal.

## Definición de Bricker

Técnica iniciada en 1950 por Bricker, es una derivación urinaria permanente, externa e incontinente con estoma húmedo. Consiste en la anastomosis de ambos uréteres a una porción de íleon aislado, de unos 10-20 cm de longitud, se cierra el extremo proximal y el distal es abocado a la piel de la pared abdominal en hemiabdomen derecho formando un estoma, el que mejor resultado proporciona es el evertido o en puño de camisa, que protuya unos 2 cm (Brooke), la disposición que ha de tener el asa hacia el exterior, ha de ser isoperistáltica, para facilitar la expulsión de la orina al exterior.

Esta orina es canalizada durante un periodo desde los uréteres hasta el exterior por unos catéteres introducidos en su interior. Se diferencian uno del otro por ser biselado el extremo del izquierdo y recto el que procede del uréter derecho.

## Cuidados de enfermería en el preoperatorio

- Se inicia con el protocolo de ingreso:
  - Acogida.
  - Identificación (pulsera).
  - Entrevista con la Valoración de las necesidades (Virginia Henderson), incluyendo los aspectos biopsicológicos como socioculturales y laborales, así como enfermedades e ingresos anteriores, y tratamientos actuales.
  - Toma y registro de las constantes vitales, talla/peso.
  - El soporte psicoemocional será continuado durante todo el proceso (contestando a sus dudas, facilitando que pueda expresar sus sentimientos, temores así como proporcionando información de forma progresiva y continuada...).

- Registro de todos los datos en la documentación de enfermería.
- El protocolo de preparación prequirúrgico se inicia el día anterior a la intervención:
  - Ubicación del estoma (se explica técnica).
  - Preparación intestinal, con el fin de eliminar la materia fecal, reducir el riesgo de infección y facilitar la técnica quirúrgica (según protocolo de cada centro) (Fosfosoda ®).
  - Dieta líquida sin residuos.
  - Profilaxis antibiótica (según protocolo de cada centro) (Primafen, en inducción anestésica).
  - Profilaxis tromboembólica (Hibor ®).
  - Ducha tarde anterior y al día siguiente por la mañana (jabón antiséptico).
  - Rasurado de la zona operatoria (del xifoide al pubis).
  - Verificar que tiene el preoperatorio realizado (analítica, ECG, Rx).
  - Iniciar periodo de ayunas (desde las 12 de la noche).
  - Retirar prótesis y joyas antes de ir a quirófano.
  - Ubicación del estoma.

Es imprescindible buscar el lugar idóneo para su situación, que debe ser fácilmente accesible al paciente, tanto a la vista como al tacto, y deberemos evitar zonas como:

- Depresión umbilical.
- Prominencias óseas.
- Línea natural de la cintura y/o pliegues grasos.
- Cicatrices e incisiones quirúrgicas actuales o anteriores.
- Flexura de la ingle.
- Zonas afectadas por procesos crónicos de la piel.
- Detalles a tener en cuenta:
  - Realizar la ubicación antes de iniciar la preparación intestinal (distensión).
  - La forma de vida, aficiones, trabajo, religión, indumentaria, deportes...
  - El peso del paciente (obesidad o extrema delgadez), ya que puede variar tras la intervención.
  - Es recomendable colocar un dispositivo/bolsa en el lugar elegido para poder comprobar su efectividad.
  - El marcaje se realiza con lápiz indeleble el día anterior de la intervención por la enfermera estomaterapeuta, con la colaboración del paciente en zona del abdomen plana y visible para él.
- Registro de todos los datos en la documentación de enfermería.

### Cuidados en el postoperatorio inmediato

Tras la intervención, el paciente operado permanece en cuidados especiales hasta la mañana siguiente.

- Generales:
  - En este periodo se realizan los cuidados de enfermería protocolizados a los pacientes sometidos a intervención abdominal:
    - Mantener/control de las constantes vitales y el equilibrio hidroelectrolítico.
    - Identificar signos de riesgo vital.
    - Vigilar/detección de posibles complicaciones.
    - Higiene corporal y del estoma.

- Curas de la herida quirúrgica.
- Mantenimiento en la permeabilidad de los drenajes, vías, sondas, catéteres...
- Movilización precoz.
- Observación de los signos de restablecimiento del tránsito intestinal.
- Específicos del Bricker.
  - Valoración del estoma:
    - Control de la coloración de la mucosa, y tamaño.
    - Mantener/verificar la permeabilidad de los catéteres ureterales, evitando acodamientos.
    - Comprobación que el dispositivo sea el idóneo, la bolsa con válvula antirreflujo y transparente.
    - Mantener íntegra la zona periestomal.
  - Control de diuresis:
    - Registro del volumen, coloración de la orina.
- Higiene del estoma urinario y piel periestomal.
 

Teniendo todo el material requerido preparado, retiramos el dispositivo, y lavamos con gasas y suero fisiológico la mucosa del estoma, para eliminar el moco segregado.

La valoración de la permeabilidad de los catéteres ureterales (aspiración suave fluido de orina de éstos) y lavado con SF (cambiando aguja/branula y jeringa para cada ocasión y catéter).

Adaptamos nuevo dispositivo/bolsa, ajustándolo al diámetro del estoma.

  - Registro de todos los datos en la documentación de enfermería.

Complicaciones más frecuentes en pacientes portadores de Bricker:
- Generales:
  - Del tracto urinario:
    - Infección urinaria.
    - Uretero-hidronefrosis.
    - Insuficiencia renal.
    - Reflujo ureteral.
    - Cálculos.
  - Del asa intestinal:
    - Estenosis de la anastomosis urétero-intestinal.
    - Suboclusión intestinal.
    - Fístula del asa intestinal.
  - Sistemáticas:
    - Acidosis metabólica.
    - Sepsis.
  - Del estoma:
    - Necrosis.
    - Hemorragia.
    - Estenosis
    - Infección.
    - Dehiscencia...
  - Piel:
    - Dermatitis periestomal
    - Granulomas...

### Cuidados en el postoperatorio. Preparación al alta

- Dependiendo de la evolución del paciente en el postoperatorio, continuaremos la educación sanitaria de forma progresiva. Información y formación.
 

*«La enfermera es la persona que por proximidad y com-*

*plicidad conoce mejor la voluntad del enfermo» (Salvador Pániker).*

## HIGIENE Y AUTOCUIDADOS DEL ESTOMA

Se debe adiestrar al paciente para conseguir su autonomía, o a un familiar/persona de referencia en caso de que éste lo precise. Se le indica las normas que debe seguir, las utilizadas en el hospital, vaciado, retirada del dispositivo, higiene y colocación de la bolsa colectora. Mientras permanezcan los catéteres se realiza con SF y gasas, cuando se retiren o caigan con esponja, agua y jabón neutro. Es normal un pequeño sangrado tras la higiene en la mucosa. Si utiliza un dispositivo de dos piezas se recomienda el cambio de la base protectora cada 3/4 días, la bolsa a diario. Se recomienda que no utilice cremas/pomadas grasas. Si hay vello alrededor del estoma, que lo recorte con tijeras, no con cuchilla ni depilatorios.

## ELECCIÓN DEL DISPOSITIVO

En el mercado hay diferentes clases de dispositivos de una pieza y de dos piezas con válvula antirreflujo.

Las placas/bases pueden ser de varios materiales, resinas naturales, sintéticas, mixtas, micropore y Karaya..., y diferentes medidas, a la vez pueden ser planas o convexas.

Y las bolsas tienen diferentes capacidades.

Se ha de identificar el material que mejor se adapte a sus necesidades.

Se le recomienda que:

- Cuando salga de su domicilio, lleve siempre consigo material de recambio.
- Si sale de viaje por España, lleve consigo el Código Nacional del material que utilice.
- Si viaja al extranjero, se lleve consigo todo el material.
- Casi todos los dispositivos tienen cobertura por la Seguridad Social.

## HIGIENE ALIMENTARIA

No debe realizar ningún tipo de régimen especial, si no está prescrito por el facultativo (HTA, diabetes...). Existen alimentos que pueden aumentar el olor de la orina (espárragos, ajo, cebolla...) y medicamentos que pueden alterar el color (vit, riboflavina...). La ingesta abundante de líquidos, así como los zumos ricos en vitamina C, son recomendables para reducir las infecciones y disminuir el olor de la orina. Es importante evitar el sobrepeso.

## ACTIVIDADES HABITUALES (OCIO, TRABAJO...)

No se aconseja durante los primeros meses realizar esfuerzos que comprometan la musculatura abdominal. Podrá realizar deportes, previo asesoramiento del profes-

sional que le atienda (no se aconsejan deportes de contacto).

## SOPORTE PSICOEMOCIONAL

Cambio de imagen corporal. El paciente deberá aprender a vivir de forma permanente con su estoma. La propia estimación está muy relacionada con la imagen que se hace uno de sí mismo.

### *Factores determinantes para recuperar la autoconfianza*

- Familia, parte fundamental para el desarrollo normal de su vida, manteniendo, si es posible, las mismas funciones que realizaba con anterioridad.
- Trabajo, reiniciar el trabajo habitual, no dependerá de ser portador de un estoma, sino de su estado general, de lo contrario la recuperación y aceptación es mucho más difícil.
- Entorno social, la no aceptación de su estado puede provocar miedo a participar y excluirse de su hábitat natural. El aislamiento en pacientes ancianos aun es mayor.
- Vida sexual, ante la existencia de una disfunción, lejos de adoptar postura de temor o preocupación, se debe buscar una alternativa. Se les debe animar a una vida sexual lo más satisfactoria posible incluyendo técnicas, quizás, nuevas para ellos.

### *Al salir del hospital*

Se debe proporcionar el código nacional de todo el material que precise, así como unas muestras para los primeros días.

Facilitar el teléfono de la persona de contacto, a ser posible experto en Estomaterapia, para realizar seguimiento lo más próximo a su domicilio.

Dar la dirección, teléfono de las asociaciones de Ostomizados.

## CONCLUSIÓN

Mediante la unificación de criterios se ha conseguido mayor satisfacción y una buena calidad de vida, en todos los aspectos, tanto física como emocionalmente, del paciente urostomizado. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Breckman, B. «Enfermería del estoma». Madrid. Edit. Interamericana. 1987.
- Ortiz, H.; Marti Rague, J., Foulkes, B. «Indicaciones y cuidados del estoma». Barcelona. Edit. Jims. 1989.
- Netter, F. H. «Riñones, uréteres y vejiga urinaria». Edit. Salvat. Barcelona, 1993.
- Jiménez Cruz, J.F.; Rioja Sanz L.A. «Tratado de urología». Edit. J. R Prous. Barcelona, 1993.
- García Morato, J.M. «Derivaciones urinarias. Cuidados de enfermería». Edit. Médicos S.A. Madrid, 1994.



# Implantación y análisis de la Guía Clínica: resección transuretral del tumor vesical superficial

## RESUMEN

Se nos muestra en este artículo la implantación y análisis de una Guía Clínica para los pacientes intervenidos de tumor vesical superficial con la técnica de resección transuretral en el Hospital Clínico de Barcelona, para unificar los cuidados de enfermería y mejorar la eficacia global de la asistencia de los pacientes basada en la evidencia.

Analizamos los resultados obtenidos de la Guía Clínica durante los seis primeros meses de implantación, para ello se hace una revisión retrospectiva de historias clínicas para determinar los parámetros necesarios de los cuidados que precisan los pacientes intervenidos de resección transuretral.

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para llevar a cabo la elaboración, implantación y análisis de la Guía Clínica del tumor vesical.

Se realiza el análisis de su implantación de manera retrospectiva desde junio hasta diciembre de 2001.

**Palabras clave:** Guía Clínica, tumor vesical superficial, resección transuretral.

## SUMMARY

One is to us in this I articulate the implantation and analysis of Clinical Guide for the taken part patients of superficial vesical tumor with the technique of transuretral resección in the Clinical Hospital of Barcelona, to unify the cares of infirmary and to improve the global effectiveness of the attendance of the patients, cradle in the evidence. We analyzed the results obtained of Clinical Guide during the six first months of implantation for it is made a retrospective revision of clinical histories to determine the necessary parameters of the cares that need the taken part patients transuretral resección. A work group is created to multidiscipline to carry out the elaboration, implantation and analysis of Clinical Guide of the bladder tumor is made the analysis of their implantation of retrospective way from June to December of the 2001.

**Key Words:** Clinical guide, superficial bladder tumor, transuretral resección.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Clínico, en su trayectoria para mejorar la calidad asistencial, ha incorporado la Guía Clínica como un instrumento de gestión clínica para optimizar las variables críticas en la asistencia a los pacientes, permitiendo aplicar la medicina basada en la evidencia y adaptando la estancia hospitalaria a las necesidades de los pacientes.

Una de las intervenciones más frecuentes en nuestra unidad es la resección transuretral (RTU) por tumor vesical superficial.

Los trabajos de Guía Clínica en nuestra unidad se iniciaron en 1997 bajo la supervisión de dirección desarrollándose en varias fases previas a la implantación.

- Vía clínica.
- Estudios de puesta en funcionamiento.

Por este motivo, en el año 2001 uno de los objetivos de nuestra Unidad y del Instituto Clínico de Nefrología y Urología fue actualizar los estudios que deberían de concluir en la Guía Clínica para los pacientes intervenidos de RTU, su puesta en práctica y el análisis de la misma.

Una vez transcurrido seis meses desde su implementación, podemos exponer algunas conclusiones:

- Es muy positivo el trabajo realizado con las guías clí-

nicas y muy útil la información que proporcionan; consideramos adecuado continuar con la implementación y uso de la misma.

- En general, el seguimiento protocolizado de los pacientes mejora la calidad de la asistencia y reduce los recursos empleados.

En adelante pasamos a desarrollar la experiencia de la Guía Clínica de RTU, en lo que respecta a material, método y conclusiones.

## MATERIAL Y MÉTODO

La Guía Clínica se realiza conjuntamente con un grupo de profesionales, que integra cirujanos, enfermeras, anestesiólogo y asistente social.

La primera tarea consistió en revisar en forma retrospectiva las historias clínicas para determinar los parámetros necesarios de los cuidados que precisan los pacientes intervenidos de resección transuretral. Para ello se elaboraron unos ítems, en forma de cuestionario, para valorar las decisiones médicas más habituales y los cuidados más frecuentes de enfermería en este tipo de pacientes.

Estos ítems son:

Tratamiento prescrito por el servicio de anestesiología al ingreso.

Cuidados específicos y generales en el pre y postoperatorio de RTU.

Día que se suspende la irrigación vesical continua.

Día que se retira la sonda vesical e incidencias.

Estancia en días del proceso desde el ingreso hasta el alta.

Adaptamos estos ítems al diseño de Guía Clínica de nuestro hospital. Dicho diseño se presenta en una hoja DIN A3. En la primera hoja se debe realizar un análisis de la evaluación de los resultados esperados en la Etapa I, que consta del día -1 al día +1; la Etapa II, del día +2 al +4, y los resultados esperados al finalizar el proceso el día del alta, si no hay complicaciones, el día más 6.

Cualquier cambio o variación médica o del equipo de enfermería también se debe especificar en esta hoja nº 1. Anexo I.

En la parte interna se describen todos los ítems que agrupan los cuidados multidisciplinarios y la información del seguimiento estandarizado del paciente.

**El día -1.** El paciente, procedente de su domicilio, ingresa a las 12:00. Se realiza la ubicación del paciente en la unidad según protocolo y se valora si el paciente está informado de la intervención quirúrgica que le van a realizar y de los cuidados que debe tener post intervención; por ejemplo, de ser portador de sonda vesical.

Un 80% de los pacientes tienen las pruebas del preoperatorio y la visita del médico de anestesiología realizada de forma ambulatoria con la prescripción del tratamiento, que habitualmente consta de:

- Diacepan 5 mg VO. Se debe administrar a las 22:00 horas y 7:00 horas en dosis únicas.
- Heparina de bajo peso molecular SC c/24 horas.
- Protector gástrico tipo Ranitidina c/12 h. VO.

El médico responsable del paciente le prescribe el tratamiento habitual de las patologías asociadas.

Por la tarde se realiza la preparación quirúrgica según protocolo específico. A partir de las 0:00 horas permanece en ayunas.

**Día 0.** Es el día que se realiza la intervención quirúrgica de RTU vesical. El paciente regresa a la unidad por la tarde procedente del box de reanimación, siendo portador de:

- Sonda vesical tipo Foley de 3 vías con irrigación vesical continua (IVC) de suero fisiológico al 0,9%. El ritmo de irrigación dependerá de la intensidad de la hematuria en la orina.
- Catéter venoso periférico con sueroterapia.
- Se informa al paciente de la sintomatología derivada de la intervención quirúrgica de RTU y se realiza los cuidados y controles propios del proceso.

A las 20:30 se inicia la dieta habitual del paciente y, si es bien tolerada, por la noche o a primera hora de la mañana se suspende sueroterapia procediendo a permeabilizar con suero fisiológico el catéter venoso, según protocolo

En el año 2001 uno de los objetivos de nuestra Unidad y del Instituto Clínico de Nefrología y Urología fue actualizar los estudios que deberían de concluir en la Guía Clínica para los pacientes intervenidos de RTU, su puesta en práctica y el análisis de la misma.

de la unidad. Se realiza valoración del dolor con la escala de analgesia ENO y administración de analgésicos prescritos.

**Días +1, +2, +3 y +4.** El paciente realiza deambulación al día siguiente de la intervención.

En función de diferentes variables, como el tamaño y estadio del tumor, de los resultados de las pruebas de coagulación, del tiempo de resección y de la experiencia del cirujano, la orina será más o menos hemática y de ello depende de la suspensión de la irrigación vesical continua que habitualmente se realiza entre los días +1 y +2. Este aspecto también está muy relacionado con la retirada de la sonda vesical y el alta del paciente. La Guía Clínica contempla estas variaciones en los diferentes días del proceso.

La detección precoz de las necesidades sociales del paciente facilita la solución de los problemas antes del alta.

Si la IVC se suspende el día +1, la sonda vesical se retira el día +2 y si el paciente no tiene problemas con la micción se procede al alta el día +3, cumpliendo la estancia de 5 días.

En caso de que el día +1 se deba continuar con la IVC porque la orina es hemática o hay presencia de coágulos, el proceso se realiza con una estancia de 6 días.

Al retirar la IVC se aconseja al paciente de la necesidad de beber 2 o 3 litros de agua al día, salvo contraindicación específica, para que la orina sea clara y no se formen coágulos. Anexo II.

Siguiendo el modelo de V. Henderson, se formulan tres diagnósticos de enfermería como resultado de los problemas más frecuentes en la patología de tumor vesical superficial:

- Dolor y espasmos vesicales secundarios a patología e intervención quirúrgica.
- Obstrucción sonda vesical secundario a presencia de coágulos por sangrado activo de la vejiga.
- Ansiedad relacionada con el desconocimiento del proceso y su evolución. Ansiedad: Leve – Moderada – Grave. Anexo III.

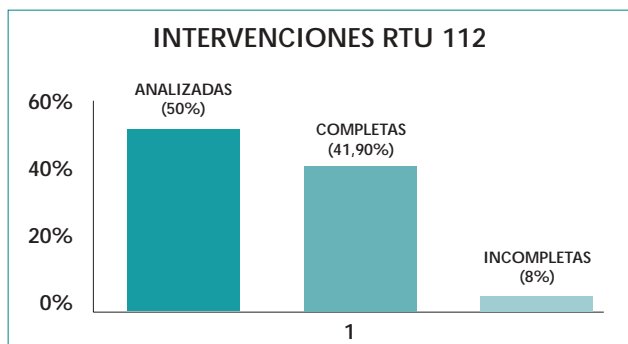
Durante los días del proceso se facilita educación sanitaria al paciente y familiares de los cuidados que debe tener en su domicilio, y junto con el alta de enfermería se adjuntan las recomendaciones para mayor información. Anexo IV .

El día 17 de junio de 2001 se inició la cumplimentación de la Guía Clínica de RTU. Se rellenó una única Guía Clínica por día para uno de los pacientes de intervención RTU vesical y se ha ido incrementando el número de forma paulatina desde entonces. En la actualidad se incluyen todos los pacientes de tumor vesical superficial.

**RESULTADOS**

A los seis meses de la implantación se revisaron 56 guías clínicas escogidas aleatoriamente de entre el primer grupo de 112 y se descartaron 9 por diferentes anomalías que destacaremos posteriormente.

Las restantes 47 guías clínicas componen un material suficientemente completo para hacer un análisis homogéneo de los datos. Aun teniendo en cuenta que no es un número elevado, nos ofrece una buena indicación de las tendencias en las desviaciones y de las incidencias más habituales en las intervenciones electivas de tumor vesical.

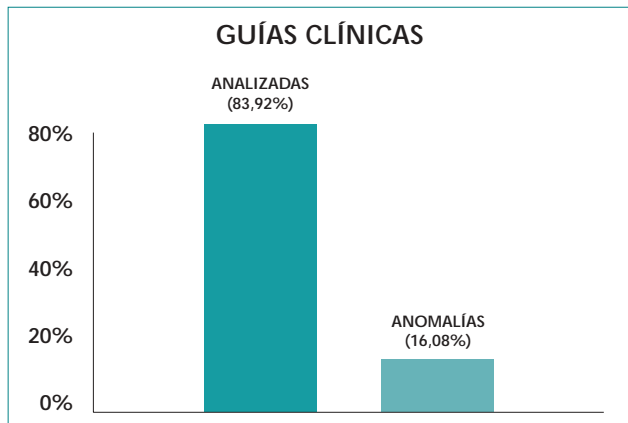


**Anomalías**

Disponemos de datos referidos a 9 intervenciones en las que se ha cumplimentado la Guía Clínica, pero que no se han incluido en el análisis general. Consideramos que se trata de anomalías específicas que no deben ser valoradas dentro de la estadística porque tienen su origen en causas ajenas y diferentes a la cirugía electiva de tumor vesical.

En todo caso, relacionamos lo que consideramos causas de situación atípica de los pacientes:

- 3 casos de RAO (retención aguda de la orina) que precisaron nuevo sondaje vesical.
- 3 casos de tratamiento con anticoagulante tipo Sintrom, lo que alargó la estancia de los pacientes a más de seis días.
- 1 caso de paciente que regresa de quirófano con sonda nasogástrica en aspiración continua con aspirado en «poso de café».



- 2 casos de estancia de sólo 3 días porque no se trataba de TM vesical sino de biopsias vesicales múltiples y que se incluyeron por error en la guía.

De acuerdo con las cuestiones previas que hemos establecido, analizaremos datos o grupos de datos concretos para obtener información sobre:

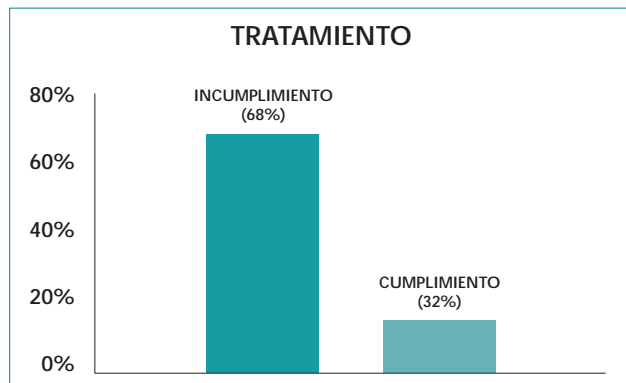
1. Prescripción del tratamiento.
2. Incidencias.
3. Estancia.

**1. Cumplimiento del tratamiento**

De las 47 guías clínicas analizadas, en 32 casos no se ha cumplido el tratamiento médico previsto. Las causas de falta de cumplimiento son:

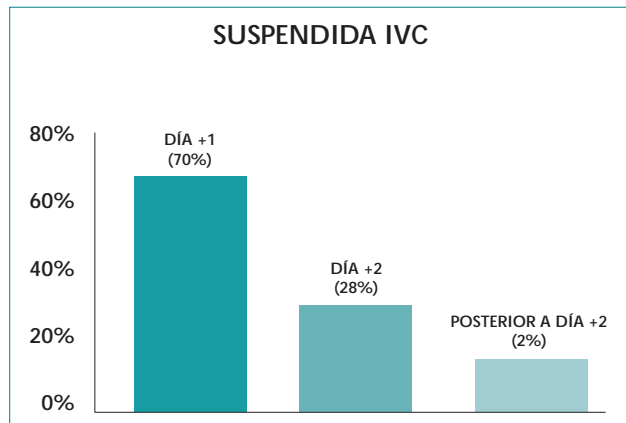
- No se prescribe Heparina.
- No se prescribe suero fisiológico.
- No se prescribe Valium a las 22:00 horas.
- No se prescribe protección gástrica.

Hay un incumplimiento del tratamiento en el 68% de las guías analizadas.



**2. Pacientes a los que se ha retirado la IVC**

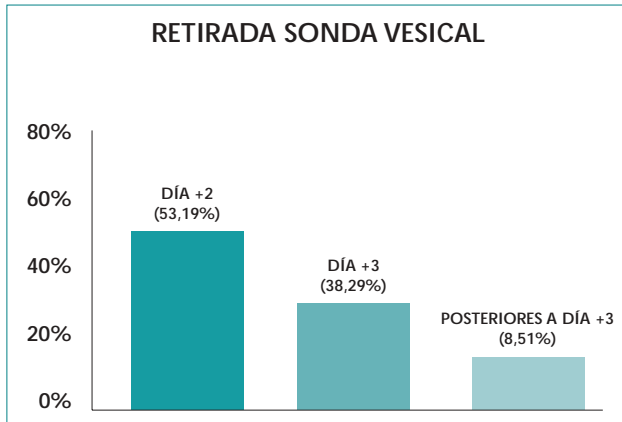
De las 47 guías clínicas analizadas, en 30 casos se ha retirado la IVC día +1 (70%), en 13 casos el día +2 (28%) y 2 casos con posterioridad al día +2 (2%).



## 2.1. Retirada de sonda vesical

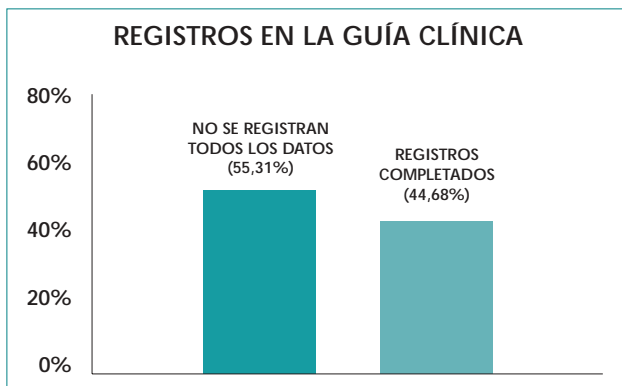
De las 47 guías clínicas analizadas, en 25 casos se ha retirado la sonda vesical el día +2, 18 casos en día +3 y 4 con posterioridad al día +3.

Dependiendo del aspecto de la orina, el equipo médico retira la IVC.



## 2.2. Corrección de los registros de enfermería en la Guía Clínica

De las 47 guías clínicas analizadas, en 26 se observa algún incumplimiento en los registros de enfermería; esto supone un 55% sobre el total de guías analizadas.

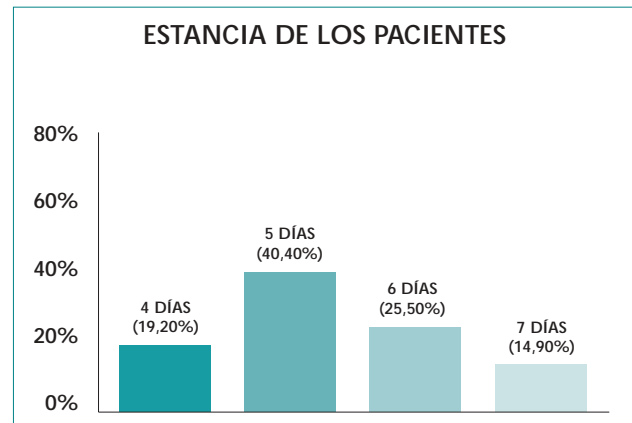


## 3. Estancia media

Los días de estancia de los pacientes se han distribuido de la siguiente forma:

- 4 días (9 pacientes) = 19,2 %.
- 5 días (19 pacientes) = 40,4 %.
- 6 días (12 pacientes) = 25,5 %.
- 7 días (7 pacientes) = 14,9 %.

Se observa que hay una ligera tendencia a reducir la estancia a 5,3 días en contra de la expectativa inicial, que establecía la estancia media en 6 días.



## CONCLUSIONES

Los objetivos que nos marcamos al inicio de este trabajo fueron los siguientes:

- Crear una pauta uniforme y completa que se podrá utilizar en todas las intervenciones de TM vesical superficial.
- Incrementar la información disponible y hacerla accesible a los diferentes equipos que intervienen en la cirugía de RTU por TM vesical, en el pre y en el postoperatorio.
- Conocer las prescripciones médicas que en cada momento del proceso se deban tener en cuenta.
- Identificar rápidamente cualquier cambio en la evolución de un paciente que pueda indicarnos una complicación o similar.
- Disponer de información sistematizada que permita una valoración estadística amplia, una identificación de las tendencias y una mejora de los procedimientos.

A la vista de nuestro trabajo podemos concluir que para los profesionales de enfermería ha sido de gran ayuda el contar con pautas estandarizadas del proceso. La sistematización de la información ha permitido hacer más accesible los datos de pre y postoperatorio. Las posibles incidencias que se producían se identificaban con rapidez y permitían una acción inmediata.

Destaca el hecho de observar cómo en el día +1 se retira la IVC en el 70%. Este dato permitirá más tarde estandarizar el tiempo de estancia prevista.

En un porcentaje importante de los casos (59,60%) se consigue una estancia inferior o igual a 5 días. El tiempo estándar es de 6 días y en ese período se registran 25,50%. En conjunto, el 85,10% de los pacientes salen con una estancia inferior o igual a 6 días.

Hay, sin embargo, algunos aspectos a mejorar.

En primer lugar se observa una deficiente adecuación entre las prescripciones de las órdenes médicas y el tratamiento a seguir de la Guía Clínica. Esa disfunción puede

provocar confusión y descoordinación entre profesionales de enfermería.

En segundo lugar hay que mejorar la cumplimentación de las guías, ya que en buena parte de ellas la información aparece incompleta, esto es debido a la dificultad en el cambio de hábitos con el nuevo procedimiento y en ocasiones se produce por falta de formación del personal sanitario y por el exceso de anotaciones en diferentes registros, pero es bien cierto que la Guía Clínica en nuestra Unidad funciona gracias a la buena voluntad del personal de enfermería. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Lang Chang, P; Min Wang, T; Tsung Huang, S. «Effects of implementation of 18 clinical pathways on costs and quality of care among patients undergoing urological surgery.» *J. Urol*, 61: 1858, 1999.
- Johnson, S; Kitchiner, D; Ellis, B. «Pathways of care», pp 1-55. De Blackwell Science Ltd. Oxford, 1997.
- Zaspé M C. «Información a los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos». *Enfermería Intensiva* 1996; 7 (4): 147-151.
- Marín B. «Los familiares: un elemento más del equipo terapéutico». *Notas de Enfermería* 1991; 521-525.
- Carpenito LJ. «Diagnóstico de enfermería; aplicación a la práctica clínica». Madrid: Interamericana/ McGRAW-Hill, 1986.
- Carpenito LJ. «Diagnóstico de enfermería, 5ª de». Madrid: Interamericana/ McGraw-Hill, 1995.
- Luis M.T. *Diagnósticos Enfermeros*. Tercera edición. Harcourt Brace, 1999.
- Hoyle E. «Professionalization and Deprofessionalization in Education». En: Hoyle E, Megarry J (de). *Professional Development of Teachers*. London: Kogan Page, 1980; 42-54.
- Reich WT. «Contemporary Ethics of Care». En: Warren Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics*, 2ª Edición, Vol. 1. Nueva York: Simon & Shuster/ MacMillan, 1996; 8-13.
- McCance TV, McKenna HP, Boore JRP. *Caring: dealing with a difficult concept*. *International Journal of Nursing Studies* 1997; 34(4): 241-248.
- Harder I. *The World of the Hospital Nurse: Nurse, Patient Interaction*. Aarhus, Denmark: Sygeplejerskenojskole ved Aarhus Universitet, 1993.

# Buscadores de temas de enfermería

Nuestro habitual colaborador en temas de investigación, Luis López Rodríguez, nos aporta una interesante lista de links correspondientes, la mayoría de ellos, a buscadores de información y páginas que contienen información de enfermería, por si es de vuestro interés.

**BUSCADORES.** Son direcciones de buscadores de enfermería y otros que no lo son propiamente, pero que contienen información interesante.

- Base de datos CUIDEN <http://www.index-f.com/> Es la mejor base de datos de enfermería en español, la más completa. Se pueden localizar los artículos publicados en una larga lista de revistas de enfermería y algunas de medicina. Es gratis y la edita la Fundación INDEX de Granada, cuyo director es Manolo Amezcua.
- Pub-Med, la mayor base de datos en ciencias de la salud, en inglés: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> La edita la biblioteca del Congreso de los EEUU. Esta dirección corresponde a su versión online gratuita. De las revistas españolas de enfermería de más difusión sólo está indexada ROL.
- Base de datos del Instituto de Salud Carlos III <http://www.isciii.es/INVESTEN/> Es la página del instituto, del grupo INVESTEN (Investigación de enfermería) y a partir de aquí se puede ir navegando hacia la base, que se llama BDIE.
- Base de datos de la Universidad Rovira i Virgili <http://teledoc.urv.es/cuidatge/> Está en catalán, pero los descriptores los admite en español y se entienden bien los resúmenes que proporciona.
- Base de datos de la Universidad Complutense <http://inicia.es/de/maricg/> Es un acceso a través de otra página, pero funciona bien.
- Buscador de matronas, en inglés, <http://www.midirs.org/>
- Página personal de José Dacal, la más completa con enlaces de enfermería <http://www.enfersalud.com/> No es un buscador pero contiene una relación de links de enfermería ordenados por secciones que aportan valiosa información. Está constantemente actualizándose.
- Base de datos CINAHL. Es la más completa base de datos de enfermería específicamente, pero es de pago y el hospital no está suscrito. Permite usarla durante unos días de prueba <http://www.cinahl.com/>
- Base de imágenes de la historia de la medicina <http://www.ihm.nlm.nih.gov/>
- Base de datos de la Universidad de Valencia <http://www.bdcsic.csic.es:8084/IME/BASIS/ime/imewww/docu/SF>
- Web del dolor de Oxford <http://infodoctor.org/dolor/#Acute>. Una página muy buena en español monográfica sobre dolor.
- Bandolier, edición española <http://www.infodoctor.org/bandolera/> Es la edición en castellano de la revista *Bandolier*. Contiene información interesante para enfermería.
- Buscador general Terra <http://www.terra.es/>
- Buscador general Google <http://www.google.com/>
- Etiquetas diagnósticas de la NANDA <http://leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html>

**ANEXO I**

Evaluación Resultados esperados <b>Etapa I (Día -1 - +1)</b>	Evaluación Resultados esperados <b>Etapa II (Día +2 +3 +4)</b>	Evaluación Resultados esperados <b>Al alta</b>
Fecha .....	Fecha .....	Fecha .....
<input type="checkbox"/> Estable HDM. <input type="checkbox"/> RTU sin signos de sangrado activo. Continúa el plan previsto. <input type="checkbox"/> Analgesia adecuada según sus necesidades. <input type="checkbox"/> Reconoce la sintomatología urinaria e identifica los signos de alerta de ser portador de sonda vesical. <input type="checkbox"/> Descanso nocturno según sus hábitos. <input type="checkbox"/> El paciente ha comprendido todas las dudas respecto a su intervención. <input type="checkbox"/> Sedestación y deambulación por habitación bien tolerada. <input type="checkbox"/> Dieta progresiva con buena tolerancia.	<input type="checkbox"/> Estable HDM. <input type="checkbox"/> Después de retirar IVC, no signos de sangrado. <input type="checkbox"/> Tolera analgesia VO. y es efectiva. <input type="checkbox"/> Micción espontánea con sintomatología normal en el contexto de la RTU. <input type="checkbox"/> Reconoce la sintomatología urinaria e identifica los signos de alerta al retirar sonda vesical. <input type="checkbox"/> Descanso nocturno según sus hábitos. <input type="checkbox"/> Deambulación libre. <input type="checkbox"/> Dieta habitual con buena tolerancia. <input type="checkbox"/> Se habitúa a beber 2 litro, de agua al día.	<input type="checkbox"/> Estable HDM. <input type="checkbox"/> Micciones espontáneas según sintomatología prevista. <input type="checkbox"/> Dolor controlado con analgesia VO. Ha sido efectivo y no ha presentado incidencias. <input type="checkbox"/> No ha presentado flebitis ni extravasación en el lugar de inserción del catéter venoso periférico. <input type="checkbox"/> Conoce y comprende los signos de alarma de sintomatología urinaria y recomendaciones al alta. <input type="checkbox"/> Conoce y comprende la medicación que debe tomar y el seguimiento en consultas externas. <input type="checkbox"/> Ausencia de incidencia de caídas. <input type="checkbox"/> Ha cumplido la estancia prevista de ..... días.
Enfermera. T.T. ....	Enfermera. T.T. ....	Enfermera. T.M. ....

**SEGUIMIENTO VARIACIÓN DIARIA**

FECHA	TIPO DE VARIACIÓN	PROBABLE CAUSA	ACTITUD TOMADA	FIRMA

## ANEXO II

Guía Clínica: Resección Transuretral del Tumor Vesical superficial

DGR. 188 Fecha ingreso: ..... Fecha alta: .....

H.C. en la unidad      SÍ      NO      Equipo médico responsable DR .....

Ítem	Día -1 Ingreso .....	Día 0 Intervención quirúrgica Q .....
<b>Inf. quirófano</b>		<input type="checkbox"/> Hora de llegada a la unidad..... <input type="checkbox"/> Informe hoja operatoria <input type="checkbox"/> Informe anestesia y D.E.
<b>Vigilancia y Controles</b>	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h.  <input type="checkbox"/> Deposiciones	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h. <input type="checkbox"/> Control movilización EEII <input type="checkbox"/> EVA / Hora - <input type="checkbox"/> Valoración características de la orina más <input type="checkbox"/> Balance c/ 24. <input type="checkbox"/> Deposiciones
<b>Exámenes complementarios</b>	<input type="checkbox"/> Reserva de sangre duración 72 h. <input type="checkbox"/> Hemograma, bioquímica, coagulación <input type="checkbox"/> ECG, RxTórax	<input type="checkbox"/> Mantenimiento reserva de sangre
<b>Tratamiento</b>	<input type="checkbox"/> Enema Casen® <input type="checkbox"/> Valium VO 22 h.  <input type="checkbox"/> Continuar medicación previa <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC.	<input type="checkbox"/> <b>Unidad de Urología preoperatorio</b> <input type="checkbox"/> Enema Casen® <input type="checkbox"/> Valium VO 7 h.  <b>Pautado en quirófano</b> <input type="checkbox"/> Continuar medicación previa <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC. <input type="checkbox"/> Analgesia            EV            VO <input type="checkbox"/> Sueroterapia <input type="checkbox"/> S. fisiológico de irrigación vesical
<b>Catéteres Drenajes Sondas</b>		<b>Postintervención portador de:</b> <input type="checkbox"/> Vía CVP nº..... Lugar..... <input type="checkbox"/> Sonda vesical Foley 3 Vías nº
<b>Dieta</b>	<input type="checkbox"/> Dieta habitual <input type="checkbox"/> Famis 0h	<input type="checkbox"/> 19 h Agua 20H30..... <input type="checkbox"/> Ingesta tolerada
<b>Actividad Movilidad</b>	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Reposo                    Sedestación <input type="checkbox"/> Deambulación	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Reposo absoluto postintervención
<b>Higiene</b>	<input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.	<input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Rasurado genitales 6 h AM <input type="checkbox"/> Bata y gorro para quirófano
<b>Prevención de riesgo</b>	<input type="checkbox"/> Alergias  <input type="checkbox"/> Prevención caídas	<input type="checkbox"/> Hematuria intensa <input type="checkbox"/> Obstrucción S.V. <input type="checkbox"/> RAO <input type="checkbox"/> U.P.P.  <input type="checkbox"/> Prevención caídas
<b>Plan de alta y nec.</b>	<input type="checkbox"/> Valoración social	
<b>Educación e información</b>	<input type="checkbox"/> Protocolo de acogida en la unidad <input type="checkbox"/> Información preoperatorio <input type="checkbox"/> Consentimiento intervención <input type="checkbox"/> Consentimiento transfusión	<input type="checkbox"/> Información postoperatoria familiares
<b>Variaciones y excep.</b>		
<b>Identificación D.E.</b>	<input type="checkbox"/> T.M.....T.T.....T.N.....	T.M.....T.T.....T.N.....
<b>Abreviaturas</b>	CVP Catéter venoso periférico SNP Según necesidades del paciente	AP Autónomo parcial UPP Úlcera por presión
<b>Cancela</b>	<input type="checkbox"/> 1 Decisión médica	<input type="checkbox"/> 2 No disponibilidad quirófano

## ANEXO II (cont.)

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Día + 1 Postinterv.....	Día +2 .....	Día +3..... Pasar a +4 si alta	Día +4 .....
<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h. <input type="checkbox"/> Deposiciones <input type="checkbox"/> EVA / Hora - <input type="checkbox"/> Valoración de la orina: <input type="checkbox"/> Con IVC <input type="checkbox"/> Micción <input type="checkbox"/> Balance c/ 24. <input type="checkbox"/> Deposiciones	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h. <input type="checkbox"/> Deposiciones <input type="checkbox"/> EVA / Hora - <input type="checkbox"/> Valoración de la orina: <input type="checkbox"/> Sin IVC <input type="checkbox"/> Micción <input type="checkbox"/> Balance c/ 24. <input type="checkbox"/> Deposiciones	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h. <input type="checkbox"/> Deposiciones <input type="checkbox"/> EVA / Hora - <input type="checkbox"/> Valoración de la orina: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Micción <input type="checkbox"/> Balance c/ 24. <input type="checkbox"/> Deposiciones	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h.
<input type="checkbox"/> Finaliza reserva de sangre a las 0 h			
<input type="checkbox"/> Continuar medicación previa <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC. <input type="checkbox"/> Analgesia VO <input type="checkbox"/> Stop Sueroterapia <input type="checkbox"/> IVC con S.F. : <input type="checkbox"/> Mantener <input type="checkbox"/> Suspender	<input type="checkbox"/> Continuar medicación <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC. <input type="checkbox"/> Analgesia VO  <input type="checkbox"/> Stop S.F de IVC	<input type="checkbox"/> Continuar medicación <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC. <input type="checkbox"/> Analgesia VO	<input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Stop Heparina <input type="checkbox"/> Analgesia VO
<input type="checkbox"/> Vía CVP Sellar con S.F.	<input type="checkbox"/> Retirar Vía CVP		
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical.F. 3 Vías  <input type="checkbox"/> Dieta habitual <input type="checkbox"/> Aporte hídrico 2 l	<input type="checkbox"/> S.Vesical : <input type="checkbox"/> Mantener <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Dieta habitual <input type="checkbox"/> Aporte hídrico 2 l	<input type="checkbox"/> Retirar S.V.F. 3 Vías  <input type="checkbox"/> Dieta habitual <input type="checkbox"/> Aporte hídrico 2 l	<input type="checkbox"/> Desayuno
<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Reposo        Sedestación <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Reposo        Sedestación <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Reposo        Sedestación <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.	<input type="checkbox"/> Autón. <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.  <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autón. <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.
<input type="checkbox"/> Hematuria intensa <input type="checkbox"/> Obstrucción S.V. <input type="checkbox"/> RAO  <input type="checkbox"/> U.P.P. <input type="checkbox"/> Prevención caídas	<input type="checkbox"/> Hematuria intensa <input type="checkbox"/> Obstrucción S.V. <input type="checkbox"/> RAO  <input type="checkbox"/> Prevención caídas	<input type="checkbox"/> RAO  <input type="checkbox"/> Prevención caídas	<input type="checkbox"/> RAO  <input type="checkbox"/> Prevención caídas
	<input type="checkbox"/> Valoración social	<input type="checkbox"/> Valoración social	
<input type="checkbox"/> Evolución del proceso <input type="checkbox"/> Educación sanitaria apaciente/familia	<input type="checkbox"/> Evolución del proceso <input type="checkbox"/> Educación sanitaria paciente/familia	<input type="checkbox"/> Evolución del proceso <input type="checkbox"/> Educación sanitaria aciente/familia <input type="checkbox"/> Recomendaciones generales	<input type="checkbox"/> Alta médica <input type="checkbox"/> Alta de enfermería  <input type="checkbox"/> Recomend. alta alta
<input type="checkbox"/> No se suspende IVC		<input type="checkbox"/> No se retira sonda vesical	<input type="checkbox"/> No alta paciente
T.M.....T.T.....T.N.....	T.M.....T.T.....T.N.....	T.M.....T.T.....T.N.....	T.M.....
D: Dependiente SVF: Sonda vesical Foley	IVC: Irrigación vesical continua	EVA: Escala valoración analgesia Analgésica ENO.	
<input type="checkbox"/> 3 Especificar			



### ANEXO III

**Problemas del paciente/ Diagnóstico de enfermería:** Resección transuretral del tumor vesical.

1. Dolor secundario a patología e intervención quirúrgica.
2. Obstrucción sonda vesical secundario a presencia de coágulos por sangrado activo de la vejiga.
3. Ansiedad relacionada con el desconocimiento del proceso y su evolución.

Día:..... Día:.....

<p>Problema 1 <b>Dolor y espasmos vesicales secundarios a patología e intervención quirúrgica.</b></p> <p><i>Objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La enfermera valorará el grado de dolor y facilitará al paciente expresarlo de forma verbal o codificada: EVA.</li> </ul> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar permeabilidad de la sonda vesical y realizar lavado si existen coágulos.</li> <li>- Explicar al paciente que el dolor es normal postintervención y que es importante que avise antes de que éste se haga intenso.</li> <li>- Enseñar métodos de relajación.</li> <li>- Administrar analgesia antes que el dolor aparezca o se haga intenso.</li> <li>- Valorar la respuesta a la medicación.</li> </ul>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días -1, 0, +1)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días 2- 3 - 4)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p>
<p>Problema 2 <b>Obstrucción sonda vesical secundario a presencia de coágulos por sangrado activo de la vejiga.</b></p> <p><i>Objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuperar la permeabilidad y correcto funcionamiento de la sonda vesical.</li> </ul> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar al paciente sobre los cuidados que le vamos a realizar.</li> <li>- Respetar la intimidad del paciente.</li> <li>- Realizar lavado sonda vesical hasta la extracción total de los coágulos.</li> <li>- Lavado vesical continuo con suero fisiológico a ritmo rápido para evitar la formación de nuevos coágulos.</li> </ul>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días -1, 0, +1)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días 2- 3 y 4)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p>
<p>Problema 3 <b>Ansiedad relacionada con el desconocimiento del proceso y su evolución.</b> Ansiedad: Leve – Moderada - Grave</p> <p><i>Objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente expresará durante la estancia en la unidad la disminución del nivel de ansiedad.</li> <li>- El paciente comunicará sus temores y preocupaciones.</li> </ul> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre el funcionamiento de la unidad y familiarizarlo con el entorno hospitalario.</li> <li>- Crear un ambiente seguro que permita y favorezca la libre expresión de sus sentimientos.</li> <li>- Escuchar al paciente con serenidad e interés.</li> <li>- Proporcionar información respecto a la intervención y sintomatología postoperatorio, adaptándonos a las necesidades de cada paciente.</li> <li>- Emplear un lenguaje asequible y sin tecnicismos.</li> <li>- Facilitar la compañía de familiares y amigos.</li> <li>- Fomentar la participación en los cuidados de la sonda vesical de acuerdo con su capacidad y habilidad.</li> </ul>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días -1, 0, +1)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p> <p>ENF. T.T.....</p>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días 2- 3 y 4)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p> <p>ENF.T.M.....</p>

## ANEXO IV

### Recomendaciones al paciente intervenido de resección transuretral vesical

Durante los días que Ud. ha estado ingresado en nuestra unidad, le hemos informado de lo que debe conocer y tener en cuenta cuando vuelva a su domicilio. A continuación se lo resumimos.

Síntomas **normales** que Ud. puede presentar durante los 15 o 20 primeros días después de la intervención:

- Urgencia miccional.
- escozor al orinar.
- Episodios de incontinencia (escape involuntario de orina).

**Evite** durante las 2 primeras semanas:

- Llevar objetos pesados.
- Realizar esfuerzos al defecar.
- Tener relaciones sexuales.
- Realizar viajes largos.

**Aconsejamos:**

- Si no existe contraindicación, debe beber de 2 a 3 litros de agua al día.
- Debe tomar la medicación según las indicaciones de su médico.
- Puede continuar su dieta habitual.
- Debe controlar los espasmos vesicales respirando hondo y relajándose.

he eliminado la frase que habia aqui ya que se repite mas abajo

**Higiene:**

- Es importante ducharse cada día, realizando una minuciosa higiene de los genitales.

*Avise a su médico o acuda al Servicio de Urgencias, cuando:*

- No pueda orinar y tenga intenso dolor abdominal.
- La orina esté muy teñida de sangre con abundantes coágulos.
- Temperatura superior a 38° C.

*Al entregar el alta, le informarán del día que tiene visita en  
Consultas Externas de nuestro hospital*

## Próximas convocatorias de Congresos

### ◆ VI CONGRESO NACIONAL Y I INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Alcalá de Henares (Madrid), 3, 4 y 5 de abril de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: No consta. Inscripción: 275 euros.  
Información: Tel: 91 280 58 25. Fax: 91 280 57 40.  
Correo-e: enfermeria2003@fgua.es  
www.fgua.es/congresos/enfermeria/principal.htm

### ◆ IV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DE ENFERMERÍA

Oviedo, 3, 4 y 5 de abril de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 14 de marzo. Inscripción: 330 euros.  
Información: 985 23 25 52.  
Correo-e: congreso@serie-es.es

### ◆ III CONGRESO EUROPEO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

«Del mito a la Evidencia»  
Creta (Grecia), del 10 al 13 de abril de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: No consta. Inscripción: 330 euros.  
Información: 93 317 84 44. Fax: 93 317 86 82.  
Correo-e: goticrp@wanadoo.es

### ◆ IV CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA

«Bioética, derechos y sociedad»  
Valladolid, del 24 al 26 de abril de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 10 de marzo de 2003.  
Inscripción: 100 euros.  
Información: 983 21 77 60. Fax: 983 21 77 34.  
Correo-e: COLEG47@enfermundi.com, chusladron@hotmail.com, legal@med.uva.es

### ◆ XIII CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Valencia, del 6 al 9 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 15 de marzo de 2003.  
Inscripción: No consta.  
Información: 963 135 182. Fax: 963 134 710.  
Correo-e: sanicongress@XIIIcongresohospitales.com  
www.XIIIcongresohospitales.com

### ◆ CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

«Mejorando los cuidados enfermeros»  
Torremolinos (Málaga), del 8 al 10 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: No consta. Inscripción: 250 euros.  
Información: Tel: 954 50 11 09. Fax: 954 56 46 21.  
Correo-e: Faecapasanec@grupoeoca.net

### ◆ VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

Valencia, del 8 al 10 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 5 de abril de 2003.  
Inscripción: 205 euros.  
Información: Tel: 961 197 200 0/1, ext: 52119. Fax: 961 972 130.  
www.hguv.org  
Correo-e: dermatologia\_hgv@gva.es

### ◆ IX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

«Calidad de vida, esperanza de futuro»  
Oviedo, del 14 al 17 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 30 marzo 2003.  
Convocatoria de Premios especiales: Certámenes de Pintura, Relatos y fotografía para los que asistan a este congreso. Cuantía

de los Premios: 1º Efectivo y trofeo, 2º y 3º trofeo.  
Inscripción: 410 euros.  
Información: 98 527 38 75. Fax: 98 525 24 76.  
Correo-e: eurolangs@teleline.es.  
E.mail inscripción: teletour@retemail.es

### ◆ XXVII CONGRESO DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS

Zaragoza, del 14 al 17 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 31 marzo 2003.  
Inscripción: 340 euros.  
Información: 976 22 96 60. Fax: 976 23 70 39.  
Correo-e: caravasar@caravasarviajes.com.

### ◆ CONGRESO INTERNACIONAL: COMPETENCIA, AUTONOMÍA Y LIDERAZGO, CLAVES PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

Pamplona, del 15 al 16 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos: Hasta el 15 de marzo de 2003.  
Inscripción: 240 euros.  
Información: 948 42 56 45 Fax: 948 42 57 40.  
Correo-e: aurdanoz@unav.es www.unav.es/enfermeria

### ◆ X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA. I CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Alcalá de Henares (Madrid), del 22 al 24 de mayo de 2003.  
PREMIO MEPENTOL A LAS COMUNICACIONES CIENTÍFICAS  
Cuantía del premio: 1.500 euros.  
Información: Laboratorios Bama-Geve: 93 415 48 22.  
Fax: 93 415 37 92.  
Correo-e: laboratorio@bamageve.es

### ◆ X CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

«Innovar en salud»  
Santander, del 27 al 30 de mayo de 2003. Presentación de trabajos hasta: 10 de febrero de 2001. Inscripción: 450 euros.  
Información: 942 37 56 12. Fax: 942 23 58 75.  
Correo-e: santander@geyseco.com

### ◆ X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR

A Coruña, del 28 al 31 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 7 de marzo de 2003.  
Inscripción: 365 euros.  
Información: 91 310 43 76. Fax: 91 319 57 46.  
Correo-e: unicongmad@unicongress.com

### ◆ CONGRESO NACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO

Barcelona, del 5 al 7 de junio de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 15 de abril de 2003.  
Inscripción: 400 euros.  
Información: 93 510 10 05. Fax: 93 510 10 09.  
Correo-e: congresosbarcelona@viajesiberia.com  
www.muniversal.net

### ◆ V EUROPEAN CONGRESS OF GERONTOLOGY

Barcelona del 2 al 5 de julio de 2003.  
Información: Tel: 91 781 87 90. Fax: 91 781 87 91.  
Correo-e: barcelona2003@biotur.es  
www.eriag.com

# PUBLICIDAD

# Crónica de un congreso anunciado

COMO siempre que esperamos un momento con gran deseo o gran preocupación, según el interés que se tenga en el evento, éste irremediamente sucede y se termina sin que nos demos cuenta.

Esto mismo acaba de ocurrir con la clausura del IV Encuentro Europeo de Enfermería en Urología ayer, día 15 de marzo de 2003.

Este año ha sido una reunión especial ya que el Europeo de Urología se celebraba en nuestro país, en Madrid, y éramos nosotros los anfitriones de nuestros compañeros extranjeros.

La Asociación Española de Enfermería en Urología, nuestra asociación, ha estado presente desde el principio en la organización a lo largo de este año y durante los cuatros días de congreso.

Un cartel anunciador de la AEEU ha estado a la entrada de la sala de conferencias, junto a una mesa, donde varias revistas de *Enfuro* han demostrado el nivel científico alcanzado por todos nosotros.

La ayuda desinteresada ofrecida el primer día por compañeros de Madrid, Sara Fernández Muñoz y José Manuel Remírez Suberbiola, fue sin duda un gesto de agradecer que no quiero desdeñar desde estas líneas.

Doscientas ocho inscripciones de enfermeros han sido registradas, lo que ha supuesto un alto índice de participación y un récord de asistencia en comparación a años anteriores.

La participación española fue sin embargo discreta pero significativa, quince inscripciones justificaron la traducción simultánea lo que permitió seguir sin ningún problema el desarrollo de las sesiones.

El primer día se pudo aprovechar un curso de inglés de una duración de cuatro horas que intentaba, con un método muy didáctico, establecer un nivel de conocimiento básico para Enfermería y el uso del idioma en los trabajos y presentaciones científicas.

La conferencia que Paul Casella nos brindó por la tarde fue una de esas charlas de las que siempre se aprende algo ya que nos explicó cómo hacer para presentar la mejor imagen de nosotros mismos a la hora de salir a hablar al público, trucos para poder



Vista general de una de las salas.



Mesa de nuestra Asociación con nuestra presidenta, Mercedes Martín; nuestra vocal delegada para el europeo, Ascensión Crespo, y una compañera de Madrid que colaboró activamente en el mismo.



El doctor Moncada junto a Mirenche Cebrían y nuestra delegada, Ascensión Crespo.

estar más cómodo frente a una audiencia y sobre todo cómo preparar y presentar un trabajo científico.

Este compañero americano, es muy conocido en el ambiente médico por ofrecer estas charlas tan útiles para todos los que tienen que salir al escenario, en muchos congresos internacionales.

El jueves día 13 se dedicó la mañana a la puesta al día del proceso litíásico en todas sus vertientes.

La empresa Bard Internacional nos ofreció al mediodía una charla y videos sobre cateterismo suprapúbico, realizado con materiales propios y por Enfermería en el Reino Unido. A continuación, nos ofrecieron un lunch. Por

la tarde, las sesiones de comunicaciones libres y de pósters (un total de 9 fueron aceptados para su defensa) pusieron fin a un día muy intenso.

El día siguiente fue compartido con la ESPUN, European Society of Pediatric Urology Nurses, y finalizó con un taller de trabajo ofrecido por el profesor Studder, creador de la derivación del mismo nombre, sobre derivaciones urinarias.

El sábado día 15 de marzo, último día de congreso, tuvimos la oportunidad de escuchar al doctor Debruyne, presidente de la EAU, que nos habló del proceso de envejecimiento del individuo, de la repercusión en nuestra sociedad y su significado en el futuro.

A continuación, el doctor Ignacio Moncada, reconocido andrólogo del hospital Gregorio Marañón de Madrid, invitado personalmente por mí, habló sobre la disfunción eréctil y la importancia de formar e informar al personal sanitario sobre esta patología tan al día actualmente, que tiene todavía su lado vergonzante e ignorado por mucha gente.

Mirentxu Cebrían, compañera nuestra de Pamplona, puso un brillante broche final a esa sesión con una puesta al día desde el punto de vista de Enfermería.

A ambos, desde aquí, quiero agradecer su aceptación, participación y buen hacer en este evento.

Una asamblea general exponiendo objetivos logrados y proyectos en marcha fue el acto de clausura a este IV Encuentro Europeo de Enfermería en Urología.

El sentimiento general de los asistentes fue muy positivo y todos recibieron unos detalles patrocinados por casas comerciales (Hollister, Lilly, Palex, Porgès, Rush, Yamanouchi) en nombre de nuestra Asociación.

Ya sólo queda hacer balance de lo acontecido en una próxima reunión de junta directiva de la Europea que tendrá lugar el mes que viene y preparar lo que será el V Encuentro Europeo del año que viene, del 17 al 20 de marzo de 2004 en Estambul, Turquía.

En los próximos números de nuestra revista se incluirá toda la información necesaria para participar. ▼

# XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

A Coruña, 14 a 17 de octubre de 2003  
Pasado, Presente y Futuro

## PROGRAMA PRELIMINAR

### ❖ MARTES, 14 DE OCTUBRE

- 17.00-19.00: Entrega de documentación  
19.00: Inauguración oficial  
19.30: Conferencia Inaugural  
**Los cambios en Urología**  
Dr. Marcelino González Martín  
*Jefe del Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo*  
20.30: Coctail de Bienvenida

### ❖ MIÉRCOLES, 15 DE OCTUBRE

#### ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

- 09.00: Primera Ponencia  
**Evolución de la Enfermería a través de los tiempos**  
Dña. Rita García Fernández  
*Directora de Enfermería. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo*  
09.45: Comunicaciones a la ponencia  
10.45: Mesa Redonda  
12.15: Pausa-Café  
12.45: Comunicaciones libres  
13.45: Defensa de Pósters  
14.30: Almuerzo de trabajo

### ❖ JUEVES, 16 DE OCTUBRE

#### ÁREA QUIRÚRGICA

- 09.00: Segunda Ponencia  
**Avances Perioperatorios ante las nuevas técnicas quirúrgicas**  
Dña. Pilar Gómez Escrig  
Dña. Pilar Sánchez Ortiz  
*Enfermeras de Quirófano. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo*  
09.45: Comunicaciones a la ponencia  
10.45: Mesa Redonda  
12.15: Pausa-Café  
12.45: Comunicaciones libres  
13.45: Defensa Pósters  
14.30: Almuerzo de trabajo

### ❖ VIERNES, 17 DE OCTUBRE

#### CONSULTAS Y PRUEBAS ESPECIALES

- 09.00: Tercera Ponencia  
**Urología, Docencia y Formación en los estudios de Pregrado**  
Dña. Inés Fernández Fraga  
*Profesora titular de Enfermería Médico-Quirúrgica. Escuela de Enfermería de A Coruña*  
09.45: Comunicaciones a la ponencia  
10.45: Mesa Redonda  
12.15: Pausa-Café  
12.45: Cuarta Ponencia  
**Reorientación en la Gestión de los cuidados de enfermería**  
Dña. Elvira Touriño Míguez  
*Jefe de Servicio de Enfermería Atención Especializada y Primaria del Sergas*  
13.30: Entrega premio «Jenaro Vázquez»  
14.00: Clausura  
14.30: Almuerzo de trabajo  
17.00: Asamblea de la Asociación  
21.00: Cena de clausura

#### COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

La fecha límite de recepción de comunicaciones es el 15 de julio de 2003. Dichos trabajos deben remitirse a la Secretaría Científica, Orzán Congrès, bien por correo postal o por correo electrónico a: [orzancongres@orzancongres.com](mailto:orzancongres@orzancongres.com)  
No se admitirán envíos por fax.



Los interesados en participar en el Congreso, pueden ponerse en contacto (para recibir la información necesaria y los boletines de inscripción) con:

SECRETARÍA: ORZAN CONGRES

Avda. Primo de Rivera, 11. 2º Izda. 15006 A Coruña. Tel.: 981 23 37 37. Fax: 981 15 27 47  
e-mail: [orzancongres@orzancongres.com](mailto:orzancongres@orzancongres.com) • web: [www.orzancongres.com](http://www.orzancongres.com)

AGENCIA DE VIAJES: VIAJES ORZAN

Avda. Primo de Rivera, 3. 15006 A Coruña  
Tel.: 981 16 91 91. Fax: 981 24 79 08  
e-mail: [viajesorzan@viajesorzan.com](mailto:viajesorzan@viajesorzan.com)  
web: [www.viajesorzan.com](http://www.viajesorzan.com)

# PUBLICIDAD

CARABALLO NÚÑEZ, MIGUEL A.; BOZA CACHAY, PEDRO; MAESTUD MARTÍN, GEMA; ROMERO MARÍ, ELENA; ESQUINAS GÓMEZ, SARA  
Fundación Hospital Alcorcón

# Cuidados enfermeros en la instilación vesical de mitomicina-c

## RESUMEN

En el presente trabajo se nos presenta un protocolo de cuidados enfermeros estandarizados aplicado a pacientes diagnosticados de tumores superficiales de vejiga mediante RTU, a los que se les ha instaurado como tratamiento complementario instilaciones vesicales con mitomicina.

Se nos presentan los cuidados tanto pre como post-administración del preparado, la técnica a seguir para la instilación, así como algunos consejos ante algún accidente derivado de la aplicación de dicha técnica.

**Palabras clave:** Mitomicina, RTU vesical, protocolo, estandarizado.

## INTRODUCCIÓN

El aumento en nuestra unidad de pacientes intervenidos de RTU por carcinoma superficial de vejiga, que son sometidos posteriormente a instilaciones con mitomicina-c, unido a la necesidad de unificar criterios en su administración y cuidados, nos ha llevado a crear un protocolo estándar que unifique actitudes y proporcione cuidados enfermeros de calidad para nuestros pacientes.

Aunque el tratamiento con mitomicina implica una función interdependiente, sólo nos hemos centrado en la parte dependiente de Enfermería que, por supuesto, es la que va a definir nuestra actuación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra unidad de hospitalización consta de 30 camas. Cuenta con un ratio de 1:15 enfermeros/cama.

Para la creación del protocolo nos hemos centrado en los pacientes diagnosticados de tumor superficial de vejiga intervenidos de RTU en el año 2001, a los que se les administran instilaciones vesicales de mitomicina en el postoperatorio inmediato (24-48 h).

## OBJETIVOS

### Generales:

1. Aplicación de un protocolo de Enfermería, de manera sistemática.

### Específicos:

1. Proporcionar cuidados integrales de calidad.
2. Unificación de criterios en los cuidados de Enfermería.

3. Evaluar la calidad de los cuidados que han sido administrados.

## PROTOCOLO

### Condiciones ideales:

Nos encontramos un paciente intervenido de RTU vesical en postoperatorio inmediato con sonda vesical de tres luces, al cual se le retiran los lavados continuos en las primeras 24 h y que presenta orina clara. Tolerancia oral completa y bebiendo 2-3 litros de agua al día.

La dosis que empleamos en nuestra unidad es de 40 mg de mitomicina-c diluida en 40 ml de agua de inyección que es preparada en farmacia. La presentación en la unidad se hace en jeringa de 50 ml de cono ancho precintada en bolsa opaca y colocada en frigorífico hasta momentos antes de su administración.

## Cuidados preadministración

Nuestra actuación consistirá en valorar cualquier indicio que contraindicase la realización del procedimiento. Para ello realizaremos lo siguiente:

1. Explicar al paciente qué le vamos a hacer y sus cuidados a posteriori. En caso de no considerarse autosuficiente, la información será proporcionada a la familia cercana.
2. Comunicación al personal de la planta de las precauciones en la manipulación de la orina en las siguientes 24 h a la administración del fármaco.
3. Acostar al paciente.
4. Valoración integral del paciente y toma de constantes vitales.
5. Comprobar que la orina es clara.
6. Preparación del material necesario para la técnica. Comprobar la medicación.



## Técnica

Se intentará conseguir ambiente íntimo y tranquilo.

### Material:

1. Batea.
2. Jeringa de cono ancho para lavados.
3. Antiséptico. Suero fisiológico.
4. Gasas estériles.
5. Guantes sin polvo de aluminio y bata estériles.
6. Pinzas de kocher.
7. Jeringa de 50 ml cono ancho adaptable a la sonda vesical, precargada con mitomicina-c en una dilución de 40 mg/40 ml.
8. Bolsa colectora de orina de sin grifo.

### Procedimiento:

1. Lavado de manos. Colocar bata y guantes.
2. Comprobar permeabilidad de la sonda, para ello:
  - Antiséptico en gasa estéril. Limpiar luz de salida de orina.
  - Cargar jeringa de boca ancha con 20-30 ml de suero fisiológico.
  - Introducir jeringa en la luz de la sonda e instilar unos 10-20 ml de suero de forma continua y despacio. Aspirar jeringa comprobando que sale la cantidad introducida.
  - Pinzar sonda vesical con kocher. Retirar jeringa.
3. A continuación coger jeringa con mitomicina. Retirar envoltorio. Dejar jeringa en mano derecha y coger luz de la sonda con la izquierda.
4. Conectar cono de jeringa en luz de la sonda. Retirar pinza kocher. Introducir el fármaco lentamente evitando fugas.
5. Una vez concluida la administración se procederá a pinzar la sonda en el extremo proximal de la luz. Retirar la jeringa y colocar bolsa colectora de orina. Desechar jeringa en contenedor de citotóxicos. Quitarse bata y guantes desechándolos en el mismo contenedor.
6. Lavado de manos.
7. La sonda permanecerá pinzada dos horas a no ser que el paciente no lo tolere.
8. El paciente permanecerá en cama indicándosele que realice cambios de postura (DLD, DLI, DS) cada 15-20 minutos durante la primera hora siguiente, con el fin de que el fármaco penetre en toda la mucosa de la vejiga.
9. Transcurridas las dos horas se procederá al despinzado de la sonda vesical. Las bolsas colectoras llenas de orina se desecharán en contenedor de citotóxicos durante las 24 horas siguientes.

## Cuidados postadministración

Nuestra actuación consistirá en la detección precoz de las complicaciones que pueden aparecer en las 24 h siguientes a la administración, así como definir los cuidados básicos al paciente. Para ello:

1. Informaremos al paciente de la necesidad de aumentar su ingesta hídrica (2-3 litros/día).

2. Constantes vitales por turno.
3. Vigilar la tolerancia al pinzado de la sonda vesical en la primera hora siguiente a su administración.
4. Valoración de los decúbitos que el paciente ha de realizar en las 2 horas postadministración.
5. Vigilar el aspecto y característica de la orina (orina clara con restos de mucosa).
6. Valorar dolor.
7. Cambio bolsa colectora por turno o cuando precise.
8. Una vez transcurridas 24 h se procederá a la retirada de sonda vesical. Tras micción espontánea se ofrece alta a domicilio con revisión por CCEE.

### ¿Qué hacer en caso de vertido accidental de orina?

Se limpiará ésta con una dilución de hipoclorito sódico (lejía) al 1/10.

### ¿Qué hacer en caso de salpicaduras?

#### EN PIEL:

- Lavado de la zona afecta con bicarbonato sódico al 8,4% y posterior lavado con agua y jabón durante 10-15 minutos.
- No es apropiado el uso de cremas de mano u otras preparaciones emolientes, ya que se ayuda a la penetración del fármaco en el tejido epidérmico.
- Aviso a la salud laboral según protocolo del centro.

#### EN OJOS:

- Lavado con solución oftálmica de bicarbonato y posterior examen minucioso durante varios días para descartar daño corneal.

### ¿Qué hacer en caso de reinstaurarse una hematuria?

- Reiniciar lavados continuos de la vejiga con suero fisiológico. Las bolsas colectoras serán de la máxima capacidad disponible y sin grifo, con el fin de realizar las mínimas manipulaciones posibles.
- Desechar las bolsas colectoras en contenedor de citotóxicos durante las primeras 24 h.
- Suspender lavados tras orina clara.

## CONCLUSIÓN

Creemos que nuestro protocolo da una respuesta concreta y eficiente a las necesidades detectadas, además de cubrir las expectativas que se nos planteó inicialmente en nuestra área de trabajo. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- «Fármacos antineoplásicos y de soporte en el tratamiento del cáncer». Jiménez Torres NV, Merino Sanjuán M, Almenar Cubells DJ. IMF-Informática médico farmacéutica S.L. Valencia 2001.
- «Enfermería médico quirúrgica». Editorial Interamericana. McGraw-Hill, Edición 2000.
- «Mitomicin c. Forty years' clinical experience». Gianni Beretta. Edizioni Minerva Medica. Turín 1997.
- «Técnicas en enfermería». Editorial McGraw-Hill. Edición 2000.

C. JIMÉNEZ GUTIÉRREZ, M. LOMBRAÑA MENCIA, M. LLORENS ROVIRA, B. ACEBRON ANTÓN, I. GARCÍA MARRÓN

# Tabaco y cáncer de vejiga urinaria

## RESUMEN

Se presenta un estudio sobre el hábito del tabaco como principal factor etiológico de riesgo en el desarrollo del carcinoma transicional de vejiga urinaria.

Los datos proceden de la revisión bibliográfica específica sobre el objetivo y entrevistas semiestructuradas a expertos en la materia. Determinándose que el efecto cancerígeno del tabaco es el principal problema de salud, susceptible de prevención en los países desarrollados. Es la principal causa evitable de mortalidad prematura. Existe una asociación entre el aumento de mortalidad y el tabaquismo en relación con el cáncer de vejiga urinaria. El riesgo atribuible por el consumo de cigarrillos para padecer cáncer de vejiga es mucho más bajo en el sexo femenino, con una estimación del 17% para un 56% en el sexo masculino. El carcinoma transicional de vejiga se sitúa en Tarragona entre las poblaciones europeas con una de las incidencias más altas. La máxima prevalencia se observa en los hombres de 55 a 70 años.

Concluyéndose que: la aceptabilidad social creciente hacia estrategias antitabaco, prevención del tabaquismo, rol modélico de profesionales sanitarios, cese del hábito del tabaco a través de intervenciones estructuradas de los profesionales de enfermería a la población, etc., son estrategias de prevención para controlar el cáncer de vejiga urinaria.

**Palabras clave:** Tabaco, cáncer de vejiga urinaria, epidemiología.

## SUMMARY

Appears a study on the habit of the tobacco like main etiologic factor of risk in the development of urinary the transicional carcinoma of bladder. The data come from the specific bibliographical revision on the objective and semistructured interviews to experts in the matter. Determining that: The cancerigenic effect of the tobacco is the main problem of health, susceptible of prevention in the developed countries. It is the main avoidable cause of premature mortality. An association between the increase of mortality and the tabaquismo in relation to the urinary cancer of bladder exists. The attributable risk by the cigarette consumption to suffer cancer of bladder is much more low in feminine sex with an estimation of 17% for a 56% in masculine sex. The transicional carcinoma of bladder is located in Tarragona between the European populations with one of the high incidences but. The Maximum prevalence is observed in the men of 55 70 years. Concluding that: the increasing social acceptability towards strategies antitobacco, prevention of the tabaquism, modélic roll of sanitary professionals, stops of the habit of the tobacco through structured interventions of the professionals from infirmary to the population etc. are strategies of prevention to control the bladder cancer.

**Key Words:** Tobacco. Bladder Cancer. Epidemiology.

## INTRODUCCIÓN

El hábito tabáquico es el principal factor etiológico de riesgo, que influye en el desarrollo del carcinoma transicional de vejiga urinaria.

Es bien conocido que el tabaquismo es el principal problema de salud pública susceptible de prevención en los países desarrollados.

La relación causal entre tabaco y cáncer es uno de los hechos más reconocidos en la comunidad científica<sup>4</sup>. El hábito de fumar es la principal causa evitable de mortalidad prematura.

Ciertas sustancias presentes en la fase de partículas y en la fase gaseosa del humo del tabaco, se ha demostrado que son perjudiciales para el fumador. Estas sustancias son básicamente el alquitrán y la nicotina (fase de partículas) y el monóxido de carbono (fase gaseosa). El alquitrán es nocivo porque contiene sustancias carcinógenas (hidrocarburos policíclicos, betanaftilaminas, etc.) y sustancias irritantes (acroleína, óxido nítrico, bióxido de nitrógeno, etc.). Los componentes cancerígenos e irritantes del alquitrán

son los responsables del aumento de riesgo de padecer cáncer<sup>5-13</sup>.

La incidencia de tipos de cáncer más frecuentes registrados en Cataluña en el periodo 1992-1993 son: los de pulmón, próstata y vejiga urinaria, en hombres, y los de mama y colon, en mujeres. Con relación a la exposición a factores de riesgo, hay que destacar que 9 de cada 10 casos, ha sido un fumador moderado/importante en los casos de cánceres de pulmón, de laringe o de vejiga urinaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos de la presente tesina proceden, 1º, de revisión bibliográfica específica sobre el tema y, 2º, de entrevistas semiestructuradas a expertos en la materia.

La revisión bibliográfica se ha realizado en la base de datos MEDLINE y Cochrane Library, utilizando las siguientes palabras clave: Catalonia, Spain, smoking, bladder, cancer, epidemiology, etiopathology, risk factors, uri-

nary, mortality, occupation, review. Se han revisado los artículos publicados entre los años 1990 a 2002. También se han investigado documentos de referencia de nuestro entorno: publicaciones médicas, artículos originales, bibliografía específica científica relacionada con el tema de estudio, búsqueda inédita y exhaustiva, incluyendo algunos documentos no publicados.

Las entrevistas están basadas en un cuestionario semiestructurado (véase anexos), que incluyen las siguientes variables:

- Se obtuvo información de los diferentes tipos de carcinomas de vejiga urinaria, según provengan de países desarrollados o de países en vías de desarrollo.
- Incidencia y prevalencia del TMV.
- Tabaco, negro o rubio.
- Edad.
- Sexo.
- Hábito tabáquico: cantidad de años consumiendo tabaco, edad que se empezó, número de cigarrillos/día, intensidad de las caladas, nivel de dependencia.
- Cese del hábito tabáquico.
- Impacto de intervenciones preventivas y profilácticas.
- Técnicas diagnósticas y avances terapéuticos.

## OBJETIVOS

General: Estudiar el papel del tabaco como factor principal etiológico en el desarrollo de cáncer de vejiga urinaria.

Específicos: 1º Comparar a nivel internacional la incidencia y prevalencia de cáncer de vejiga urinaria entre hombres y mujeres.

2º Describir la mortalidad por cáncer de vejiga urinaria en Cataluña, España y Europa.

3º Analizar agentes reconocidos como cancerígenos.

4º Conocer la efectividad de las estrategias de la prevención y control del cáncer de vejiga urinaria.

## DISCUSIÓN

### Efecto cancerígeno del tabaco

Tras múltiples estudios, demuestran que la asociación de consumo crónico de tabaco y diversos tipos de cáncer no es casual, sino que les une una relación de causalidad, una asociación entre aumento de mortalidad y tabaquismo en relación con el cáncer de vejiga y otros tumores<sup>2-5-6</sup>.

Aunque no es posible, por razones obvias, comprobar en seres humanos la acción cancerígena mediante estudios aleatorios y controlados, los diversos hechos que la confirman son suficientemente demostrativos: estudios histopatológicos, incremento del riesgo relativo, relación dosis/respuesta, asociación temporal y disminución tras el abandono, etc.

Hoy día, los estudios sobre oncogenes fortalecen la fuerza de la asociación y ofrecen bases moleculares para la carcinogénesis. La mutación del gen p53<sup>9</sup>, inducida por

el tabaco, se ha asociado con tumores del tracto respiratorio superior, esófago, pulmón y vejiga urinaria. Según algunos estudios, el mecanismo por el que el tabaco induce la carcinogénesis en la vejiga, se relaciona con alteraciones del gen p53<sup>10</sup>, que parece estar implicado en los primeros pasos de la misma, de modo similar como sucede en el pulmón. La causa está en alteraciones concretas (mutaciones) que se acumulan en nuestras células por acción de factores ambientales (tabaco) y errores genéticos propios. Todos tenemos un nivel innato de susceptibilidad genética al cáncer, pero las mutaciones que más fuertemente desencadenan esta enfermedad son adquiridas accidentalmente y no se propagan de padres a hijos.

En los últimos años los datos confirman también un aumento de riesgo en tumores en los fumadores pasivos, el tabaquismo pasivo es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades relacionadas con el tabaco. Para medir la exposición al humo de otros fumadores, es la determinación de cotinina en sangre, orina o saliva, la cual tiene un origen exclusivo en la metabolización oxidativa de la nicotina, y es un buen indicador de la exposición en los últimos días. Cuando se inhala el humo del tabaco en espacios cerrados, tanto privados como públicos y sociales, en actividades de grupo o en el trabajo, los no fumadores respiran hasta 4.000 sustancias químicas contra su voluntad<sup>10</sup>.

Se conoce que en el humo del cigarrillo se produce la corriente principal (exhalada por el fumador tras la inhalación) y la secundaria (emitida directamente desde la zona de combustión del cigarrillo hacia el medio ambiente); es precisamente en esta zona donde se liberan partículas más pequeñas, con más probabilidad de depositarse en las zonas distales del pulmón de la persona que respira el aire ambiente. Estas partículas, no retenidas en el filtro de los cigarrillos, ni depositadas en el tejido pulmonar de los fumadores, son más perjudiciales que las contenidas en el humo inhalado por éste. Cito algunos compuestos: 3-vinilpiridina, amoniaco, n-nitrosodimetilamina, n-nitrosopirrolidina<sup>16</sup>, orto-toluidina, nicotina, 2-naftilamina, 4-aminobifenil, quinolina (Tabla 3).

### Epidemiología tabaquismo

El humo del tabaco contiene, además de la nicotina y el monóxido de carbono, miles de productos químicos con actividad carcinógena, entre las sustancias que provocan cáncer destacan: naftilamina, piré, naftalina, cadmi, benzopiré, vinil, toluídina, dibenzocridina, poloni-210.

El riesgo de desarrollar un cáncer en relación con el tabaco viene determinado por diversos factores; unos se relacionan con las propias bases genéticas mientras que otros están relacionados con el propio estado físico del sujeto y su forma de fumar; también influyen la evolución temporal del hábito y las propias características del tabaco consumido<sup>12</sup>.

En general se producen una serie de hechos comunes para cualquier tipo de cáncer relacionado con el tabaco:

- Incremento importante del riesgo respecto al de no fumadores.

- Relación con la precocidad del inicio del hábito.
- Relación con el número de cigarrillos/día.
- Nivel de dependencia al tabaco.
- Relación con la duración del hábito.
- Mejoría del riesgo tras el abandono.
- Relación con la profundidad de la calada.
- Escasas diferencias en función del tipo de tabaco (excepto en el cáncer transicional de vejiga urinaria producido principalmente por el consumo de tabaco negro<sup>21</sup>). Parecen menos carcinógenos los puros y tabaco de pipa.

- Potenciación con otros factores tóxicos.
- Relación con el estado físico del individuo y su susceptibilidad individual.

Dentro del estudio Framingham<sup>14</sup>, se ha observado que los pacientes fumadores con niveles bajos de colesterol (menos de 160 mg/dl) tenían un riesgo relativo de cáncer superior al de los que tenían cifras entre 160 y 199. En la Tabla 5 se estima el efecto potencial del cambio dietético, reduciendo el colesterol en la dieta y la eliminación del tabaco, sobre la incidencia del cáncer de vejiga urinaria, con una reducción potencial del 60%. Por supuesto, el hecho de que muchos fumadores no lleguen a desarrollar estos procesos indica la existencia, además, de susceptibilidad individual y la influencia de otros factores.

Los fumadores presentan en conjunto, sobre los no fumadores, un exceso de mortalidad del 70% atribuible al tabaco<sup>6</sup>.

El consumo de dos o más paquetes diarios de cigarrillos disminuye en unos 8 años de media la expectativa de vida de los fumadores. El consumo de un paquete diario la disminuye en 6 años<sup>12</sup>. La mortalidad atribuible al tabaco<sup>6</sup> refiere el número de muertos que se evitarían si no hubiese exposición al tabaco<sup>30</sup>. La mortalidad atribuible al tabaco se calcula por la fracción atribuible poblacional (FAP), medida de asociación que integra indicadores de la magnitud del efecto del factor de exposición y datos de prevalencia del factor de exposición en la población<sup>3-7</sup>. En Cataluña en el año 1997 hubieron aproximadamente 8.931 muertes atribuibles al tabaco, y al cáncer de vejiga urinaria 261.

El problema afecta a una proporción importante de la población, ya que 1 de cada 3 ciudadanos de Cataluña son fumadores activos<sup>12</sup> y muchos de los no fumadores son fumadores pasivos<sup>8</sup> por el hecho de convivir o trabajar con fumadores.

L'OMS<sup>11</sup>, 21 objetivos para el siglo XXI, estima que el 50% de los europeos que fuman regularmente morirán a causa del tabaco, la mitad de los cuales lo harán prematuramente en el periodo más activo y productivo de sus vidas. El tabaco ha causado el 20% de las muertes en Europa en el año 2000<sup>30</sup>.

Uno de los aspectos del cáncer de vejiga urinaria es el posible papel del tabaco negro como factor de riesgo específico<sup>21-2</sup>, se han realizado estudios que demuestran un mayor riesgo de los fumadores de tabaco negro, que

además es menos reversible tras el abandono del consumo que en el caso del tabaco rubio, lo expuesto puede contribuir a explicar la elevada incidencia observada. Aunque en nuestro medio los expertos consultados opinan que el tipo de tabaco no es determinante en la incidencia de cáncer de vejiga (ver anexos).

Las tendencias en el consumo de cigarrillos pueden hacer variar las cifras en los próximos años; mientras que el consumo se estabiliza o desciende entre los varones en el grupo de edad más joven (15-24 años), tiende a aumentar en las mujeres, se explica sobre todo por el incremento de la prevalencia del hábito de fumar en el grupo de edad de 25 a 44 años, con grupos de jóvenes que se inician en el tabaquismo más precozmente, pero con tendencia al descenso de consumo de tabaco; esto podría provocar, en un plazo medio de tiempo, que aumentaran de modo importante tumores inhabituales en la mujer<sup>3</sup> y que se dieran más frecuentemente tumores en edades más jóvenes. La prevalencia del tabaquismo<sup>7</sup> en Cataluña ha sido estable, aunque actualmente disminuye en hombres y aumenta en mujeres.

Especialmente preocupantes son los comportamientos y las actitudes en relación con el hábito tabáquico de los colectivos de profesionales, dado el papel ejemplar o «rol modelo». Alrededor del 40% de médicos y del personal de enfermería de Cataluña son fumadores, con actitudes poco favorables hacia la lucha antitabáquica<sup>28-30-32</sup>. Entre 1982 y 1996, la prevalencia del tabaquismo en los médicos muestra una reducción prácticamente constante a lo largo de todo el periodo. Es de destacar el hecho que la evolución es similar en los hombres y mujeres. En consonancia con la reducción de la prevalencia global del hábito, la proporción de ex fumadores entre los médicos ha aumentado significativamente. El personal de enfermería es el que más fuma, con una prevalencia alrededor del 53%, prácticamente estancada desde hace 10 años. La prevalencia entre los hombres es superior a las mujeres. La proporción de ex fumadores, a pesar que es relevante, los cambios observados en la proporción de ex fumadores en estos profesionales son menos aparentes que entre los médicos<sup>32</sup>.

La importancia del tabaco como factor de riesgo de múltiples patologías y la magnitud y gravedad de los problemas que se derivan, junto con la sensibilidad del hábito tabáquico en la acción sanitaria preventiva, han aconsejado la inclusión de la intervención contra el tabaquismo entre las acciones prioritarias del Plá de Salut de Catalunya<sup>28</sup>.

Según las recomendaciones de la OMS<sup>11</sup>, la mayoría de los países desarrollados han puesto en marcha planes de lucha antitabaco en los últimos 30 años, para hacer frente a este importante problema de nuestro tiempo.

## Epidemiología del cáncer de vejiga urinaria

El cáncer de vejiga urinaria está fuertemente asociado al tabaquismo, y a diversas exposiciones ocupacionales<sup>15-16-18</sup> relacionadas con solventes, pinturas, tintes...

Se sitúa en los niveles más altos del contexto europeo.

La incidencia observada en Tarragona (Tabla 2) presenta algunos rasgos específicos, como son la elevada incidencia del cáncer de vejiga urinaria en los hombres que puede estar relacionado con el consumo de tabaco y con las exposiciones laborales<sup>2</sup>. Los expertos constatan que la incidencia se observa en zonas más industrializadas, donde hay industria química, en poblaciones como Tarragona y Sabadell, carcinógenos industriales como: (Tabla 4) colorantes, disolventes, 4-aminobimefil, auramina, benzidina, 2-naftilamina, fabricación de magenta dentro del grupo profesional: fabricantes de tintes y usuarios, tintes textiles, fabricantes de pinturas. Industria del caucho perteneciendo al grupo profesional de fabricantes de caucho y trabajos relacionados. Productos de la combustión del carbón, 2-naftilamina relacionado con el grupo profesional de instaladores de gas y trabajos relacionados. Imprenta. Hidrocarburos aromáticos policíclicos, alquitrán/brea volátil, relacionado con el grupo profesional de trabajadores de la producción de aluminio. Así como: sopladores de vidrio, curtidores de piel, trabajadores que están en contacto con anilinas (textil), tintes y expuestos a disolventes en general, también en contacto con ciclofosfamidas (acroleinas)<sup>15-18-23</sup>, en trabajos como fresadores que utilizan productos químicos sometidos a alta temperatura.

El carcinoma de vejiga es el segundo cáncer más frecuente con un 11,3% para el grupo de sexo masculino y con un porcentaje del 4,7 % respecto al conjunto mundial, es uno de los principales cánceres relacionados con el tabaco. En una comparación internacional de la incidencia<sup>16-17</sup> del cáncer de vejiga urinaria en hombres, se ha observado un incremento de la incidencia de este cáncer especialmente en los países de alta incidencia, presenta un porcentaje de cambio anual del 4,4% estadísticamente significativo. El carcinoma de vejiga es el que presenta una tasa más elevada entre los registros españoles, destaca la ciudad de Ceuta, donde se observa una mayor incidencia durante los años 1975-1986, tasas ajustadas por 100.000 habitantes. El carcinoma transicional de vejiga se sitúa en Tarragona entre las poblaciones europeas con una de las incidencias más altas (Tabla 2) junto con otros registros europeos del norte de Italia<sup>23</sup>, de Dinamarca y de la población blanca norteamericana. En los E.U.A., el incremento desde finales de la década de los 40 hasta el año 1984 ha sido del 72%, con un aumento anual del 1,8%, el incremento continúa con mucha menos intensidad en los años posteriores, actualmente en los E.U.A y norte de Europa, la prevalencia del cáncer de vejiga relacionado con el consumo de tabaco ha disminuido notablemente<sup>2</sup>. La incidencia del cáncer de vejiga es uno de los indicadores que mejor pueden contribuir a evaluar el impacto que supone la enfermedad en la sociedad. La incidencia proporciona una de las informaciones más valoradas por los individuos, como es el riesgo de desarrollar un cáncer a lo largo de sus vidas.

En los hombres, la curva de edad muestra un aumento ininterrumpido de los casos a partir de los 40 años, se

hace más pronunciada a partir de los 55 años, la máxima prevalencia se observa en la franja de edad 55 - 70 años (ver anexos, entrevistas), tiene un riesgo de tres a cuatro veces superior al de los no fumadores. En las mujeres, el incremento se pone de manifiesto a partir de los 65 años, para pasar a estabilizarse a los 70 años. La media de edad al diagnóstico es de unos 65 años en los hombres y de 72 en las mujeres<sup>19</sup>. También se ha de destacar que el cáncer crece con más rapidez en las edades jóvenes que en las avanzadas en los dos sexos. Este hecho señala que la perspectiva inmediata es de crecimiento de la incidencia en los próximos años.

El riesgo atribuible por el consumo de cigarrillos para padecer cáncer de vejiga es mucho más bajo en el sexo femenino, con una estimación del 17% para un 56% en el sexo masculino. Según el Registro de cáncer de Tarragona<sup>1-2</sup>, el cáncer de vejiga en las mujeres tiene una incidencia cinco veces más baja que en los hombres, afecta más a los varones, tanto por el hábito tabáquico como probablemente por la mayor exposición a carcinógenos industriales, a trabajos habitualmente desempeñados por el sexo masculino. En un estudio cas-control multicéntrico, en el que participaban hospitales de Cataluña, se observó que los hombres fumadores tenían un riesgo de tres a cuatro veces superior al de los no fumadores, sin poder averiguar el riesgo de tabaquismo en las mujeres a causa de su bajo nivel de exposición, ya que nada más fumaban cuatro mujeres de las 59 incluidas en el estudio. Teniendo en cuenta que esta proporción aumentará, sin duda, dado el incremento ya observado en la prevalencia del hábito tabáquico en éstas.

## Carcinoma de vejiga

Los carcinomas transicionales parecen asociarse a la exposición de carcinógenos, tienen una mayor prevalencia en países industrializados; el tabaco, aunque probablemente no sea el único factor de riesgo, parece haber una relación directa entre el hábito tabáquico y una mayor predisposición a padecer el carcinoma transicional de vejiga urinaria<sup>24-27</sup>. En los países en vías de desarrollo del norte de África predomina el carcinoma escamoso, relacionado con la infección por *Schistosoma haematobium*, a menudo crónica, ya que el carcinoma de células escamosas representa casi el 60% de todos los cánceres de vejiga en Egipto, algunas partes de África y Medio Oriente en donde la infección es prevalente, cuya incidencia es en personas más jóvenes, en relación con parásitos intravesicales (río Nilo). Estos tumores casi siempre son nodulares y de tipo invasivo en el momento de diagnosticarse. El carcinoma de vejiga es más común en personas de raza negra en comparación con las de raza blanca. El cáncer de vejiga es el segundo más común del aparato genitourinario<sup>24</sup>.

Aunque poco se sabe acerca de los cambios histológicos en el urotelio<sup>26</sup> en relación con la transformación neoplásica, se ha logrado mucha información al respecto en

modelos animales. El síntoma más frecuente de cáncer de vejiga es la hematuria. Un pequeño porcentaje de pacientes presenta síntomas de irritación vesical, piuria, poliuria, urgencia urinaria y disuria. En la enfermedad avanzada aparecen síntomas como dolor en huesos por metástasis a los mismos, como prueba de cribaje se solicita una gammagrafía ósea.

La mayoría de pacientes con cáncer de vejiga transicional no presentan los signos físicos pertinentes dado que la enfermedad suele ser superficial. El cáncer superficial de vejiga, cuya etapa se determina mediante resección transuretral (RTU\*TMV), no requiere estudio de imágenes adicional de la vejiga o de los órganos pélvicos<sup>25</sup>. Siempre que se sospeche o se observe un tumor, debe programarse al paciente para examen mediante cistoscopia y RTU o biopsia de la lesión sospechosa. Los objetivos son: diagnosticar el tumor, evaluar el grado de invasión de la pared (etapa), y excisión completa de lesiones en etapa baja susceptible de este tratamiento, el paciente se coloca en posición de litotomía. La historia natural del cáncer de vejiga está definida por dos procesos separados, pero relacionados: recurrencia y evolución del tumor. La evolución, incluyendo metástasis, representa el mayor riesgo biológico. Sin embargo, la recurrencia, aun sin evolución, representa morbilidad objetiva para el paciente porque requiere revaloración periódica (citología, cistoscopia, etc.), repetición de ablaciones endoscópicas y con frecuencia quimioterapia endovesical<sup>24</sup>. En la consulta inicial cerca del 50 a 70% de los tumores de vejiga serán superficiales. La urografía intravenosa U.I.V. aún es el estudio diagnóstico más común en caso de hematuria, los tumores de la vejiga se pueden reconocer como pedunculados. A los 15 minutos de inyectar la solución i.v. de contraste a los 30 minutos, el defecto de llenado representa un cáncer vesical papilar.

Otras técnicas diagnósticas y avances terapéuticos: TAC, Eco RVP, BTA, NMP22, terapia génica, cistectomía parcial, cistectomía radical, neovejiga, radioterapia, quimioterapia.

## CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Declaremos la guerra al tabaco<sup>31</sup>, sigamos las recomendaciones de detección precoz, aumentemos nuestro conocimiento sobre la enfermedad y, en caso de padecerla, convirtámonos en parte activa en la toma de decisiones. El cáncer de vejiga urinaria se podría controlar conociendo la efectividad de las estrategias de prevención y control (llevar a cabo una dieta lo más sana posible, alta ingesta de líquidos, practicar ejercicio físico y evitar tóxicos: alcohol de alta graduación, tabaco, analgésicos potentes...) con un impacto sobre la población, reduciendo potencialmente la incidencia<sup>20</sup> y prevalencia. En los últimos diez años, y por primera vez en la historia de la medicina, la mortalidad por cáncer ha bajado, pese a la incidencia del cáncer, el número de supervivientes ya es de millones. En muchos casos nos conformamos con que

la enfermedad pase de condición mortal a condición crónica.

En Cataluña, la tendencia natural muestra una aceptabilidad social creciente hacia las estrategias antitabaco, que favorece la implementación progresiva de una política global de control del tabaquismo<sup>3-30</sup>.

Es esencial la prevención del tabaquismo<sup>29</sup> en las edades de inicio, a través de los programas de educación escolar, las características del hábito tabáquico de los fumadores de más de 15 años en Cataluña, demuestran que éstos se iniciaron al tabaquismo<sup>7</sup> a una media de edad de 17,4 años y fuman una media de 17,3 cigarrillos. En Europa, la mayoría de las chicas fuman más que los chicos. Es necesario el control del poder mediático, estimular la motivación hacia los jóvenes para que dejen de fumar, elaborando puntos de interés hacia este grupo de edad que con toda seguridad difieren de los adultos, un aspecto podría ser: deporte sin tabaco<sup>29</sup> juega limpio, consumo de tabaco y exposición pasiva al humo de tabaco ambiental, publicidad, promoción y comercialización del tabaco, la OMS<sup>11</sup> quiere dejar bien claro que deporte y tabaco son incompatibles. El Plan Nacional de Prevención y control de tabaquismo, en el que trabajan el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, prevé la supresión de las máquinas expendedoras de tabaco con el objeto de impedir que los adolescentes adquieran este producto sin control alguno, máxime cuando este plan, aún sin fecha, incrementa la edad para comprar tabaco de los 16 a los 18 años, el plan incluye otras medidas destinadas a dificultar el acceso de los menores al tabaco, como la de prohibir la venta de cigarrillos sueltos, algo muy común en tiendas próximas a centros docentes. Sólo se podrán adquirir cajetillas, como mínimo de 20 cigarrillos, lo que dificulta la compra de tabaco a los adolescentes por su elevado precio. Según la Biblioteca Cochrane<sup>35</sup>, las intervenciones que han mostrado efectividad para ayudar a la gente a dejar de fumar son el consejo breve de los médicos, las intervenciones estructuradas de los profesionales de enfermería, el asesoramiento individual y grupal, los materiales de autoayuda y la utilización de tratamientos de remplazamiento nicotínico<sup>3</sup>.

Las recomendaciones actuales para dejar de fumar<sup>35</sup> tanto en hombres como en mujeres se basan en intervenciones breves, sistemáticas y personalizadas para todas las personas que fuman, una concentración de esfuerzos en las personas más motivadas y la utilización de fármacos en muchas ocasiones.

Fumar se entiende como una adicción, pero también como un proceso crónico<sup>30</sup> que necesita un largo periodo para ser controlado, en el cual se suceden periodos de abstinencia y recaídas antes de la cesación definitiva y que en muchas ocasiones se necesitan intervenciones repetidas.

Todos los individuos experimentan diferentes fases en el proceso hacia el cambio de comportamientos relacionados con la salud. Hoy en día se ha dejado de apostar por un diseño lineal del que invariablemente se deducía la recaída o el mantenimiento de la conducta, y se ha propuesto una configuración espiral en la que los individuos

inmersos en el proceso de cambio ascendían o descendían por él, aprendiendo de los progresos o recaídas en el proceso de adopción<sup>34</sup>: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento.

La metodología básica de estas intervenciones breves se basan en protocolos desarrollados en la E.A.U. a finales de la década de los 80, y adaptados y propuestos posteriormente por las guías de práctica clínica. Pasos a seguir para ayudar a dejar de fumar: 1. Preguntar. Identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita. 2. Aconsejar a todos los pacientes que dejen de fumar, el consejo ha de ser: claro, fuerte, personalizado. 3. Valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar y actuar en consecuencia. 4. Ayudar al paciente a dejar de fumar. 5. Fijar visitas de seguimiento<sup>33</sup>.

En las personas de mediana edad, tanto en hombres como en mujeres, el abandono del hábito tabáquico, antes de desarrollar cáncer u otros problemas de salud importantes, evita la mayor parte del exceso de riesgo de mortalidad por el tabaco. En general, se acepta que entre los 10 y 15 años de haber abandonado el hábito tabáquico el riesgo de mortalidad del ex fumador se iguala al de no fumador. El beneficio es más importante cuanto antes se inicia el abandono del tabaco, y es inversamente proporcional a la intensidad del hábito tabáquico y su duración. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Calatayud A, Cortés C, Talamante S, Corella D. Estudio epidemiológico descriptivo de 514 casos de cáncer de vejiga. *Arch Esp de Urol* 1994; 47: 574-579.
- Epidemiologia i Prevenció del càncer a Catalunya. Barcelona 1992. Institut Català d'Oncologia, 1975 - 1992.
- Dona i Tabac. Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2001. Prous Science, S.A.
- Estapé J, Agustí A, Font A, Salvador T, Viñolas N. Tabaco y cáncer. *Med Clín (Barc)* 1987; 1: 30 - 37.
- Salleras LL, Pardell H, Saltó E. Tabaco y cáncer. Monografías médicas. *Jano*, 1990; 4: 29 - 35.
- González Enríquez J, Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Mortalidad atribuible al Tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577 - 82.
- Jané M, Saltó E, Pardell H, Guayta R, Taberner JL, Salleras LL. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (3): 81 - 5.
- Pardell H, Agustí A, Salleras LL. El fumador pasivo. *Jano* 1983; 594: 52 - 58.
- Brennan J.A, Boyle J.O, Kock W.M, Goodman S.M, Hruban R.H, et al. Association between cigarette smoking and mutation of the P53 gene in squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New Eng J. Med* 1995; 332: 712 - 717.
- Bernardini S, Adessi GL, Chezy E, Billerey C, Carillet JP, Bittard H. Influence of cigarette smoking on P53 gene mutations in bladder carcinoma. *Anti-cancer Res* 2001 jul - aug; 21 (4B): 3001 - 4. PMID: 11712801 (PubMed - indexed for MEDLINE).
- OMS. Activité de l'OMS dans la Région européenne 1989. Rapport annuel du directeur régional. Copenhagen, 1990.
- Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM, González J, Villar F, Guasch A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clín (Barc)* 1993; 101: 644 - 649.
- Martínez A. Carcinogénesis y tabaco. En *patología del consumo de tabaco*. Ed Glosa 1989, x: 133 - 158.
- D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB, Higgins M. Role of smoking in the U-shaped relation of cholesterol to mortality in men. The Framingham Study. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 822 - 827.
- Anton - Culver H, Lee - Feldstein A, Taylor TH. Occupation and bladder cancer risk. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 89 - 94.
- Kalble T. Etiopathology, risk factors, environmental influences and epidemiology of bladder cancer. *Urologe A* 2001 nov; 40 (6): 447 - 50. PMID: 11760347 (PubMed - indexed for MEDLINE).
- Zeegers MP, Goldbohm RA, van den Brandt PA. A prospective study on active and environmental tobacco smoking and bladder cancer risk (The Netherlands). *Cancer Causes Control* 2002 feb; 13 (1): 83 - 90. PMID: 11899922 (PubMed - in process).
- Vineis P, Marinelli D, Autrup H, Brockmoller J, Cascorbi J, Daly AK. Current smoking, occupation, N-acetyltransferase-2 and bladder cancer: pooled analysis of genotype-based studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2001 Dec; 10 (12): 1249 - 52. PMID: 11751441 (PubMed - indexed for MEDLINE).
- Brennan P, Bogillot O, Greiser E, Chang-Claude J, Wahrendorf J, Cordier S. The contribution of cigarette smoking to bladder cancer in women (pooled European data). *Cancer Causes Control* 2001 Jun; 12 (5): 411 - 7. PMID: 11545456 (PubMed - indexed for MEDLINE).
- Roohullah, Nusrat J, Hamdani SR, Burdy GM, Khurshid A. Cancer urinary bladder-5 year experience at Cenar, Quetta. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2001; 13 (2): 14 - 6. PMID: 11732213 (PubMed - indexed for MEDLINE).
- Momas I, Daures JP, Festy B, Bontoux J, Gremy F. Bladder cancer and black tobacco cigarette smoking. Some results from a French case-control study. *Eur J Epidemiol* 1994; 10: 599 - 604.
- Momas I, et al. Relative importance of risk factors in bladder carcinogenesis: some new results about Mediterranean habits. *Cáncer Causes Control* 1994; 5: 326 - 332.
- D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E, Decarli A, Benichou J. Attributable risk for bladder cancer in Northern Italy. *Ann Epidemiol* 1995; 5: 427 - 431.

24. Urología General de Smith. Méjico, DF. Manual Moderno, 12ª edición, 2000.
25. Amendola MA, et al. Staging of bladder carcinoma. MRIC T Surgical correlation. AJR 1986; 146: 1179.
26. Abenoza P, Manivel C, Fraley EE. Primary adenocarcinoma of urinary bladder. Urology 1987; 29:2.
27. Abel PD, Hall RR, Williams G. Should pT1 transitional cell cancers of the bladder still be classified as superficial? Br J Urol 1988; 62: 235.
28. Pla de Salut de Catalunya 1999 2001. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1999.
29. Saltó E, Guayta R, Pardell H. Beneficios del abandono del tabaco. Jano 1996; LI: 1864 - 8.
30. Llibre blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Doyma SA, 1993.
31. Fernández E, Carné J, Schiaffino A, et al. El abandono del hábito tabáquico en Cataluña. Gac Sanit 1999; 13 (5): 353 - 360.
32. Salleras LI, Pardell H. Tabac i Professionals Sanitaris. Salut Catalunya 1987; 1: 69 - 74.
33. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. Jama 2000; 283: 3244 - 3254.
34. Prochaska Jo, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change in smoking towards an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983; 51: 390 - 395.
35. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). A: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.

## ANEXOS

- Entrevista a expertos.
- Tablas.

## TABACO Y CÁNCER DE VEJIGA URINARIA

Entrevista semiestructurada dirigida a expertos en la materia del Hospital Clínic de Barcelona. ICNU. Es totalmente confidencial.

1. A nivel mundial, en los pacientes diagnosticados de carcinoma de vejiga, ¿existen diferencias anatómicas o histológicas, comparando países desarrollados con países en vías de desarrollo?
2. ¿Se observa incremento de la incidencia de cáncer de vejiga urinaria en determinados países?
3. En qué medida el hábito del tabaco influye en el desarrollo del carcinoma transicional de vejiga.
4. ¿Existe diferencia entre el consumo de tabaco rubio y tabaco negro en la prevalencia del TMV?
5. ¿A qué grupo de sexo afecta más? ¿Por qué?
6. La mayor prevalencia de esta patología, ¿se observa en una determinada franja de edad?
7. Cómo influyen en la enfermedad las siguientes variables: a) edad que se comenzó a fumar; b) cantidad de años consumiendo tabaco; c) nº de cigarrillos/día; d) intensidad de las caladas; e) nivel de dependencia al consumo diario de tabaco.
8. Con el cese del hábito tabáquico, ¿qué repercusión hay en la incidencia y prevalencia del TMV?
9. ¿Cuál sería el impacto de intervenciones preventivas y profilácticas?
10. Técnicas diagnósticas y avances terapéuticos.

TABLA 1

### MORTALIDAD POR CÁNCER EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA 1985-1989\* PRINCIPALES LOCALIZACIONES. HOMBRES

	C. oral y far.	Esóf.	Estóm.	Colorrectal	Hígado	Páncr.	Laringe	Pulmón	Próstata	Vejiga
Alemania	6,0	4,9	15,9	23,0	2,3	8,4	2,7	49,0	16,7	7,0
Bélgica	3,5	4,6	12,6	21,0	2,3	7,6	4,6	77,2	17,1	7,8
<b>Catalunya</b>	<b>6,2</b>	<b>5,7</b>	<b>14,0</b>	<b>15,1</b>	<b>86,0</b>	<b>5,8</b>	<b>6,5</b>	<b>46,9</b>	<b>13,6</b>	<b>8,7</b>
Dinamarca	3,6	4,5	9,3	23,7	2,2	8,8	2,3	54,3	17,5	9,5
<b>España</b>	<b>5,4</b>	<b>5,4</b>	<b>15,8</b>	<b>13,4</b>	<b>7,0</b>	<b>5,3</b>	<b>7,2</b>	<b>40,3</b>	<b>12,9</b>	<b>7,8</b>
Francia	14,5	12,0	10,1	22,3	5,6	7,3	8,9	46,0	17,1	6,9
Grecia	1,7	1,7	10,0	8,2	0,9	5,7	3,6	48,8	8,1	6,9
Holanda	2,5	4,5	14,4	21,3	1,3	6,7	1,7	75,8	17,4	7,5
Irlanda	4,5	6,6	13,8	26,0	0,7	8,9	2,5	49,9	16,0	4,4
Italia	6,5	4,6	19,4	19,4	5,9	7,2	6,1	58,7	11,7	9,1
Noruega	2,9	2,5	12,1	20,0	1,3	8,2	1,1	30,6	21,4	5,7
Portugal	5,2	5,8	25,0	17,3	1,2	5,6	5,2	24,6	12,9	4,9
Reino Unido	2,8	7,2	13,8	21,6	1,2	74,0	1,7	60,9	15,7	7,4
Suecia	2,7	2,9	9,8	15,4	2,5	8,4	0,8	24,0	19,5	4,2
<b>CEE</b>	<b>6,6</b>	<b>6,5</b>	<b>14,8</b>	<b>20,4</b>	<b>3,3</b>	<b>7,4</b>	<b>4,7</b>	<b>53,2</b>	<b>15,0</b>	<b>7,5</b>

\* La tabla presenta tasas por 100.000 personas y año, ajustadas a la población estándar mundial.

Fuente: La Vecchia C et al. Eur J Cancer 1992, 28 (6/7): 1.210-1.281. Franceschi S et al. Eur J Cancer Prev. 1994; 3: 145-206.



TABLA 2

**MORTALIDAD POR CÁNCER EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA 1990\***  
**PRINCIPALES LOCALIZACIONES. HOMBRES**

	C. oral y far.	Esóf.	Estóm.	Colorrectal	Hígado	Páncr.	Laringe	Pulmón	Próstata	Vejiga
Alemania	14,1	4,9	19,3	39,4	3,6	7,2	5,2	54,5	37,6	15,7
Bélgica	10,2	4,7	16,9	36,9	3,4	6,8	8,7	82,6	39,1	17,0
<b>Catalunya**</b>	<b>19,5</b>	<b>6,6</b>	<b>13,3</b>	<b>39,2</b>	<b>4,4</b>	<b>3,7</b>	<b>21,1</b>	<b>40,5</b>	<b>21,1</b>	<b>26,1</b>
Dinamarca	9,6	4,0	13,1	39,2	4,1	9,5	5,6	59,6	32,2	27,1
<b>España</b>	<b>12,3</b>	<b>5,3</b>	<b>16,1</b>	<b>25,9</b>	<b>8,0</b>	<b>5,8</b>	<b>13,1</b>	<b>47,5</b>	<b>19,7</b>	<b>21,3</b>
Francia	23,3	10,3	13,1	35,1	6,7	6,8	11,9	53,2	40,0	15,9
Grecia	5,3	1,8	15,5	18,2	12,0	6,2	8,0	54,3	15,2	19,8
Holanda	8,4	5,2	16,7	35,5	3,3	9,3	6,1	58,6	34,9	16,1
Irlanda	10,3	7,2	16,7	35,5	3,3	9,3	6,1	58,6	34,9	16,1
Italia	12,6	4,3	24,9	29,4	10,2	7,3	10,9	62,2	18,5	22,3
Portugal	5,7	5,8	17,7	32,2	1,8	7,7	4,2	69,3	24,8	18,7
Reino Unido	5,7	6,8	17,7	32,2	1,8	7,7	4,2	69,3	24,8	18,7
<b>CEE</b>	<b>12,8</b>	<b>6,1</b>	<b>19,1</b>	<b>32,2</b>	<b>5,9</b>	<b>7,1</b>	<b>8,8</b>	<b>59,3</b>	<b>28,2</b>	<b>18,7</b>

\* La tabla presenta tasas por 100.000 personas y año, ajustadas a la población estándar mundial.

\*\* Registro de Cáncer en Tarragona.

Fuente: Esteve, J.; Krickler, A.; Parkin, DM. Ed Facts and Figures of Cancer in the European Community. IARC; Lyon, 1993.

TABLA 3

**CONCENTRACIÓN DE ALGUNOS COMPUESTOS DE LA CORRIENTE PRINCIPAL (MS) DEL HUMO DE LOS CIGARRILLOS Y SU RELACIÓN RESPECTO A LA CORRIENTE LATERAL (SS/MS)**

Compuesto	MS	SS	Compuesto	MS	SS
Fase gaseosa			Fase partículas		
Monóxido de carbono (mg)	10-23	2,5-4,7	Nicotina (mg)	1,7-3,3	1,8-3,3
Dióxido de carbono (mg)	20-60	8-11	Fenol (µg)	60-140	1,6-3,0
Benceno (pg)	12-48	10	Catecol (µg)	100-360	0,6-0,9
Formaldehído (pg)	70-100	0,1-50	Hidroquinosa (µg)	110-300	0,7-0,9
Piridina (pg)	16-40	7-20	Anilina (ng)	360	30
3-Vinilpiridina (µg)	15-30	20-40	Orto-toluidina (ng)	160	19
Ácido cianhídrico (µg)	400-500	0,1-0,25	2-naftilamina (ng)	1,7	30
Hidracina (µg)	32	3	4-aminobifemil (ng)	4,6	31
Amoniaco (µg)	50-150	40-170	Benzantraceno (ng)	20-70	2,2-4
Metilamina (µg)	17,5-28,7	4,2-6,4	Benzopireno (ng)	20-40	2,5-3,5
Dimetilamina (µg)	7,8-10	3,7-5,1	Quinolina (µg)	0,5-2	8-11
Óxidos de nitrógeno (µg)	100-600	4-10	N-nitrosomnicotina (ng)	200-3.000	0,5-3
N-nitrosodimetilamina (ng)	10-40	20-100	N-nitrosodietanolamina (ng)	20-70	1,2
N-nitrosopirrolidina (ng)	6-30	6-30	Cadmio (ng)	100	3,6-7,2
			Níquel (ng)	20-80	0,2-30
			Cinc (ng)	60	0,2-6,7

TABLA 4

**EJEMPLOS DE OCUPACIONES CON RIESGO ELEVADO DE CÁNCER Y AGENTES RECONOCIDOS COMO CANCERÍGENOS EN LA PROFESIÓN**

	Grupos profesionales	Agentes o procesos industriales
<b>Vejiga urinaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fabricantes de tintes, usuarios y fabricantes de pintura.</li> <li>Fabricantes de caucho.</li> <li>Instalaciones de gas.</li> <li>Trabajadores de la producción aluminio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4-aminobifenil, auramina benzidina 2-naftilamina, fabricación de magenta.</li> <li>Industrias de caucho.</li> <li>Productos de la combustión del carbón 2-naftilamina.</li> <li>Hidrocarburos aromáticos policíclicos alquitrán/brea volátil.</li> </ul>
<b>Pulmón</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajadores del asbesto, productores de material de aislamiento, trabajadores de atarazanas.</li> <li>Trabajadores de la producción de cromados y trabajos relacionados.</li> <li>Vendimiadores, extractores de arsénicos, fundidores de cuero, productores de insecticidas y arsénico.</li> <li>Trabajadores industria de níquel.</li> <li>Pintores (exposición profesional: construcción, industrias automóvil).</li> <li>Productores productos químicos orgánicos.</li> <li>Trabajadores de minas de uranio.</li> <li>Trabajadores de fundiciones de hierro y acero.</li> <li>Trabajadores de la extracción carbón, trabajadores del gas; aisladores de cubiertas y aplicaciones del asfalto.</li> <li>Trabajadores de la producción aluminio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asbestos.</li> <li>Compuestos de cromo hexavalente.</li> <li>Arsénico.</li> <li>Compuestos de níquel.</li> <li>Benzopireno, productos de la combustión del carbón, <math>\beta</math>-naftalinas</li> <li>Bis-Clorometilo de éter (CCME)</li> <li>Radón</li> <li>Benzopireno, productos combustión del carbón.</li> <li>Benzopireno, alquitranes volátiles.</li> </ul>

TABLA 5

**ESTIMACIONES DE LOS EFECTOS POTENCIALES DE LOS CAMBIOS DIETÉTICOS SOBRE LA INCIDENCIA DE DIVERSOS CÁNCERES**

	Acción	Reducción potencial de la incidencia RAP
<b>Localización</b>	Eliminación del tabaco y reducción del alcohol, aumento del consumo de frutas y verduras.	90%*
<b>Orofaringe, esófago y laringe</b>	Reducción de los nitratos, carnes curadas y comidas adobadas, aumentando el consumo de frutas y verduras.	68%*
<b>Estómago</b>	Reducción de grasas y aumento de verduras en la dieta.	50%*
<b>Colon y recto</b>	Reducción de grasas y aumento de verduras en la dieta.	27%
<b>Mama</b>	Reducción de la obesidad (mujeres postmenopáusicas).	12%
<b>Cuello de útero</b>	Reducción de la obesidad.	30%
<b>Ovario</b>	Reducción de grasas en la dieta.	?
<b>Próstata</b>	Reducción de grasas en la dieta.	?
<b>Riñón</b>	Eliminación del tabaco. Reducción de grasas en la dieta.	30%
<b>Pulmón</b>	Eliminación del tabaco. Reducción de grasas en la dieta y aumento de verduras.	80%
<b>Vejiga urinaria</b>	Eliminación del tabaco. Reducción del colesterol en la dieta.	60%
<b>Páncreas</b>	Eliminación del tabaco, reducción de calorías, colesterol y aumento de verduras en la dieta.	50%
<b>Hígado</b>	Reducción del alcohol.	30%

RAP: Riesgo atribuible poblacional.

\* Indica algún beneficio por la eliminación del tabaco. Estimaciones para hombres, excepto para los cánceres de mama, cuello de útero y ovario.

? No se dispone de estimaciones de los efectos.

TABLA 6

**PERSPECTIVAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER SEGÚN EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS**

Intervención preventiva	Efectividad de la intervención <sup>1</sup>	Tipos de cánceres que se podrían beneficiar	Impacto potencial sobre la población catalana <sup>2</sup>
Tabaco	***	Pulmón, cav. oral y faringe, laringe, vejiga urinaria, páncreas, riñón	***
Tabaco en fumadores pasivos	***	Pulmón	*
Consumo excesivo de alcohol	**	Hígado, cav. oral y faringe, laringe	**
Vacunación Hepatitis B	***	Hígado	*
Cambios de dieta	*	Colon, recto, próstata?	*/-
Exposición excesiva al sol	**	Melanoma, cáncer de piel no melanoma	**
Control de la exposición a los cancerígenos laborales	**	Pulmón, mesotelioma, otros tumores específicos	*
Ejercicio físico	*	Colon, mama?, próstata?	*/-
Contaminación del aire	*	Pulmón	*/-
Predecir cáncer de mama mediante la mamografía	***	Mama	**
Predecir cáncer de cuello de útero mediante citología	***	Cuello de útero	**

<sup>1</sup> Grado de efectividad: \*\*\* efectividad alta; \*\* efectividad media; \* efectividad baja.

<sup>2</sup> Reducción potencial de la incidencia y de la mortalidad por la aplicación generalizada de estas intervenciones preventivas a la población catalana: \*\*\* reducción importante; \*\* reducción media; \*/- reducción baja.

TABLA 7

**PASOS A SEGUIR PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR**

<p>1. <b>PREGUNTAR:</b> Identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir la valoración del consumo de tabaco como una constante vital más.</li> <li>Usar etiquetas recordatorias en HCAP de papel, y sistemas de alarma/recordatorio en los sistemas informatizados.</li> </ul> <p>2. <b>ACONSEJAR:</b> a todos los pacientes que dejen de fumar: El consejo debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Claro:</b> «Como médico/enfermera suyo/a, le aconsejo que deje de fumar y puedo ayudarle».</li> <li><b>Fuerte:</b> «Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer usted por su salud. Podemos ayudarle».</li> <li><b>Personalizado:</b> Según la condición clínica, la historia del consumo de tabaco, la motivación/disponibilidad por el cambio, la historia familiar, los intereses personales o los costos sociales y económicos.</li> </ul> <p>3. <b>VALORAR LA DISPONIBILIDAD PARA HACER UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR</b> y actuar en consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si el paciente es capaz de hacer un intento solo, ayudar.</li> <li>Si el paciente quiere ayuda intensiva, dársela o derivarlo.</li> <li>Si claramente dice que no se siente capaz de dejar de fumar en este momento, entrevista motivacional.</li> <li>Si es adolescente, o embarazada, o de una minoría étnica, información adicional.</li> </ul> <p>4. <b>AYUDAR al paciente a dejar de fumar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fijar una fecha. Ayudar al paciente a fijar una fecha en las siguientes 2 o 3 semanas, teniendo en cuenta las preferencias del paciente.</li> <li>Buscar apoyo en el entorno social: familia, amigos, compañeros de trabajo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Prever las dificultades que aparecen al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia.</li> <li>Eliminar del entorno habitual todos los productos relacionados con el tabaco. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los lugares en los cuales se pasa mucho tiempo.</li> <li>Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas o aprendizaje de habilidades. Abstinencia total, aprovechar las experiencias anteriores, evitar/afrentar las situaciones muy asociadas al consumo de tabaco, limitar/evitar el consumo de alcohol mientras se está dejando de fumar, buscar el apoyo/respeto de los otros fumadores del entorno cercano.</li> <li>Dar apoyo claro y efectivo desde el centro de salud. Ayudar al paciente a obtener apoyo social fuera del centro de salud, en su entorno social.</li> <li>Recomendar ayuda farmacológica (sustitutos de nicotina o/y bupropión): explicar que aumentan la probabilidad de éxito y reducen los síntomas de abstinencia, especialmente en fumadores dependientes (los que fuman cigarrillos o más cada día los que fuman el primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse y los que han hecho intentos previos con recaídas en las primeras semanas).</li> <li>Proporcionar material de auto-ayuda y ofrecerse a discutirlo/comentarlo con el paciente.</li> </ol> <p>5. <b>FIJAR</b> visitas de seguimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fijar una visita de seguimiento después de dejar de fumar, idealmente dentro de la primera semana y otra visita durante el primer mes.</li> <li>En las visitas de seguimiento: Felicitar; si se ha fumado, revisar las circunstancias y conseguir de nuevo el compromiso de dejarlo totalmente. Recordar al paciente que una recaída debe ser utilizada como una experiencia de aprendizaje, identificar los problemas que se han presentado y anticipar los obstáculos futuros. Valorar el cumplimiento terapéutico, los efectos adversos y los cambios de dosis. Considerar si se necesita un seguimiento más intensivo o una derivación.</li> </ol>
Fuente TUDGP, 2000 (adaptación)	

CLARA DEL SOLAR GUTIÉRREZ, ROSA IGLESIAS RUSO, FCO. JAVIER AGUDO DOMÍNGUEZ  
Hospital Universitario de Puerto Real

# Informe de continuidad de cuidados en el paciente operado de RTU vejiga-próstata

## RESUMEN

Teniendo como fondo la gestión por procesos, planteamos en este trabajo establecer el informe de continuidad de cuidados (alta de enfermería) en pacientes intervenidos de RTU de vejiga y próstata.

Con este fin y siguiendo las normas del comité de desarrollo de la atención de enfermería del SAS (CODAE), establecemos dicho informe donde debe constar lo siguiente: Debe de ser mecanizado y por triplicado. Diagnósticos de Enfermería durante la estancia. Diagnósticos al alta. Intervenciones principales realizadas. Observaciones para la enfermería comunitaria. Recomendaciones y plan de cuidados para paciente y familia. Firma, nombre y vía de acceso a la enfermera responsable.

**Palabras clave:** Informe de Continuidad de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería, gestión por procesos.

## INTRODUCCIÓN

Hace escasamente un año, presentábamos en el congreso de Valencia la elaboración del alta de enfermería estandarizada para la RTU vejiga-próstata, como resultado de la cumplimentación de las vías clínicas en el servicio de urología. En este alta recogíamos:

1. Datos de filiación.
2. Datos referencia hospitalización, motivos ingreso y complicaciones.
3. Indicaciones de enfermería: alta con sonda, alta sin sonda.
4. Recomendaciones de enfermería.

Hoy en día nos encontramos en nuestro hospital en una situación de cambio continuo, favorecidos por la administración con la introducción de la gestión por procesos (GP). La GP para la continuidad de cuidados establece en este sentido una horizontalización de la concepción vertical segmentada en unidades, servicios, entornos y profesionales. Dotando a la organización de un valioso instrumento para favorecer la continuidad asistencial, al establecer como prioritario la necesidad de una perfecta concatenación de decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por los profesionales, en diferentes espacios y tiempos que han de seguir un orden lógico secuencial que producen un resultado previsible y satisfactorio.

La enfermería, desde el punto de vista del marco conceptual, debe identificar el servicio que presta y aportar su valor añadido al proceso asistencial.

Por otro lado y como condición indispensable para ejecutar la GP con una buena base teórica-práctica, el proceso enfermero se está informatizando en todo el hospital. Suponiendo una situación para alcanzar un lenguaje enfermero común radicalmente nuevo. El proceso se basa en la valoración y diagnósticos nanda según dominios, resultados (NOC) e intervenciones (NIC)..

## OBJETIVO

Siguiendo las normas para el desarrollo de la atención enfermera del SAS (CODAE) establecemos el informe de continuidad de cuidados (ICC) del paciente intervenido de RTU vejiga-próstata.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo de la elaboración del informe de continuidad de cuidados teniendo como referente las indicaciones del CODAE, siguiendo los puntos obligatorios para pacientes generales de recomendaciones para el ICC, éstas son:

- Impreso triplicado autocopiable o mecanizado con tres copias.
- Diagnósticos enfermería durante la estancia.
- Diagnósticos al alta.
- Intervenciones principales realizadas.
- Observaciones para la enfermera comunitaria.
- Recomendaciones y plan de cuidados a paciente y familia.
- Firma, nombre y vía de acceso a la enfermera responsable del paciente.

Así mismo hacemos una revisión bibliográfica de diagnósticos enfermeros nanda, clasificación de resultados de enfermería noc, clasificación de intervenciones nic.<sup>3,4</sup>

## RESULTADOS

Gracias a la informatización del proceso obtenemos un **impreso triplicado** mecanizado idéntico; uno para el paciente, otro para su historial clínico y el tercero que será enviado por fax a atención primaria.

A continuación detallamos los puntos obligatorios del ICC.

**Diagnósticos de enfermería en la estancia:** En este punto establecemos un mapa de diagnósticos que serían los más comunes en la RTU vejiga-próstata repartidos según patrones funcionales.

1. *Actividad reposo:*

- Déficit de autocuidados baño-higiene.
- Déficit de autocuidados uso WC.
- Déficit de autocuidados acicalamiento.
- Deterioro de la movilidad física.

2. *Nutrición:*

- Desequilibrio nutricional por defecto.

3. *Eliminación:*

- Deterioro de la eliminación urinaria.

4. *Afrontamiento:*

- Ansiedad.

5. *Seguridad-protección:*

- Riesgo de infección.

6. *Confort:*

- Dolor agudo.

**Diagnósticos de enfermería al alta:** El proceso informativo nos permite ir cerrando los diagnósticos dejando abiertos aquellos que deben ir en el ICC. Básicamente en el proceso de RTU vejiga-próstata van a ser dos:

- Eliminación urinaria.
- Dolor agudo.

**Intervenciones realizadas:** Van a venir determinadas por el diagnóstico y sugeridas por la NIC como intervenciones enfermeras para solucionar el problema, así tenemos y siguiendo el mismo orden:

1. Ayuda autocuidado baño- higiene:
  - Ayuda autocuidado aseo.
  - Ayuda autocuidado vestirse.
  - Ayuda del autocuidado.
2. Manejo eliminación urinaria:
  - Control sonda vesical.
3. Ayuda autocuidado alimentación –hidratación:
  - Etapas de la dieta.
4. Disminución ansiedad.
5. Control infección.
6. Administración de medicamentos.

**Observaciones para la enfermera comunitaria:**

- Alta con sonda vesical de tres vías.
- Vigilar permeabilidad y zona de contacto de la sonda con el meato urinario.
- Retirada de la sonda según indicación médica.

**Plan de cuidados para el paciente-familia:**

- Hábitos higiénicos dietéticos:
  - Adecuada higiene personal.

- Puede ducharse con la sonda.
  - Deberá de ingerir al menos dos litros de agua al día.
- Cuando se le retire la sonda, es posible que:
- Sufra escapes de orina.
  - Tenga molestias o dolor al orinar.
  - Que expulse sangre por la orina.
- Estas molestias tenderán a desaparecer progresivamente. Avisará al enfermero de referencia si:
- Orina sangre de forma persistente.
  - No puede orinar.
  - Aparece fiebre.

**Firma, nombre y teléfono de contacto de la enfermera responsable.**

**CONCLUSIONES**

El ICC se presenta como un instrumento para la mejora continua de los procesos asistenciales, conduciendo esta herramienta a abordar dichos procesos de forma integral. La coordinación entre los distintos niveles y la continuidad asistencial orientan como resultado la calidad total. Con el deseo de conseguir una atención y respuesta única a las necesidades y problemas de salud.

Ante esta nueva realidad, la enfermería debe implicarse como profesional en la gestión por proceso, aplicando una práctica clínica adecuada y unos planes de cuidados estandarizados.

No podríamos expresar una conclusión-discusión concluyente ya que los sistemas de información que nos sirvieran para evaluar este tipo de intervenciones no se encuentran en activo, debido a lo novedoso del proceso, y que se requiere un tiempo de aclimatación y de recoger experiencia.

Igual diríamos de los grupos de atención especializada-primaria en los cuales sólo hemos tenido un par de reuniones, con lo que no podemos expresar ningún resultado evidente, con lo que diríamos que nos encontramos en una fase de adaptación a trabajar y expresarnos de una nueva forma. ♦

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL**

- Iglesias Ruso, Rosa y cols.: «Elaboración del alta de enfermería estandarizado para la resección transuretral de vejiga y próstata». *Enfuro* nº 80, diciembre 2001. Pág 26-27.
- Paz, Dolores de y cols.: Continuidad de cuidados entre atención especializada y primaria. Comisión para el Desarrollo de la Enfermería en el SAS.
- Joanne C, Mc Closkey and cols.: Clasificación de intervenciones de enfermería. Ed. Harcourt.
- Marion Johnson and c.: Clasificación de resultados de enfermería. Ed Harcourt.

CID CERVANTES, TERESA; ZAPATA GARCÍA, MARÍA JOSÉ  
Hospital Provincial de Toledo

# Cuidados de enfermería en el paciente neuromodulado

## RESUMEN

La Neuromodulación mediante la estimulación eléctrica de las raíces sacras es una alternativa terapéutica no destructiva y reversible, indicada para pacientes con disfunción miccional crónica y en los que se ha demostrado que los tratamientos conservadores han resultado ineficaces o mal tolerados.

La estimulación de las raíces sacras influye en el comportamiento de la vejiga, del esfínter urinario externo o uretral y en la musculatura del suelo pélvico. Esta estimulación es de tipo eléctrico y se aplica a la raíz sacra S3.

Consta de un generador de impulsos eléctricos, un electrodo de contacto y un cable que conecta a ambos.

**Palabras clave:** Neuromodulación, disfunción miccional, estimulación eléctrica raíces sacras.

## SUMMARY

The Neuromodulation by means of the electrical stimulation by the sacred roots is a nondestructive and reversible therapeutic alternative, indicated for patients with chronic miccional disfunción and in which it has demonstrated that the preservative treatments have been ineffective or bad tolerated. The stimulation by the sacred roots influences in the behavior of bladder, the external or uretral urinary sphincter and in the musculatura of the pelvic ground. This stimulation is of electrical type and it is applied to the sacred root S3. It consists of a generator of electrical impulses, an electrode of contact and a cable that it connects to both.

**Key Words:** Neuromodulation. Miccional Disfunción. Electrica stimulation sacred roots.

## MECANISMO DE ACCIÓN DE LA ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA DE LAS RAÍCES SACRAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

La estimulación eléctrica de las raíces sacras utiliza un generador de impulsos eléctricos que actúa sobre los reflejos neuronales a través de la musculatura del suelo pélvico, estimulando las fibras nerviosas de las raíces sacras.

Para ello es estrictamente necesaria la integridad anatómica, que no funcional, de los centros y vías nerviosas, así como de los órganos efectores del Tracto Urinario Inferior.

Esta estimulación nerviosa puede hacerse a través de cualquier raíz nerviosa sacra, pero para el tratamiento de las disfunciones miccionales seleccionamos **S3**, ya que por ella circulan las fibras autonómicas parasimpáticas que inervan el músculo detrusor y además las fibras somáticas que inervan el músculo elevador del ano, y en los dos sentidos, aferente y eferente.

Se cree que la **vía somática** es la responsable del efecto terapéutico.

### Mecanismo de Acción

Este mecanismo se efectúa de dos maneras.

Mediante la activación de la **Vía Eferente**, que también puede ser por dos vías:

a) Se produce una activación del suelo pélvico mediante la estimulación directa del mismo, por vía somática, lo

que produce un aumento de la actividad muscular logrando una mejoría de las respuestas fisiológicas y disminuyendo la espasticidad muscular, con lo que se logra una disminución del dolor y de la frecuencia miccional.

b) Mejora el tono muscular del esfínter urinario externo uretral, mejorando su capacidad de contracción para inhibir y estabilizar la hiperactividad del mismo.

Y también lo hará activando la **Vía Aferente**, en este caso, mediante la estimulación directa de la misma logrando una interrupción de la contracción del músculo detrusor, de forma que se relaja, y esto se hace mediante la estimulación de las ramas nerviosas anorrectales del nervio pélvico y las ramas sensitivas del nervio pudendo.

Existe un mecanismo **mixto, Eferente-Aferente**, ya que la contracción permanente de los músculos del suelo pélvico da lugar a una inhibición de la contracción del detrusor, es lo que se conoce como el *principio de biofeedback*.

### Estimulación eléctrica de las raíces sacras

Las **Indicaciones en Urología, Ginecología y Proctología** abarcan una serie de alteraciones funcionales producidas por la sobreexcitación o hiperinhibición de los circuitos neuronales que regulan la dinámica miccional y anorrectal.

#### A) Estados de sobreexcitación:

a) Disfunción miccional por síndrome uretral, o urgencia sensorial.

b) Dolor pélvico, como prostatodinia, orquialgias, cistitis intersticial, etc.

c) Disfunción intestinal, como colon irritable, proctalgias, inestabilidad rectoanal con pérdidas de heces, etc.

d) Incontinencia Urinaria por inestabilidad del detrusor y/o del esfínter uretral.

#### B) Estados de sobreinhibición.

a) Disfunción miccional con retención de orina, por inhibición o relajación del detrusor.

b) Estreñimiento crónico por inhibición de la contracción del esfínter anal.

Existen una serie de **Contraindicaciones** a la estimulación eléctrica de las raíces sacras, como:

1. Incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.
2. Respuesta deficiente a la estimulación de las raíces sacras.
3. Alteraciones anatómicas sacras graves.
4. Posibilidad de embarazo (?). Crecimiento (?).
5. Síndrome de Reiter.
6. Neuropatías severas: Diabetes, ELA, Alzheimer, etc.
7. Patologías médicas asociadas severas.
8. Problemas psiquiátricos y psicológicos.

#### DIAGNÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN MICCIONAL CRÓNICA

Es muy importante el estudio en profundidad del historial miccional y genital del paciente, para intentar alcanzar un diagnóstico correcto y descartar otras enfermedades subyacentes.

1. Historia clínica: estudio de las molestias urinarias, disfunciones sexuales, alteraciones defecatorias, etc.
2. Exploración clínica y de laboratorio: perfil general, urocultivos, etc.
3. Estudios radiológicos: Rx de la columna, del sacro, UIV, ECO, etc.
4. Estudios urodinámicos: muy importantes, flujometría, cistomanometría, manometría anal, electromiograma, etc.
5. Endoscopias: cistoscopia, rectoscopia, etc.
6. DIARIO MICCIONAL: importantísimo antes, durante y después del estudio. Fundamental para valorar la evolución del paciente y es conveniente tomarse el tiempo necesario hasta estar seguros de la comprensión del mismo por el paciente.
7. Otros: como escalas de dolor, de calidad de vida, etc.

#### Prueba de exploración de las raíces sacras (PNE).

Esta prueba de neuroestimulación (PNE) es fundamental para considerar a un paciente candidato a un implante definitivo. Consiste en la introducción de un electrodo, por el foramen sacro S3 que enviará estímulos eléctricos a la raíz sacra S3. Le indicaremos al paciente la firma del **CONSENTIMIENTO INFORMADO**.

**Posición del paciente:** El paciente ha de colocarse en la

Las Indicaciones en Urología, Ginecología y Proctología abarcan una serie de alteraciones funcionales producidas por la sobreexcitación o hiperinhibición de los circuitos neuronales que regulan la dinámica miccional y anorrectal.

mesa exploratoria. Es importante la esterilización del campo operatorio y tranquilizar al paciente con las explicaciones necesarias. El paciente está *cagado de miedo* a pesar de ser una prueba ambulatoria con anestesia local. Es imprescindible tener una vía periférica y monitorizar al paciente.

Se necesita un **instrumental adecuado específico**. Este material viene en un kit. Así como también debemos contar con un equipo de radioscopia.

La **respuesta motora** típica es una ligera flexión plantar del primer dedo del pie (a veces también de otros) y una elevación del ano y periné. La **respuesta sensitiva** consiste en una sensación de presión en el recto, parestesias en escroto, pene, labios y vagina. Si no obtenemos estas respuestas, se ha de abandonar el procedimiento y se cataloga al paciente como NO candidato a un implante definitivo. Sería una **PNE negativa**.

A veces es necesario explorar otras raíces sacras, como S2 y S4 o incluso explorar ambos lados del paciente. Si en 40-60 minutos la prueba no es satisfactoria, debe abandonarse.

Esto se define como la **fase aguda**, para diferenciarla de la **fase subcrónica**, que será el estudio en los días siguientes para valorar la respuesta al estímulo con un marcapasos externo

ambulatorio.

**Prueba de Neuroestimulación (PNE).** Si la PNE ha sido positiva, esto es, con una respuesta motora y sensitiva satisfactoria, realizaremos los siguientes pasos.

Existen una serie de **Contraindicaciones**:

- Pacientes portadores de marcapasos cardíacos, pueden tener interferencias entre ambos.
  - Pacientes que precisan una RMN durante el período de prueba (fase subcrónica), el campo magnético puede desplazarles el electrodo y producir respuestas indeseables.
  - Pacientes con dificultades manuales, pueden verse impedidos de manejar el generador externo.
- Es necesario dar una serie de **Advertencias al paciente**:
- No se ha establecido su seguridad frente a un embarazo.
  - Lo mismo ocurre en la edad infantil.
  - Un movimiento brusco puede modificar la respuesta, por eso hay que tener cuidado con la actividad física y sexual.
  - Cuidado con el manejo de maquinaria de precisión y pesada y la conducción de vehículos.
  - Mientras lleve el marcapasos externo no debe realizarse una RMN.

- Los detectores antirrobo (tiendas, aeropuertos, etc.) pueden modificar la sensación de respuesta al pasar por ellos.

- El paciente puede modificar la intensidad del voltaje para que siempre note la sensación y perciba de forma constante el estímulo, pero no debe tocar el botón de la frecuencia y los botones internos del generador.

- No es conveniente mojar el estimulador ni la zona sacra de los electrodos, por eso es mejor estos días lavarse que ducharse.

- Es importante asegurarse de que el paciente comprende todas las indicaciones, y a veces es conveniente la compañía de algún *familiar espabilao o de Parla*.

Cuando la prueba termina, el paciente **regresa a su domicilio**. Ahora comienza la **fase subcrónica**. Es fundamental asegurarse de la comprensión del paciente de que tiene que rellenar el **DIARIO MICCIONAL**. La prueba durará entre 7 a 14 días (esto es variable dependiendo de algunas circunstancias), pues es fácil que cuanto más tiempo se lleve, se movilice el electrodo y se pierda la estimulación. Cuando el paciente acude a la revisión, se le recoge el Diario Miccional y si existe una mejoría en la respuesta en comparación con los anteriores de más del **50%**, puede considerarse una **PNE positiva** y sería candidato a un implante definitivo. Se retira el electrodo del sacro, simplemente traccionando con cuidado de él y se cura la zona como de rutina.

#### Valoración de la respuesta:

a) Si la respuesta es positiva, a las dos semanas puede programarse el paciente para un implante definitivo.

b) Si la respuesta es negativa, hemos de asegurarnos de que no haya habido complicaciones técnicas como:

- Despegamiento de la placa adhesiva de la toma de tierra.

- Desconexión del cable del paciente.

- Agotamiento de la batería.

Si no sucede nada de esto, puede abandonarse el tratamiento; pero si existen dudas razonables o la respuesta es dudosa, puede **repetirse la PNE** dos o tres meses después o estimular los forámenes sacros contralaterales.

Un 66% de pacientes tienen respuesta positiva. De ellos, un 20% no mejorará con el implante definitivo y un 40% se curarán.

**Implante definitivo.** Se realizará con anestesia regional y con anestésicos de acción miorelajante corta.

**Preparación del paciente.** El paciente ingresa en el hospital. A su ingreso es necesario:

- Explicarle lo que se le va a hacer y contestar sus dudas. La mayor parte de los pacientes se creen *conejos de indias* y que van a llevar una bomba para toda su vida.

- Localizar la zona sacra y en donde pondremos el marcapasos con lápiz quirúrgico, cuidando que no se vea molestado por cinturones o zonas de flexión, etc.

- Firmar el Consentimiento Informado.

- Ducha con jabón antiséptico al menos durante las 48 horas previas a la cirugía.

- Profilaxis antibiótica con Tobramicina o Gentamicina a dosis estándar, una hora antes de la prueba.

**Preparación de quirófano.** Rasurado, vía periférica.

- Control equipo de radioscopia.

- Equipo de kit del PNE, pues es el paso inicial.

- Instrumentación quirúrgica: separadores, pinzas, etc.

**Colocación del paciente y campo operatorio.** Es igual que en la PNE.

#### Técnica quirúrgica:

- Tipo de incisión.

- Instrumentación selectiva de la prueba: electrodos, agujas, suturas de fijación, NO drenajes, aguja para pasar el electrodo subcutáneo y tunelizarlo, marcapasos en solución de Gentamicina, etc.

- Preparación del cable.

- Creación del bolsillo subcutáneo en la grasa del glúteo menor.

- Conexión del cable al generador.

- Introducción del marcapasos y cierre del bolsillo.

- Suturas cutáneas.

Traslado a reanimación y sala de hospitalización.

Una vez que el paciente sale del quirófano y de la sala de reanimación, llega a la planta.

#### a) Sala de hospitalización:

a). Reposo de al menos 24 h.

b). Profilaxis antibiótica y analgésica.

c). Información al personal de la sala del tipo de intervención en atención a movilizaciones no deseadas.

d). Cuidados de la herida a las 24 h. sabiendo que no hay drenaje.

e). Activación del marcapasos a las 24 h.

f). Asegurarse de los conocimientos del paciente y de algún familiar, dudas, preguntas y manejo del marcapasos.

g). Configuración de los datos en la consola externa. y anotar en la Hª Clínica los datos de frecuencia, voltaje, etc.

h). Ejercicios de activación-desactivación.

#### b) Domicilio:

a) Suele ser a las 48-72 h.

b) Atenciones habituales a la herida.

c) Dar teléfono de contacto. El llevar un marcapasos interno les crea sensaciones de ansiedad y angustia en los primeros días, lo que hace que las consultas sean frecuentes.

d) Insistir en la explicación de Diario Miccional.

e) Se han de evitar los ejercicios físicos intensos al menos durante 3 meses. Cuidado con las flexiones de espalda, rotaciones de cintura, levantamiento de objetos pesados. La actividad sexual no se ve alterada, pero no ha de ser brusca.

f) Cuidado con el manejo de maquinaria peligrosa. Si es necesario, puede apagar el marcapasos durante el manejo de las mismas.

g) Entregar la **Tarjeta de Identificación**.

h) Recordar lo de la RMN. Sí pueden realizarse estudios con ultrasonidos, como la ECO, pero no debemos poner directamente el transductor del ecógrafo sobre la zona del marcapasos. No hay problemas con otras exploraciones radiológicas ni endoscópicas.

i) Recordar lo de los detectores antirrobo. ▼



# 25 Aniversario de nuestro Congreso

Con motivo de celebrarse este año nuestro 25 Congreso Nacional, y como homenaje y reconocimiento a todas aquellas personas que los han hecho posibles, reproducimos el listado de los mismos, el título de su tema así como el año de celebración y la ciudad donde se celebró.

- 1º Madrid. Centro Especial Ramón y Cajal. Octubre 1977.
- 2º Benalmádena (Málaga). **Cateterismo Uretral**. Octubre 1978.
- 3º Córdoba. **Estenosis de Uretra**. Octubre 1979.
- 4º La Coruña. **Cáncer vesical**. Octubre 1980.
- 5º Tarragona. **Post-operatorio urológico en la uropatía obstructiva baja**. Octubre 1981.
- 6º Madrid. **Derivaciones urinarias externas**. Mayo 1983.
- 7º Valencia. **La Enfermería en Urología**. Octubre 1984.
- 8º Mérida. **Prótesis en Uro-andrología**. Octubre 1985.
- 9º Valladolid. **La Enfermería ante la yatrogenia uro-andrológica**. Octubre 1986.
- 10º Salamanca. **La Enfermería ante la exploración del enfermo uro-andrológico**. Octubre 1987.
- 11º Huelva. **La Enfermería ante la Urología Oncológica**. Octubre 1988.
- 12º Cádiz. **La Enfermería en la ecografía urológica**. Octubre 1989.
- 13º Burgos. **La Enfermería ante la Urología geriátrica**. Octubre 1990.
- 14º y I Simpósium Internacional: Granada. **Procedimientos de Enfermería Urológica**. Octubre 1991.
- 15º Puerto de la Cruz. Tenerife. **La Vanguardia de la Enfermería Urológica**. Octubre 1992.
- 16º Zaragoza. **Educación sanitaria al enfermo urológico**. Octubre 1993.
- 17º y II Simpósium Internacional. Pamplona. **Actuación de Enfermería en los traumatismos urológicos y Docencia en Enfermería Urológica**. Octubre 1994.
- 18º San Sebastián. **Planificación para la calidad de los cuidados y procedimientos en Enfermería Urológica**. Octubre 1995.
- 19º Puerto de Santa María. Cádiz. **Innovaciones en la Atención de Enfermería en Urología**. Octubre 1996.
- 20º Figueras (Gerona). **Atención integral de Enfermería Urológica. Búsqueda de sus roles**. Octubre 1997.
- 21º Toledo **Vejiga neurógena... educar para cuidar**. Un paso hacia la integración. Octubre 1998.
- 1ª Jornadas Europeas de Enfermería. Palma de Mallorca. **Actualización de la asistencia al paciente uro-andrológico**. Urológica. Noviembre 1999.
- 22º Sevilla. **Cuidados paliativos en el paciente urológico**. Noviembre 2000.
- 23º Valencia. **Formación continuada, docencia e investigación en Enfermería Urológica**. Noviembre 2001.
- 24º Huelva. **La Enfermería Urológica hacia la excelencia de los cuidados**. Octubre 2002.
- 25º A Coruña . **Presente, pasado y futuro**. Octubre 2003.