ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología
Número 140. Julio 2023

Resumen del XLI Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Urología.

Santiago de Compostela 25, 26 y 27 de mayo de 2023

ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

ENFURO
Nº 140 / Julio 2023

JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidente: Manuel Ramón Bernal Pacheço
Vicepresidenta: Mª del Carmen Expósito Álvarez
Secretario: D. Carlos Lorenzo García
Tesorera: Dª. Elena Alcaraz Zomeño

Revista ENFURO
Director: Manuel Ramón Bernal Pacheco
Jefe de Redacción: Carlos Lorenzo García
Consejo de Redacción:
Paloma Coronel Rosado
Mª del Carmen Expósito Álvarez
Elena Alcaraz Zomeño
Laura Señalada Salinas
Eva María García Peña
Francisco Estudillo González
Javier Olivares Corral
Isaac Florido Pérez

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología.
Depósito legal: M-18042-1980
Revista de la Asociación Española de ATS en Urología: ISSN/ISSN-L 0210-9476
Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología: ISSN/ISSN-L 2695-5164
Revista ENFURO edición impresa: ISSN/ISSN-L 2695- 5172
Revista ENFURO edición digital: ISSN 2695-5180 ISSN-L 2695-5172
Soporte válido S.V.R. 246
Realización: Kysler Stratia (Madrid)
Portada: Logo del XLI congreso AEEU

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

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.

SUMARIO

- Editorial 3
- Normas de publicacióny envío de trabajos a ENFURO 6
- Toda una vida dedicada a la AEEU 7
- Estudio de la satisfación de los pacientes con autocaterismo 10
- Ensayo clínico sobre el uso del biofeedback previo a la prostatectomía radial robótica 11
- Procedimiento ambulatorio para test de evaluación percutánea del nervio (PNE) 13
- El estudio videoneurodinámico modifica la intervención terapeútica frente al estudio urodinámico 15
- Uso del dispositivo de vacío (VED) en un paciente tributario a Implante de Prótesis Peneana (IPP) 17
- Disfunción eréctil en consulta de enfermería andrológica: Experiencia y resultados de la terapia intracavernosa con alprostadil 18
- Acidificación de la orina para el manejo de la piel periestomal 20
- Efectividad de la estimulación del nervio tibial posterior en pacientes con vejiga hiperactiva resistentes al tratamiento medico 24
- Protocolo de administración intravesical de mitomicina-c (MMC) – Mediante sistema EMDA (Electromotive drug administration) en pacientes con tumor vesical no músculo invasivo (TVNMI) 26
- Ácido hialurónico en el tratamiento integral de la cistitis intersticial: Revisión narrativa 27
- Resultados en PROMs del tratamiento estumulación nervio tibial posterior 29
- Ensayo clínico para valorar la disminución /prevención de obstruccion de la sonda vesical permanente mediante el uso de L-METIONINA 30
- Entrenamiento temprano del suelo pélvico en la prostatectomía radical: Una revisión bibliográfica 32
- Modelo integral de capacitación para la mejora del cumplimiento del protocolo ERAS en pacientes con cistectomía radical 33
- Implementación de la electroestimulación tibial posterior por la enfermera de práctica avanzada en incontinencia urinaria. Competencia enfermera 34
- Satisfaccion del paciente sometido a una cistectomia radical en un programa de recuperacion intensificada 35
- Litotricia inmediata: Organización de la unidad y resultados 36
- De interés 37
- Premiados 38
- Colaboradores 42
- Ponle cara 44
- Visita nuestra web 45

EDITORIAL

Resumen del XLI Congreso Anual de la Asociación Española de Enfermería Urológica Santiago de Compostela 25, 26 y 27 de mayo de 2023

Los pasados días 25, 26 y 27 de mayo de 2023 se celebró en Santiago de Compostela la 41ª edición del Congreso de la Asociación Española de Enfermería Urológica (AEEU). Nos reunimos en esta ciudad monumental los participantes inscritos, que trabajamos en la atención y el cuidado de los pacientes urológicos, con el lema ENFUtúRO, caminamos juntos hacia la excelencia del cuidado urológico. La enfermería urológica desempeña un papel vital en el cuidado integral de estos pacientes. Nuestra labor abarca desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento de enfermedades relacionadas con el sistema urinario y reproductivo. Somos los encargados de brindar atención personalizada, apoyo emocional y educación a los pacientes y sus familias, siempre con un enfoque centrado en el ser humano y su bienestar. No podemos tampoco pasar por alto la importancia de la colaboración interdisciplinaria en el ámbito de la enfermería urológica. Trabajar de la mano con otros profesionales de la salud, como urólogos, ginecólogos, oncólogos, radiólogos y psicólogos, entre otros, nos permite ofrecer la atención integral y holística que nuestros pacientes precisan. De este modo, **en el entorno milenario de Santiago y del Hotel Monumento San Francisco, compartimos conocimientos, experiencias y avances en nuestra especialidad, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y fortalecer nuestra profesión**.

En la primera jornada, la tarde del jueves 25 de mayo, comenzamos con la inauguración oficial, en la que participaron **la Presidenta del Comité Organizador, Dª María Belén Ares (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela),** que agradeció a la AEEU, participantes, ponentes, patrocinadores y colaboradores el haber hecho posible este congreso; **el Presidente de la AEEU, D. Manuel R. Bernal Pacheco; la Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Pontevedra, Dª María Sol Montenegro; la Directora de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Dª Victoria Carral; y el Conselleiro de Sanidade de la Xunta de Galicia, D Julio García Comesaña, que cerró el acto. Finalizó la ceremonia con una interpretación de música tradicional gallega. Tras la inauguración oficial, D. Manuel Amezcua Martínez, Presidente de la Fundación Index, Doctor y Catedrático en Enfermería,** expuso su conferencia *"Enfermería, desde un pasado de esplendor hasta un presente lleno de desafíos",* con la moderación de Dª. Elena Alcaraz Zomeño, del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid.

Tras ella, en una mesa redonda moderada por D. Mario Pierre Louis Lauture (Hospital Virgen Macarena, Sevilla), se desarrollaron tres ponencias: *"La enfermería urológica en revistas generalistas: una revisión de las publicaciones entre 2002 y 2022"* a cargo de Dª. Paloma Coronel Rosado (Hospital Clínico San Carlos, Madrid); "*Disfunción sexual en el paciente con incontinencia"*, por parte de Dª. Laura Señalada Salinas (Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga); y "*Trasplantes en el ámbito urológico",* por Dª Elena Martín García (Organización Nacional de Trasplantes, Madrid).

A continuación, seguimos con una mesa que llamamos La Factoría del Cuidado Urológico I, moderada por D. Carlos Lorenzo García (Hospital Clínico San Carlos de Madrid), con cuatro ponencias: *"Impacto de una consulta de enfermería especializada en la disfunción eréctil",* por Dª Carmen Acebal Álvarez (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander); *"Urodinámica y disrreflexia",* a cargo de Dª María Caminal Araujo (Instituto Guttman, Badalona); *"Valorar el Impacto Cistométrico en función de la temperatura del salino de perfusión"*, por Dª Montserrat Baixauli Puig (Hospital Clínic, Barcelona); e *"Incontinencia urinaria: Visión Urodinámica",* por Dª. Cristina Fernández Gutiérrez (Hospital Universitario Central de Asturias). De forma paralela y en una sala auxiliar, se desarrollaron dos talleres sobre ecografía, dirigidos por el Dr. Francisco Parra Ayala (Hospital Ribera Povisa, Vigo). Posteriormente se desarrolló una mesa multidisciplinar, con el título de Manejo de la incontinencia urinaria, moderada por Dª. Natalia Vidal Ferro (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela), en la que se presentaron cuatro ponencias: *"¿Empatizas en urodinamia? ¡Ponte en su lugar!",* por Dª. María Belén Ares (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela); "*Primera línea: Rehabilitación suelo pélvico",* por la Dra. María Conde Ábalo (EOXI Santiago y Barbanza); *"Segunda línea: Tratamiento quirúrgico",* a cargo del Dr. Valentín Toucedo Caamaño (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela); y *"Plan de cuidados de enfermería en planta de hospitalización"*, por Dª. Alba Figueira Bouzas (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela). En paralelo, en una sala auxiliar, se desarrolló el bloque de Comunicaciones orales I, todas ellas con alto nivel científico e interés para el desarrollo de la profesión enfermera. Finalizó la jornada, previa a la asamblea de socios del grupo, una ponencia con el título de Patología oncológica en urología, moderada por Dª. Carmen Expósito Álvarez (Hospital de Antequera, Málaga), y a cargo del Dr. Ramón Bonilla Parrilla (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga).

Comenzó la segunda jornada, el viernes 26 de mayo con el bloque de Comunicaciones orales II, de nuevo con un alto interés científico. La primera mesa de la mañana llevaba el título de Consulta de enfermería andrológica. Abordaje del paciente con disfunción eréctil, y fue moderada por D. Javier Olivares Corral (Hospital Clínico San Carlos, Madrid.), con dos ponencias, a cargo de Dª. Esther Torres Cobo, y D. Gabi Adalid Loma (ambos de la Fundació Puigvert, Barcelona). Más tarde, se desarrolló La Factoría del Cuidado Urológico II, moderada por Dª. Paloma Coronel Rosado (Hospital Clínico San Carlos, Madrid), con cuatro ponencias: *"Efectividad del coaching para aumentar la adherencia en el cateterismo vesical intermitente"*, por Dª. Natalia Cámara Llorente (Hospital La Paz, Madrid); *"Creación de la consulta de enfermería especializada en incontinencia fecal orgánica",* por Dª Eva García Peña (Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia); *"Evaluación de la efectividad del uso de una aplicación móvil como complemento a la uroterapia en el paciente pediátrico",* a cargo de Dª Adriana Farré Jiménez (Hospital Universitario Vall D´Hebron, Barcelona); y *"Utilidad actual del perfil de presión uretral"*, por Dª. Isabel E. Jiménez Mayorga (Hospital Regional Universitario, Málaga). Ya por la tarde, se desarrolló el que llamamos **Café tertuliano: con una mirada al pasado dibujamos el presente, moderado** por Dª. Carmen Expósito (Hospital de Antequera, Málaga) y Dª Pilar López Guillén (Hospital Vall D´ Hebron, Barcelona), en la que D. Julián García Lumbreras y Dª. Dorinda Castiñeiras Pérez nos describieron como ha evolucionado la enfermería urológica en estos últimos 40 años.

Se continuó a media tarde con la mesa Mapeamos nuestra competencia, bajo la moderación de D. Isaac Florido Pérez (Hospital Infanta Elena, Huelva), y con cuatro ponencias: *"Realidad y futuro del paciente urológico en atención primaria",* por D. Guillermo Vera Vicioso (UDMAFyC DS Málaga-Guadalhorce, Málaga); *"Disfunciones intestinales en el paciente urológico"*, por Dª. Eva María García Peña (Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia); *"Cuidados urológicos del paciente pediátrico",* por Dª. Palmira Navarro Pastor (Hospital Universitario La Paz, Madrid); y *"Evolución del rol de la enfermera en el ámbito quirúrgico",* a cargo de Dª. Conchi Madruga Ramos (Hospital Ramón y Cajal, Madrid). Y ya previamente a la cena oficial del Congreso, una última ponencia con el título de Abrimos fronteras. Nuevas alianzas Modelo peruano de enfermería urológica especializada, a cargo de Dª. Lourdes Hinojosa Sánchez (Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Essalud, Lima, Perú).

Comité organizador del C

Además de las mesas y ponencias que hemos ido comentando, se desarrollaron durante este segundo día un taller sobre innovación en el campo de las urostomías, a cargo de D. Eduardo García Blázquez y de Dª Cruz Gago Ferreiro (Complejo Hospitalario Universitario EOXI Pontevedra y Salnés). Asimismo se llevaron a cabo en la sala auxiliar dos talleres sobre suelo pélvico, por Dª. Mª Eugenia Rivera Martínez (Hospital Clínico San Carlos, Madrid). Esta segunda jornada ocupó también interesantes simposios patrocinados por la industria que, **WELLSPECT, COLOPLAST, NESA WORLD y HOLLISTER,** en los que se presentaros distintas herramientas para mejorar la atención de nuestros pacientes.

La tercera jornada, ya la última del Congreso, comenzó el sábado 27 de mayo con la mesa titulada La enfermera ante la diversidad urológica y el trabajo en equipo, y moderada por Dª. María José Carballeira Barro (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela), con 3 ponencias: *"Tratamiento de la litiasis renoureteral: un enfoque holístico"*, por el Dr. Daniel Pérez Fentes; *"Papel de la enfermera en la enfermedad de Peyroné"*, por el Dr. Javier Tato Rodriguez; e *"Importancia y necesidad del hospital de día en endoscopias*

Congreso XLI AEEU

urológicas", a cargo del Dr. Juan Carlos Francisco Gallego (todos ellos del Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela). Continuó la mañana con una ponencia con el título de Aspectos ético-legales de la enfermera del siglo XXI. Decisiones compartidas, moderada por Dª. Laura Señalada Salinas (Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga), e impartida por D. José María Antequera Vinagre (Instituto de Salud Carlos III-Escuela Nacional de Sanidad, Madrid). Fue seguida esta ponencia por un taller de manejo de nefrostomías, a cargo de personal de enfermería del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La siguiente ponencia, interesante y novedosa, fue moderada por Dª Raquel García Allo (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela) e impartida por el oncólogo médico, *"alma mater"* del Plan gallego de Cuidados Paliativos y reconocido experto nacional, el Dr. Francisco Javier Barón Duarte (Hospital Universitario A Coruña) con el título de Bioética del cuidado y eutanasia. Y la última ponencia del Congreso, Abordaje de la patología uro-ginecológica, fue moderada por Dª Raquel García Allo (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela), e impartida por la Dra. Pilar Gasca Escorial (Hospital Clínico San Carlos, Madrid).

Posteriormente se dio paso a la entrega de los premios a la mejor comunicación oral y póster, así como al **ganador del I concurso fotográfico de la AEEU** y a **continuación a la conferencia de clausura y cierre del Congreso,** con el título Enfermería Urológica. 40 años compartiendo experiencia, moderada por D. Manuel R. Bernal Pacheco (Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga), e impartida por D. Francisco Estudillo (Hospital Clínico Universitario Puerta Real, Cádiz).

Por último, desde aquí **queremos agradecer el esfuerzo de todos los que han participado con su trabajo, a moderadores, ponentes, investigadores, asistentes, personal auxiliar, así como también instituciones y empresas que han hecho posible este encuentro en Santiago.** En este Congreso nos enfrentamos a desafíos y oportunidades que nos invitan a reflexionar sobre el estado actual de la enfermería urológica y a explorar nuevas fronteras. La investigación y la innovación son fundamentales para seguir avanzando en nuestra práctica, y este tipo de eventos nos brinda la plataforma perfecta para compartir los últimos hallazgos científicos (nuevas tecnologías, técnicas quirúrgicas y terapias farmacológicas), discutir mejores prácticas y establecer colaboraciones que impulsen el desarrollo de nuestra especialidad. Es nuestro deber mantenernos actualizados y adaptarnos a estos cambios para brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes. La educación continua y el intercambio de conocimientos son esenciales para asegurar que nuestra práctica esté basada en la evidencia y sea de la más alta calidad.

Aprovechemos por tanto congresos venideros como una oportunidad para fortalecer nuestra comunidad de enfermería urológica. Aquí, no sólo nos reunimos para aprender, sino también para conectarnos, inspirarnos y motivarnos mutuamente. A través de las presentaciones, los debates y las interacciones informales, podremos construir redes sólidas, compartir nuestras experiencias y aprender unos de otros. **En conclusión, les deseamos a todos un siguiente congreso (Bilbao, 2025)** lleno de conocimientos enriquecedores, discusiones estimulantes y conexiones fructíferas. Que este próximo encuentro sea la continuación de una colaboración duradera, y que el impulso ya iniciado para implementar cambios positivos en nuestra práctica continúe, así como la inspiración para seguir creciendo tanto a nivel profesional como personal, siempre en beneficio de nuestros pacientes.

María Belén Ares
Presidenta del comité organizador

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

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

También puede consultarse la versión de 2010, con ejemplos de referencia, publicada en: http://enfuro.es/Documentos/Ejemplos_de_referencia.pdf.

1. Declaración de intenciones

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

2. Sistema de revisión por expertos (peer-review o revisión por pares)

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

3. Envío de artículos

La presentación de los manuscritos se hará en un solo archivo, el tamaño de las páginas será DIN A4, con letra Arial de tamaño 11, a doble espacio y 2,5 cm en cada uno de sus márgenes. Irán numeradas correlativamente en el ángulo inferior derecho. Cada parte del manuscrito empezará con una nueva página. El manuscrito deberá enviarse por mail en formato de texto Microsoft Word. Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se presentarán al final del manuscrito, una en cada hoja, con el título en la parte superior y con números arábigos según orden de aparición en el texto. Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para cada ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto. Si al presentarlo de esta forma resultase un archivo de mucho peso, también podrían adjuntarse como archivos independientes, pero deberán estar perfectamente identificadas y localizadas en el texto.

Al enviarlos, los autores deben cerciorarse de que han incluido la última versión del artículo y especificar claramente el nombre del archivo que contiene el artículo y que se adjuntará al mail.
El material se enviará a la dirección mail revista@enfuro.org

3.1. Encabezamiento: Título y autores

a) El título del artículo debe ser conciso, pero informativo, preferiblemente de menos de quince palabras. No se aconseja el uso de siglas que no sean de conocimiento común.

b) El nombre de cada uno de los autores, acompañado de su grado académico más alto y su afiliación institucional. Máximo de seis autores.

c) El nombre del departamento o departamentos e institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.

d) El nombre y la dirección mail del autor responsable de la correspondencia. Cada autor deberá haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo. El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores deben citarse en la sección de agradecimientos.

3.2. Resumen y palabras clave

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

3.3. Estructuración de los artículos

Título y autores, Resumen y palabras claves en español, Resumen y palabras claves en inglés, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión, Agradecimientos y Bibliografía.
La extensión máxima del trabajo será de diez folios.

3.4. Metodología cualitativa

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

4. Abreviaturas y símbolos

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

5. Referencias bibliográficas

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

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

TODA UNA VIDA DEDICADA A LA AEEU

Francisco Estudillo

"Un viaje de mil millas comienza con un solo paso"
Lao Tzu

Dos años después de que nuestra profesión se convirtiera en carrera universitaria, apareció nuestro ilustre compañero **Francisco Estudillo González** en la esfera de la **enfermería urológica,** allá por los primeros años de la década de los 80. Tan solo unos pocos años antes se había fundado la **Asociación Española de A.T.S. en Urológica, en abril de 1977**, en el Hospital Ramón y Cajal, desde entonces, parece que el destino ha marcado sus vidas.

Pocos años después celebrando **en Cádiz el XII Congreso de la Asociación,** nuestro querido compañero es invitado a dar su primera ponencia *"La enfermería ante la exploración ecográfica de los riñones"* que, posteriormente, se convirtió en su primer artículo para la revista, hablamos del número 33 y corre el año 1989, desde entonces hemos tenido el privilegio de contar con su presencia en todos los congresos celebrados hasta la fecha, salvo en puntuales excepciones.

Tras esta primera experiencia hemos tenido la suerte de poder leer sus artículos en diversas revistas, así como escuchar sus diversas comunicaciones y ponencias. Fue en San Sebastián, en el marco del XIX Congreso de la Asociación, dónde se postula para formar parte del **Comité Organizador del siguiente congreso que se celebraría en el Puerto de Santa María (Cádiz) en 1996, siendo el presidente de dicho comité.**

Ya en 1998, en el XXI Congreso celebrado en la ciudad de Toledo, toma la decisión de presentarse a la dirección de la asociación, pero un defecto de forma demora lo inevitable, y es dos años después en Sevilla, cuando pasa a formar parte de la dirección de **la sociedad como vocal y miembro del Consejo de Redacción de la revista.**

Desde la dirección de la organización impulsa cambios significativos en cuanto a la actualización de la asociación y quizás el mas transcendental sea la evolución de la revista, que desde entonces pasa a llamarse **Enfuro**, nombre que conserva en la actualidad. Esta actualización conlleva la modernización de las normas de publicación,

de formato, tanto interior como exterior, que se mantienen en la actualidad.

También debemos a **Francisco Estudillo la evolución de la asociación,** fue el impulsor de la creación de la página web que fue presentada en Valencia en el año 2001, que posteriormente se fue modernizando, y la entrega de un revolucionario *"CD"* con los resúmenes de las comunicaciones del congreso.

Puso en marcha, desde la dirección, la propuesta de cambio de logo actualizándolo a los tiempos, en este sentido se realizó un concurso de ideas en 2002 y el presentado por Francisco resultó ser el ganador y el que ha representado a la asociación en estos últimos 20 años.

No contento con todos los cambios realizados, la evolución lograda y el dinamismo que ejerce sobre la asociación, en **enero de 2003 asume el cargo de redactor jefe de la revista Enfuro, cargo que ha desempeñado magistralmente hasta septiembre de 2022.** Veinte años sacando la revista adelante, 43 números publicados bajo su batuta, inicialmente en papel y posteriormente, con el paso del tiempo, pasando al formato digital, enviando copia al correo electrónico de los socios y manteniendo una copia en la página web. Consiguiendo que la revista Enfuro sea la única en el ámbito de la enfermería urológica española y estando indexada en diversas plataformas como **Dialnet IBECS, Latindex, CCUC o la fundación Index.**

En octubre de 2006 accede a la Vicepresidencia de la Asociación, cargo que ostenta hasta 2017, momento en el que abandona la dirección, manteniendo siempre su colaboración, disposición y entrega a la misma. Durante su permanencia en la Junta Directiva ha buscado siempre el reconocimiento de las competencias enfermeras instando a distintas organizaciones, trabajo que se ve recompensado en diciembre de 2017 con la aprobación por parte del Consejo General de Enfermería del documento *"Competencias Enfermeras en cuidados de las incontinencias y disfunciones del suelo pélvico"* recogido en la resolución número 22 de 2017 y publicado en el BOE el 20 de enero de 2018. Y posteriormente el documento "Competencias enfermeras en el ámbito de la consulta de urología" recogido en la resolución número 15 de 2018 y **publicado en el BOE del 26 de diciembre del 2018.**

Francisco Es

studillo

En 2015 defiende su tesis doctoral *"Factores que influyen el desarrollo del cáncer vesical en la bahía de Cádiz. Estudio de casos controles"* obteniendo la calificación **CUM LAUDE.**

Sin duda se trata de una vida dedicada a la investigación, a la urología, a la enfermería y sobre todo a la **Asociación Española de Enfermería Urológica**, la cual tiene el orgullo de crear la *"Beca Francisco Estudillo"* con carácter permanente, para premiar al mejor trabajo de investigación *"como resumen de mi vida en la urología, os digo de corazón que estos logros os los muestro sin la más mínima vanidad, ya que son solo el fruto de muchos años de dedicación a la asociación, a la revista, a la investigación y a la enfermería urológica en general y me gustaría sirvieran de estímulo a todos aquellos compañeros con un futuro por delante, para que veáis que con voluntad y un mínimo esfuerzo podéis conseguir las metas que os propongáis os lo aseguro. Si yo he podido cualquiera de vosotros puede hacerlo."*

Junta directiva AEEU

Lorenzo García, C; González González, B; Reina Ramírez, M; Conejo Fonseca, L; Coronel Rosado
Tipo de comunicación: Póster
Centro: Unidad de urología Hospital Clínico San Carlos De Madrid carlos.lorenzo@salud.madrid.org

Estudio de la satisfación de los pacientes con autocaterismo

RESUMEN

Introducción. **El cateterismo limpio intermitente (CLI)** es el gold estándar en el tratamiento de las patologías que cursan con alteraciones del vaciado vesical, sin embargo, no esta lo suficientemente difundida en ciertos sectores, por considerar que es un tratamiento no satisfactorio para el paciente.

Objetivo. Valorar la utilidad, adaptación y satisfacción del paciente al procedimiento del cateterismo intermitente limpio en una Unidad de Urodinámica.

Metodología. Análisis de 206 pacientes incluidos en un programa de CLI, empleando los diferentes catéteres existentes en el mercado.

Se evaluó la satisfacción mediante una escala analógica visual que recogía las variables: dolor **(0-10),** irritación uretral **(0-10)**, siendo el 10 la máxima expresión de la sintomatología; facilidad para manejo de la sonda **(0-10)** y grado de lubricación de la sonda **(0-10)** siendo el 10 la mejor puntuación.

Se realizó el análisis estadístico mediante el test de U-Mann-Whitney para variables cuantitativas y el test de Chi2 para variables cualitativas. **(significación $\alpha < 0.05$).**

Resultados. La edad media fue de 63 años, 51% varones y 49 % mujeres. **El 45 % neurógenos (Esclerosis Múltiple más frecuente 38%). El 53 % eran no neurógenos (residuos patológicos la causa más frecuente 31%).** El diagnóstico urodinámico correspondió en el 62 % a afectación contráctil y un 20% hiperactividad del detrusor. La duración media del CIL fue 3,51 años.

El 83 % eran autocateterismos frente a un 17 % de cateterismos asistidos.

La frecuencia media diaria fue de 3 ± 1.4. El 77 % persistían con micción voluntaria entre CIL, en un 16 % desapareció la micción voluntaria y un 30 % refirió incontinencia urinaria entre el CIL. En el 30 % el CIL estaba asociado a farmacoterapia.

La satisfacción global media fue de 8.5 **(0-10)** y desglosada se encontró: dolor 1.27, irritación uretral 1.92, facilidad 8.29 y lubricación 8.81.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción y sexo, tipo de catéter empleado, etiología o tiempo de evolución del CIL. **($p>0.05$)**

Discusión. La introducción del CIL demostró una distribución similar en sexo, en neurógenos y no neurógenos. Se aplicó de forma aislada, o asociado a farmacoterapia. El método más empleado fue el autocateterismo, permitiendo su uso durante periodos prolongados de tiempo. En nuestra serie el CIL presenta en elevado grado de satisfacción.

Como limitaciones se trata de un estudio retrospectivo y con escalas no validadas.

Conclusión. Este estudio refleja la utilidad, adaptación y satisfacción del paciente con el tratamiento de cateterismo limpio intermitente, sin hallar diferencias entre los diversos catéteres empleados, el sexo, y la etiología.

Guzmán Bellodas, AL; Coronel Rosado, P; Lorenzo García, C. anlugube@gmail.com
Tipo de comunicación: Comunicación oral
Centro: Hospital Clínico San Carlos De Madrid

Ensayo clínico sobre el uso del biofeedback previo a la prostatectomía radial robótica

RESUMEN

Palabras Clave. Prostatectomía, incontinencia urinaria, disfunción eréctil, biofeedback.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de próstata es el principal cáncer que afecta al sexo masculino y la segunda causa de muerte tras el cáncer de pulmón. La prostatectomía radical es el tratamiento de elección para esta patología. Se extirpa tanto la próstata completa como vesículas seminales y, en ciertas ocasiones, la cadena linfática. Sus principales complicaciones son la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil, afectando a la calidad de vida de los pacientes que se someten a dicha cirugía. Estudios demuestran que la utilización de ejercicios que trabajan la musculatura de suelo pélvico, ayudan a prevenir la incontinencia urinaria y mejorar la disfunción eréctil, pero **no hay estudios claros que determinen qué papel juega el biofeedback previo a la cirugía.**

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo clínico aleatorizado con grupo control y grupo estudio de 68 varones con edad media de 62 años, sometidos a cirugía robótica de próstata. El grupo de estudio se sometió a dos sesiones de biofeedback previo a la cirugía para identificar la musculatura a trabajar; Tras lo cual, ambos grupos siguieron el mismo proceso asistencial. Los datos se recogieron a través de cuestionarios validados **hetero-administrados.**

Ana Lucía Guzman

RESULTADOS

Tras cuatro meses los resultados obtenidos indican una mejoría del grupo estudio, con menores tasas de incontinencia urinaria y disfunción eréctil y mejoría de la calidad de vida, aunque no son estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Tras el estudio se puede concluir que la intervención de prostatectomía robótica asistida por robot conlleva una disminución de la calidad de vida relacionada con un aumento de la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil.

DISCUSIÓN

Aunque no hay una relación estadísticamente significativa entre el grupo estudio y el grupo control, si se puede establecer una mejoría de la incontinencia urinaria y disfunción eréctil en el grupo estudio.

ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Inscríbete

Si quieres formar parte de la Asociación Española de Enfermería en Urología, con derecho a recibir la revista ENFURO y aprovechar las múltiples ventajas de ser miembro, PINCHA AQUÍ y rellena el formulario de inscripción que hay en nuestra web.

Alcaraz Zomeño, E; Domínguez Verde, E; Madruga Ramos, C; García Malo, M.
Tipo de comunicación: Póster
Centro: Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Procedimiento ambulatorio para test de evaluación percutánea del nervio (PNE)

RESUMEN

Introducción. La evaluación percutánea del nervio (PNE), es una prueba de diagnóstico que se lleva a cabo antes de la implantación para discernir la elegibilidad de la terapia del paciente.

Está aprobada por la FDA para pacientes con vejiga hiperactiva refractaria (OAB), incontinencia de urgencia, síndrome de frecuencia-urgencia y retención urinaria no obstructiva. La elegibilidad de los pacientes para la implantación del electrodo permanente y el generador, estará determinada por su respuesta al estimulador externo durante el periodo de prueba **(7 días según ficha técnica, hasta 2-3 semanas).**

El electrodo monopolar es un cable enrollado, aislado y multifilamento con un pin conector de acero inoxidable en el extremo proximal y un único polo en el extremo distal, que se colocará bajo anestesia local de forma ambulatoria con ayuda de fluoroscopia.

Esto ayuda a reducir lista de espera, gastos y permite la realización del test a un número más elevado de pacientes. Se realiza un seguimiento del paciente semanalmente, intentando no levantar el apósito ya que el electrodo es tan delicado que podríamos moverlo obteniendo una mala respuesta del paciente. Comenzaremos la prueba con los parámetros estándar **(AP= 210 microsegundos y FC = 14 Herzios).**

Si en la primera visita el paciente no ha tenido ningún cambio procederemos a modificar la frecuencia **(variaremos sólo un parámetro para saber respuesta).**

Tanto si hay respuesta como si no la hay, a las 2 semanas máximo procederemos a la retirada del electrodo, apagando la estimulación desde su mando **(Smart Programer),** retirando los opsite y tirando del electrodo hasta que salga completamente.

En el caso de que la prueba sea positiva procederemos posteriormente a la colocación del sistema completo, generador recargable **(InterStim Micro),** generador no recargable de corta duración **(InterStim II)** o generador no recargable de larga duración **(InterStim X).**

Material.

- **Equipo multidisciplinar**
- **Kit de evaluación básica (PNE)**
- **Guantes estériles**
- **Anestesia local**
- **Arco en C de Rx.**

RESUMEN

Método. Se coloca la paciente en decúbito prono con los pies elevados para poder ver bien la respuesta motora que estamos buscando al estimular el S3 **(contracción anal y flexión del dedo gordo del lado que estamos estimulando).**

Abriremos el kit en el que viene el campo quirúrgico y utilizaremos el estimulador externo **(Verify, referencia 353101)** para la localización de S3 y estimulación durante el test.

Se localiza con ayuda de escopia el foramen de S3, se introduce la aguja y testamos.

Si la respuesta es buena y a voltaje bajo **(menor de 1v normalmente),** dejaremos fijado el electrodo con los opsite que vienen en el kit.

Se realizará el seguimiento del paciente semanalmente. La prueba no debe durar más de 2 semanas aunque en algunos casos se ha alargado hasta 3, siempre comprobando que el paciente no ha perdido la zona de estimulación, lo que nos confirma que el electrodo no se ha movido.

Si en la primera visita **(1 semana),** el paciente no ha tenido ningún cambio procederemos a modificar la frecuencia. Siempre que variemos algo se recomienda que sólo sea un parámetro para que así sepamos que es lo que ha funcionado.

Si al cabo de 2-3 semanas el paciente no ha mejorado ni lo más mínimo de su patología se dará por negativa la prueba. Si por lo contrario nota mejoría de su sintomatología se dará por positiva.

En ambos casos procederemos a la retirada del electrodo, apagando la estimulación desde su mando **(Smart Programer),** retirando los opsite y tirando del electrodo hasta que salga completamente.

Discusión. Este test al realizarse de manera ambulatoria permite asistir a un mayor número de pacientes.

Además al realizarse de forma ambulatoria no les afecta en su vida laboral ni personal, ya que el procedimiento es como si el paciente acudiese a cualquier otra prueba diagnóstica.

Conclusión. La realización del procedimiento ambulante implica desde el punto de vista del hospital un menor coste al no precisar ni ingreso ni quirófano, reduce la lista de espera quirúrgica y además nos permite poder realizar el test a un mayor número de pacientes.

Desde el punto de vista del paciente se establece un vínculo de confianza con el personal que le ha realizado las pruebas diagnósticas previamente lo que facilita la realización de un procedimiento invasivo con anestesia local.

Desde el punto de vista de enfermería nos permite unificar criterios a la hora de realizar el procedimiento.

Palabras clave. Neuromodulación eléctrica percutánea, tamizaje masivo, procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos.

Lorenzo García, C; Ibañez Vazquez, L; Infante Hernández, S; Martín Monterrubio, J; Galindo Herrero, I; Santos Arrontes, D.
carlos.lorenzo@salud.madrid.org
Tipo de comunicación: Comunicación oral
Centro: Departamento de urología Hospital Clínico San Carlos Madrid

El estudio videoneurodinámico modifica la intervención terapeútica frente al estudio urodinámico

RESUMEN

Palabras Clave. Estudio videourodinámico, reflujo vesicoureteral, modificación del tratamiento

INTRODUCCIÓN

La urodinamia es el estudio que permite valorar el funcionamiento del tracto urinario inferior a través de la medición de la presión y el flujo durante el llenado y vaciado vesical. **La combinación del estudio urodinámico (EUD)** con el empleo de contraste en el llenado de la vejiga y estudio radiológico, nos permite obtener estudios de **videourodinámica (EVUD).**

OBJETIVO

Valorar si la realización de EVUD provoca cambios en la actitud terapéutica con respecto a los EUD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de los EVUD realizados en la unidad. Se recogieron las variables de sexo, edad, existencia y tipo de enfermedad neurológica previa, así como los diagnósticos urodinámicos previos y los diagnósticos videourodinámicos de llenado y vaciado. Posteriormente se analizó si la realización de EVUD modificó el tratamiento.

Carlos Lorenzo García

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de un total de 30 pacientes. De ellos, **fueron 13 mujeres (43%) y 17 varones (57%). A todos ellos, a excepción de dos, se les realizó un EUD. El 66% (N=20) presentó enfermedad neurológica, siendo la esclerosis múltiple la más común.**

La realización de EVUD no modificó el tratamiento en el 43% de los pacientes **(N=13).** El EVUD no aportó nueva información sobre la patología del paciente, aunque se descartó patología de mayor gravedad como el reflujo vesicoureteral **(RVU).**

En el 57% (N=17), el EVUD produjo una modificación en el tratamiento. Se realizó un tratamiento quirúrgico en uno de los pacientes. **En el 16% (N=5)** se administró tratamiento endovesical con toxina botulínica y/o Deflux®. **En el 36% (N=11)** se inició tratamiento farmacológico.

DISCUSIÓN

Sería necesaria el EVUD como primera prueba diagnóstica.

CONCLUSIÓN

El EVUD modificó la actitud terapéutica en más de la mitad de los pacientes de tal forma que la realización del mismo permite modificar o adoptar de forma precoz tratamientos agresivos para evitar la pérdida de la función renal.

Adalid, G,1; Franquet, E1; Plans, M,1; Garcia-Sorroche, M,2.
Tipo de comunicación: Poster
Centro: 1Fundació Puigvert, Barcelona. 2 Consorci Sanitari Integral, Barcelona.

Uso del dispositivo de vacío (VED) en un paciente tributario a Implante de Prótesis Peneana (IPP)

RESUMEN

Introducción. **La disfunción eréctil (DE)** definida como la incapacidad permanente o recurrente para conseguir y/o mantener una erección suficiente que permita disfrutar de una actividad sexual satisfactoria.

En España, aproximadamente un **20% de los hombres entre 25 y 75 años** tienen problemas de erección, alcanzado el 50% en mayores de 60 años.

Los tratamientos farmacológicos conservadores de 1ª y 2ª línea no siempre son efectivos, por lo que puede ser necesario proponer el implante de prótesis de pene como tratamiento definitivo.

El uso regular de la terapia VED previo al IPP puede mantener e incluso aumentar el tamaño del pene, así como distensibilidad del tejido, facilitando el proceso quirúrgico y la recuperación.

Material /Método. Paciente de 50 años, diagnosticado de DE secundaria a Prostatectomía Radical de 36 meses de evolución, refractaria a tratamientos farmacológicos conservadores.

Con el fin de mantener el tamaño y distensibilidad del tejido peneano se propone el uso diario del dispositivo VED hasta la cirugía, realizando 2 ejercicios de distensión diarios indicados en consulta de enfermería.

Resultados. Tras 120 días la distensibilidad y el tamaño del pene se ven aumentados en 0.5 y 1 cm respectivamente, permitiendo implantar una prótesis de mayor tamaño.

Discusión. El uso del VED como dispositivo desarrollador/mantenedor del tejido peneano previo al IPP involucró al paciente en el proceso y le ayudó a mantener unas expectativas reales[4]. El cirujano lo cataloga como elemento facilitador para la cirugía.

Conclusión. El uso del dispositivo VED supervisado por enfermería previo al IPP evita la involución del tejido, pudiendo aumentar la distensibilidad y el tamaño del pene. Además, facilita el proceso quirúrgico minimizando las complicacion.

Palabras Clave. Dispositivo de vacío, Disfunción eréctil, Prótesis pene.

Monreal Guijarro, JM, 1,2; Martínez Casares, N, 3,2; Garciandía Esquisabel, A,1,4; Trigos Romero, S, 1,2.
Tipo de comunicación: Comunicación oral
Centros: 1. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD), Madrid. 2. Universidad Autónoma de Madrid.
3. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. 4. Universidad del País Vasco.

Disfunción eréctil en consulta de enfermería andrológica: Experiencia y resultados de la terapia intracavernosa con alprostadil

RESUMEN

Palabras Clave. Enfermería de consulta, andrología, disfunción eréctil.

INTRODUCCIÓN

La consulta de enfermería andrológica tiene como objetivo principal el cuidado de las patologías y disfunciones del aparato reproductor masculino, así como en la prevención y promoción de hábitos saludables. En la línea de la llamada *"Enfermería de Práctica Avanzada"* cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención de salud, optimizando los recursos disponibles y promoviendo la colaboración interprofesional.

En este trabajo pretendemos describir el proceso de atención, los servicios que ofrecemos en la consulta de enfermería especializada de la unidad de diagnóstico y tratamiento urológico del **HUFJD**, y el resultado del tratamiento realizado con alprostadil intracavernoso.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo de los pacientes tratados con Alprostadil por disfunción eréctil en nuestro hospital entre febrero de 2022 y febrero de 2023.

José Maria Monreal

RESULTADOS

En un total de 294 consultas, con una tasa baja de complicaciones graves **(priapismo)** y una media de aproximadamente 3 visitas para instruir y ajustar la dosis optima, 62 pacientes fueron tratados satisfactoriamente de su DE, 11 no presentaron respuesta terapéutica efectiva y 6 abandonaron el tratamiento antes de completar el protocolo establecido.

DISCUSIÓN

La consulta enfermería andrológica ha sido resolutiva en un **78,48% de los pacientes.** Sin embargo el 7,59% ha abandonado la consulta. Identificar las causas subyacentes del abandono del tratamiento es un aspecto importante para poder desarrollar intervenciones y estrategias que fomenten la adherencia de los pacientes y mejoren la calidad de la atención ofrecida.

CONCLUSIÓN

Tener una unidad de enfermería especializada en el tratamiento de patologías como la disfunción eréctil permite a los profesionales de la salud abordar los problemas específicos de cada paciente y proporcionar soluciones personales y efectivas.

San Juan Pérez, I; García Díaz, D; García Iglesias, E; Beloso Balagones, A.
Milagros Sousa Rodríguez,María Cruz Gago Ferreiro
Tipo de comunicación: Póster
Centro: Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Acidificación de la orina para el manejo de la piel periestomal

RESUMEN

Introducción. Presentamos el caso de un **varón de 72 años diagnosticado de cáncer vesical músculo-invasivo en 2016** intervenido de cistectomía radical laparoscópica con derivación Bricker. En el seguimiento del paciente, su estomaterapeuta observa estenosis del estoma y granulomas en la piel periestomal.

Este es un problema frecuente en pacientes urostomizados que suele aparecer a los 3 meses tras cirugía. Actualmente los tratamientos utilizados son fomentos de ácido acético al 50% o cauterización con nitrato de plata, ambos sin evidencia científica.

Nos planteamos eliminar los granulomas y evitar futuras lesiones en la piel periestomal administrando un complemento alimenticio **a base de L-metioninina para controlar el pH urinario.**

Material / Método. Paciente que acude a consulta de nuestra estomaterapeuta al presentar estenosis del estoma debido al acúmulo de cristales úricos, así como la aparición de granulomas en la piel periestomal.

Tras varios sedimentos de orina, se observa repetidamente un pH alcalino y orina fétida. Se inicia el tratamiento con L-metionina con el objetivo de disminuir el pH, mejorando así los parámetros urinarios y la integridad de la piel periestomal.

Resultados. 3 meses después del inicio del tratamiento se observa una disminución del pH urinario, una disminución del número de infecciones y una mejoría del olor de la orina y de los granulomas periestomales. Tras 2 años, el paciente mantiene íntegra la piel periestomal.

Discusión. Sobre el 50% de las personas ostomizadas presentan complicaciones en la piel periestomal, en este caso, nos centramos en los granulomas que supondrán picor, dolor y limitaciones en el autocuidado.

Observando la evolución de nuestro caso, consideramos que la administración de L-metionina es un factor beneficioso para la calidad de vida del paciente urostomizado.

Conclusión. El uso de L-metionina en pacientes con orina alcalina puede suponer una mejoría en la calidad de vida del paciente urostomizado.

Palabras clave. Urostomía, granulomas, pH urinario

CONVENIO INDEX-A.ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

CIBERINDEX

¿CONOCES TODOS LOS RECURSOS QUE TE OFRECEMOS?

1. CIBERINDEX ABIERTO

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

2. ALERTAS CANTÁRIDA

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

3. PROGRAMA CONECTA

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

4.E-INNOVA

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

5. INVESTIGACIÓN COOPERATIVA

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

¡Síguenos en RRSS!

Más información:http://fundacionindex.com/

sanFrancisco

XLI
CONGRES

sanFrancisco
HOTEL MONUMENTO
XLI
25-26-27 de Mayo
2023
CONGRESO AEEU
ENFUtúRO, caminamos juntos hacia
la excelencia del cuidado urológico

XLI CONGRESO AEEU
Santiago de Compostela
2023
ENFUtúRO, caminamos juntos hacia
la excelencia del cuidado urológico
25-26-27 de Mayo San Francisco Hotel Monumento, Santiago de Compostela

XLI
25-26-27 de Mayo
2023

• Therapeutic modalities for renal stones: the "holistic" approach
• Conclusions
sanFrancisco

25-26-27 de Mayo
San Francisco Hotel Monumento
Santiago de Compostela
2023

25-26-27 de Mayo
2023

sanFrancisco

CONGRESO AEEU
ENFUTURO, caminamos juntos hacia la excelencia del cuidado urológico
7 de Mayo San Francisco Hotel Monumento, Santiago de Compostela

XLI
25-26-27 de Mayo
San Francisco Hotel Monumento
Santiago de Compostela
2023
CONGRESO AEEU

Francisco
HOTEL MONUMENTO

XLI
25-26-27 de Mayo
San Francisco Hotel Monumento
Santiago de Compostela
2023
CONGRESO AEEU

6-27 de Mayo San Francisco Hotel Monumento, Santiago de Compostela
Coloplast
Wellspect
nesaWORLD
Platex

XLI
25-26-27 de Mayo
2023
CONGRESO AEEU

Folgueral Corral, MªE; Guerra Lacambra, M; Nogueras Ocaña, Mª M; Quevedo Lara , OG; Martínez Sánchez, Mª I; García Ortega, Mª J; Jerez Fernandez, L; Melgarejo Segura, Mª T; Arrabal Martín, M.
Tipo de comunicación: Comunicación oral
Centros: Hospital Universitario San Cecilio de Granada

Efectividad de la estimulación del nervio tibial posterior en pacientes con vejiga hiperactiva resistentes al tratamiento medico

Maria Isabel Martínez

INTRODUCCIÓN

La ICS define la Vejiga Hiperactiva (V.H.) *"como la presencia de urgencia miccional, generalmente acompañada de un aumento de la frecuencia miccional y nocturia, con o sin IUU, en ausencia de infección del tracto urinario inferior y otra patología".*

La prevalencia **se estima en un 11.8% en la población mundial con tasas similares en varones y mujeres,** la sintomatología difiere en ambos sexos siendo más frecuente la IUU en las mujeres que en varones, la prevalencia aumenta con la edad llegando a alcanzar un **40% en mayores de 75 años.**

La vejiga hiperactiva representa una patología con gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes y una elevada carga socio económica para el sistema sanitario y la sociedad. Al ser una condición crónica requiere tratamientos y cuidados a largo plazo y seguimiento terapéutico prolongado, el tratamiento debe de ser individualizado, multidisciplinar y escalonado.

Ante el fracaso del tratamiento conservador y farmacológico se propone tratamiento de estimulación del **nervio Tibial Posterior.**

OBJETIVO

Valorar la efectividad de la ENTP con VH resistente a tratamiento farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio un estudio clínico pre-post, a partir de la serie de casos constituida por 39 pacientes con V.H. resistente a fármacos de segunda línea atendidos en la Unidad de Urodinámica del servicio de Urología del Hospital San Cecilio de Granada a los que se le aplicó el tratamiento con ENTP subdivididos en dos grupos: un grupo con alteraciones urodinámicas (28 pacientes 69,8%) y otro sin ellas (11 pacientes 30.2%) desde el 2016 hasta el 2020.

Se realizó una encuesta a todos los pacientes sobre las siguientes variables: frecuencia miccional diurna (FMD), y nocturna (FMN), episodios de urgencia (EU), Episodios de incontinencia de urgencia (EIU), dolor vesico –uretral, primer deseo miccional, capacidad vesical máxima, presencia de ondas del detrusor con o sin fuga tanto en la fase de llenado como en el vaciado, micción por urgencia y aumento de la sensibilidad vesical, antes y después de aplicarle el primer ciclo de ENTP (12 semanales, 4 quincenales y 2 mensuales).

Posterior mente se ha registrado la mejoría subjetiva percibida por el paciente tras el tratamiento. Para la valoración de la significación estadística se ha empleado los test t de Student y chi cuadrado.

RESULTADOS / DISCUSIÓN

El 79,5% fueron mujeres; el rango de edad oscila entre **43 y 83 años (mediana =68).**El 30,8% de los pacientes presentaba VH clínica, el resto presentaban además alteraciones urodinámicas.

El 66,7% refirieron una mejoría clínica subjetiva tras finalizar el tratamiento **(75% en el grupo con VH clínica y el 63% en el resto).**

Se ha detectado mejoría estadísticamente significativa en parámetros clínicos : **FMD (de 11,5 a9,1;p<0,001) FMN(de 3,8 a2,5;p<0,001) EU(de 6,7 a2,9;p<0,001) EIU (de 4,0a 2;p<0,001).**

En los parámetros urodinamicos se ha observado un incremento estadísticamente significativo **del retraso de la primera sensación de llenado vesical (de 86,7ml a 139,8ml; p<0.001) y un aumento no significativo de la capacidad vesical (de 273 a 276,7; p=0,850).**

Al estratificar los resultados en función de la presencia o no de alteraciones urodinámicas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, salvo para el retaso del primer deseo miccional que aumento más en el grupo con alteraciones urodinámicas.

CONCLUSIÓN

La ENTP en pacientes con VH refractaria al tratamiento farmacológico es una alternativa eficaz, con tasas de éxito aceptables aunque la mejoría no parece asociarse a la presencia o no de alteraciones urodinámicas previas.

Ureña Esnal, I; Echabe Inchausti, A; Gonzalez Seco, E; Izaguirre Ulacia, I; Lecuona Diez, O; Moreno Hernandez, O.
Tipo de comunicación: Comunicación poster
Centro: Hospital Universitario Donostia

Protocolo de administración intravesical de mitomicina-c (MMC) – Mediante sistema EMDA (Electromotive drug administration) en pacientes con tumor vesical no músculo invasivo (TVNMI)

RESUMEN

Introducción. **La utilización de MMC mediante EMDA a pacientes con TVNMI** que van a someterse a una resección transuretral **(RTU),** mejora la distribución de dicho tratamiento y reduce el riesgo de recidivas.

El sistema EMDA se basa en el uso de una corriente eléctrica determinada, que aumenta la permeabilidad de los **tejidos (electroporación)** ayudando a la introducción de iones en los **mismos (iontoforesis)** y movilizando líquido a través de las **membranas (electroósmosis).**

Material / Métodos.

- Creación de un grupo de trabajo
- Revisión bibliográfica
- Selección de las mejores evidencias si las hubiese

Resultados. Creación de un protocolo con la finalidad de unificar criterios en la administración del tratamiento, agilizar y facilitar la manipulación segura y eficaz del mismo; y disminuir la variabilidad tanto en la técnica como en los cuidados de enfermería.

Discusión. Debido a la alta rotación del personal de enfermería y al aumento de la utilización de la **MMC con EMDA,** vemos la necesidad de que el personal que se encarga de la manipulación y administración de dicho tratamiento conozca detalladamente los pasos a seguir en el manejo de este.

Conclusión. Si queremos asegurar que nuestras actuaciones sean lo más eficaces y eficientes posibles, debemos implantar y seguir los protocolos de actuación correctos de forma ordenada y sistemática.

Teniendo esto en cuenta y a pesar de que esta técnica es cada vez más empleada, la escasa bibliografía hallada nos ha motivado a unificar criterios y realizar un protocolo estandarizado.

Palabras clave. Mitomicina, vejiga urinaria, resección transuretral.

Nájera Fernández, M L; Castellanos Martín, A; Castro Boiza, I; Pérez Maestro, C; Pastor Cordero, AM; González Lluva, C.
Tipo de comunicación: Comunicación oral
Centros: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Ácido hialurónico en el tratamiento integral de la cistitis intersticial: Revisión narrativa

RESUMEN

Palabras clave. Cistitis intersticial, ácido hialurónico, vejiga e intravesical.

INTRODUCCIÓN:

La cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa es una afección crónica del tracto urinario caracterizada por presentar dolor pélvico crónico, malestar o presión en la vejiga, frecuencia miccional aumentada, necesidad y urgencia miccional; presentando una duración superior a seis semanas y en ausencia de infección. Presenta una prevalencia aproximada entre el 1-2% de la población en general, aunque hay que señalar que existe un infra diagnóstico al no estar bien definida y variar los criterios diagnósticos utilizados; siendo más común en mujeres, con un rango de edad entre 30-40 años y relacionándose con enfermedades autoinmunes. Es una patología compleja ya que presenta un gran impacto biológico, psicológico, social y económico, **(Bernal-Guerrero & Vinaccia-Alpi, 2022).**

El objetivo fue analizar la evidencia científica disponible sobre el manejo clínico de la cistitis intersticial con ácido hialurónico y la calidad de vida de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada en las bases de datos **PubMed, CUIDEN Plus, CINAHL y Google Scholar, utilizando términos MeSH** ***("Administration, Intravesical"[AND "Hyaluronic Acid")*** **AND** ***("Cystitis" OR "Cystitis, Interstitial")*** hasta marzo de 2023 incluyendo artículos en español e inglés. Los estudios seleccionados se sometieron a una lectura crítica utilizando la herramienta **Critical Appraisal Skills Programme** en español y un instrumento de evaluación de estudios epidemiológicos transversales.

Maria Luisa Najera

RESULTADOS

Se seleccionaron un total de **144 artículos.** Tras realizar la lectura crítica se incluyeron en la revisión un total de 66 artículos, siendo 9 ensayos clínicos, 8 revisiones 1 guía de practica clínica y el resto estudios observacionales. Tras el análisis de dichos estudios, se objetiva que el uso del ácido hialurónico en el tratamiento de la cistitis intersticial disminuye el dolor pélvico crónico, la polaquiuria, la nicturia y la urgencia urinaria de forma significativa, experimentando además una mejora en la protección de la mucosa, cicatrización del epitelio y la capacidad vesical, **(Peng et al., 2020), (Akbay et al., 2019).**

DISCUSIÓN

Las instilaciones intravesicales con ácido hialurónico son eficaces y seguras. El tratamiento precisa un mantenimiento, generalmente mensual. Diversos estudios han demostrado que el uso del ácido hialurónico en el tratamiento de la cistitis intersticial disminuye el dolor pélvico crónico, la polaquiuria, la nicturia y la urgencia urinaria de forma significativa ; experimentando además una mejora en la protección de la mucosa, cicatrización del epitelio y la capacidad vesical. Se destaca también, que en ocasiones el diagnóstico es complejo y tardío repercutiendo en la salud del paciente y provocando un elevado gasto sanitario.

CONCLUSIÓN

La cistitis intersticial es un trastorno multifactorial y biopsicosocial, y que, a pesar de la efectividad del tratamiento médico, se enfatiza la importancia de definir y ampliar el conocimiento de esta patología desde el primer contacto del paciente con el sistema de salud; es decir, en la atención primaria. Aunque la evidencia disponible sobre el efecto de la instilación de ácido hialurónico tanto en la prevención como en el tratamiento de la cistitis secundaria es escasa, estudios ha mostrado un efecto beneficioso.

Azpiroz Recondo, E; Cantero Nouqueret, M; Garcia Lopez., M; Viedma Méndez, J; Rodríguez Perez, I; Velasco Gonzalez, Mª B.
Tipo de comunicación: Comunicación poster
Centros: Hospital Universitario de Navarra

Resultados en PROMs del tratamiento estumulación nervio tibial posterior

RESUMEN

Introducción. **La estimulación del nervio tibial posterior percutánea (P-PTNS)** se emplea como técnica de tratamiento en la incontinencia urinaria de urgencia, micción disfuncional, dolor pélvico crónico, trastornos del vaciamiento urinario y otros.

Objetivo. **Evaluar la eficacia de tratamientos P-PTNS** según medidas de resultados informadas por el paciente **(PROMs).**

Material / Métodos. Revisión de datos de los pacientes tratados en el año **2022 con P-PTNS**, a todos ellos se les paso, tras 6 y 12 semanas de tratamiento, la escala PGI-I de mejoría global. Esta escala de una sola cuestión valora la mejoría con un rango de 1 al 7, siendo 1 muchísimo mejor y 7 muchísimo peor.

Los pacientes con PGI-I menor o igual a 5 al finalizar el ciclo se les ofrece la formación para autotratamiento transcutáneo domiciliario (T-PTNS).

Resultados. Realizamos una valoración en un total de 43 pacientes de los cuales un 88% mujeres y un 12% hombres con una mediana de edad de 53 años y un rango de entre 18 y 81 años.

En base al PGI-I los resultados fueron un **2% resultado 1 (muchísima mejoría), 23% resultado 2 (mucho mejor), 30% resultado 3 (un poco mejor), 37% resultado 5 (ningún cambio), 8% resultado 5 y 6 (un poco peor o mucho peor) y 0% resultado 7 (muchísimo peor).**

El 34,8% de los pacientes fueron formados en **T-PTNS.**

Conclusión. Las medidas de resultados informados por el paciente, **PROMs**, valoran el impacto del tratamiento en sus síntomas y calidad de vida, y nos sirven para evaluar la efectividad de una intervención y tomar decisiones.

Los PROM en el tratamiento P-PTNS ha sido una herramienta efectiva para medir la mejoría de los síntomas y dictaminar que pacientes son candidatos a una formación para autotratamiento domiciliario, implicándole directamente en la mejora de su calidad de vida.

Palabras clave. Electroestimulación nerviosa transcutánea, nervio tibial posterior, proms.

Morcillo Marin, M.
Tipo de comunicación: Comunicación oral
Centros: Instituto guttmann. enfermera urodinamista. universidad autonoma de barcelona

Ensayo clínico para valorar la disminución /prevención de obstruccion de la sonda vesical permanente mediante el uso de L-METIONINA

RESUMEN

Palabras clave. Vejiga urinaria. Catéteres de permanencia. Acidificación.

INTRODUCCIÓN

Un gran número de pacientes manejan la retención o la incontinencia urinaria mediante el uso de la sonda vesical. El sondaje de larga duración implica un alto riesgo de infección, así como la aparición de incrustaciones que en muchos casos comprometen el correcto drenaje de la orina.

El objetivo de este ensayo es evaluar la eficacia del complemento alimenticio en la prevención de la incrustación de las sondas a través de la modulación del pH urinario y el incremento de la concentración de los inhibidores de la cristalización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se extrajeron sondas Foley de 32 pacientes. Cada paciente aportó dos sondas, la inicial sin tratamiento y la recogida al mes del tratamiento aleatorizado.

La parte vesical y la parte de bolsa recolectora se procesaron y analizaron de forma separada.

Se cortaron fragmentos de cada extremo y se estudiaron mediante microscopía óptica y microscopía electrónica de barrido.

Se cuantificaron los depósitos de Ca, P y Mg.

Maria Luisa Najera

RESULTADOS

Hay una disminución significativa de los umoles de **P (p=0,012) y Ca (p=0,05**) entre la primera y la segunda sonda y una tendencia a la mejoría en el caso del Mg.

Hay una asociación significativa entre el complemento alimenticio y mejoría OR :10,4 (1,6 a 66,9) (p=0,016)

DISCUSIÓN

Se han excluido pacientes que tenían valores de P y Mg superiores o iguales a 50 umol en la sonda 1 aludiendo que no se podía esperar una reducción y personalmente me hubiera gustado saber de estos resultados.

CONCLUSIÓN

La obstrucción es un fenómeno prevalente en los pacientes portadores de sonda permanente, el Ca es el más abundante seguido del P y el Mg.

El uso de l-metionina demuestra una mejora significativa, aunque debido al pequeño tamaño muestral, es necesario efectuar ensayos con una muestra mayor.

ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Inscríbete

Si quieres formar parte de la Asociación Española de Enfermería en Urología, con derecho a recibir la revista ENFURO y aprovechar las múltiples ventajas de ser miembro, PINCHA AQUÍ y rellena el formulario de inscripción que hay en nuestra web.

Abreu Pérez, Mª L: Enfermera de Consulta Externa de Urología; Navarro Bermúdez, N M: Supervisora de Hospitalización de Urología; Guanche Chico, N: Enfermera Gestora de Casos de Urología. majumarda@gmail.com
Tipo de comunicación: Comunicación poster
Centros: Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife

Entrenamiento temprano del suelo pélvico en la prostatectomía radical: Una revisión bibliográfica

RESUMEN

Introducción. El cáncer de próstata es uno de los más comunes en los hombres y la prostatectomía radical es la cirugía de elección. La incontinencia urinaria y la disfunción eréctil constituyen las dos complicaciones a las que el paciente se enfrenta tras la intervención.

La función de enfermería es hacer partícipe al paciente, para contribuir en su recuperación. **Tras un examen físico y detección de comorbilidades se procederá a actuar sobre índices de masa corporal elevados, corrección de hábitos higiénico-dietéticos, uso de un diario miccional, evitar ejercicios de impacto sobre el suelo pélvico, micción programada, educación y entrenamiento del suelo pélvico con ejercicios de Kegel.**

El objetivo de nuestro estudio es conocer la evidencia científica existente sobre el entrenamiento temprano del suelo pélvico en pacientes sometidos a esta cirugía.

Material / Métodos. Se realiza una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, c**omo MedLine y el buscador de la Biblioteca Virtual del Servicio Canario de Salud,** utilizando las palabras clave: prostatectomía, diafragma pélvico, incontinencia urinaria, educación en salud. Como criterios de inclusión se tomaron artículos científicos publicados desde 2006 al 2022 en inglés y castellano.

Resultados. Se obtuvo 21 resultados en la búsqueda, de los cuales se destacan los 3 primeros citados en la bibliografía.

Discusión. Este estudio refleja una necesidad mayor de investigación que permita afianzar la efectividad de los ejercicios y el entrenamiento del suelo pélvico, que favorezca un aumento del control en la incontinencia de orina de esfuerzo leve tras la prostatectomía radical. Aunque también refleja, que es un tratamiento no invasivo que favorece la contención de la orina.

Conclusión. La instrucción y entrenamiento del suelo pélvico mejora la activación, coordinación, fuerza y resistencia en la musculatura del piso pélvico, tras la prostatectomía radical.

Palabras clave. Prostatectomía, diafragma pélvico, incontinencia urinaria, educación en salud.

Cañadilla Rodríguez, V.1.
Tipo de comunicación: Comunicación oral
Centros: 1 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Modelo integral de capacitación para la mejora del cumplimiento del protocolo ERAS en pacientes con cistectomía radical.

RESUMEN

Palabras clave. Cistectomía, protocolo, ERAS, hospitalización, adherencia.

INTRODUCCIÓN

La cistectomía radical es la técnica quirúrgica más empleada para el tratamiento de cáncer vesical en estadios avanzados. Es cada vez más frecuente encontrar a equipos quirúrgicos que aplican el protocolo ERAS en sus intervenciones. **El equipo de urólogos del hospital universitario Fundación Jiménez Díaz, ha elaborado un protocolo ERAS de aplicación a pacientes sometidos a cistectomía radical.**

Por observación directa se ha identificado que en la unidad de urología de dicho hospital no siempre se cumple con el protocolo **ERAS** en cistectomía radical. A través de este proyecto se pretende mejorar la adherencia y cumplimiento de este protocolo por parte del personal de hospitalización en la unidad de urología. Para ello se han utilizado las herramientas necesarias para la identificación de los factores predisponentes que llevan al incumplimiento de este protocolo. Por último, se han desarrollado acciones de mejora para lograr la adherencia al protocolo y como consecuencia directa brindar los mejores cuidados al paciente.

Verónica Cañadilla

Guillermo Alonso, M.T; Benavente Pérez. H; García Bermejo Cuesta, R.M; Fernández Salcines, M; Pastor Cordero, A.M; González Lluva, C.
Tipo de comunicación: Comunicación poster
Centros: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Implementación de la electroestimulación tibial posterior por la enfermera de práctica avanzada en incontinencia urinaria. Competencia enfermera.

RESUMEN

Introducción. La electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior (P-PTNS) surge como opción de tratamiento a pacientes diagnosticados de vejiga hiperactiva (VH) refractaria a tratamiento médico.

Está técnica se basa en la estimulación del nervio tibial posterior, encargado de la inervación de órganos pélvicos como el recto, vejiga urinaria y musculatura del suelo pélvico.Se lleva a cabo mediante la inserción percutánea de una aguja monopolar estimulante por encima del maléolo interno cerca del nervio tibial posterior, siendo la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) quien realizará 1 sesión semanal durante 12 meses.

El objetivo será evaluar la eficacia de la P-PTNS.

Material / Métodos. Estudio analítico longitudinal prospectivo de pacientes mayores de edad con VH refractaria al tratamiento farmacológico,con valoración del paciente y posterior administración del tratamiento en la consulta de la EPA.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años,sin respuesta al tratamiento convencional,con VH diagnosticados urodinamicamente,no ser portador de marcapasos o desfibrilador,aceptación del tratamiento,firma de consentimiento informado y completar el tratamiento.

Criterios de exclusión: Embarazo/lactancia, hiperactividad secundaria a obstrucción del tracto urinario inferior,neuropatías centrales o periféricas,coagulopatías o tratamiento anticoagulante mal controlado.

El estudio contará con una participación de 89 pacientes con edades comprendidas entre 42 y 84 años,70 mujeres y 19 hombres,entre marzo de 2022 y abril 2023.

Hay una asociación significativa entre el complemento alimenticio y mejoría OR :10,4 (1,6 a 66,9) (p=0,016).

Discusión. Serán evaluados al finalizar el tratamiento a los 6 y 12 meses mediante historia clínica,diario,miccional, flujometría con medición de residuo,efectos secundarios,cuestionarios de calidad antes y después del tratamiento.

Conclusión. La EPA con sus competencias,se postula como figura clave en la humanización, con enfoque biopsicosocial,fomentando el trabajo dentro del equipo multidisciplinar y la adherencia al tratamiento.

Los efectos han sido demostrados en diferentes estudios en cuanto a la urgencia y frecuencia miccional,calidad de vida, por su eficacia,buena tolerancia, mínima invasividad,escasos efectos adversos y el bajo coste.

Líneas futuras: Evaluación de la efectividad del tratamiento.

Oliva Romero, S; Álvarez Escudero, C; Gallego Español; Mª L; Fuertes Purificación, S; Sánchez Rojas, A.
Tipo de comunicación: Comunicación poster
Centros: Hospital Universitario de Bellvitge

Satisfaccion del paciente sometido a una cistectomia radical en un programa de recuperacion intensificada

RESUMEN

Introducción. **Los programas de recuperación intensificada en cirugía del adulto (ERAS) aplicados a la cistectomía radical con derivación urinaria (CRDU)** reducen estancia, costes, número y gravedad de complicaciones postoperatorias y reingresos. Estos resultados junto con la percepción del paciente permitirán plantear mejoras.

Objetivo. Evaluar la satisfacción de los pacientes sometidos a **CRDU con un programa ERAS en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) el año 2022.**

Material / Métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado a partir de un cuestionario ad-hoc validado, enviado por SMS durante los primeros 15 días postintervención. El análisis con medidas de tendencia central se realizó de estas variables: datos generales del paciente, información facilitada, competencia y coordinación profesional, dolor, inicio precoz de sedestación, deambulación e ingesta y satisfacción.

Resultados. **Se enviaron 56 encuestas, obteniendo 40 respuestas (71'42%). El 85% eran hombres y el 57'5% tenía más de 65 años.** A nivel de cirugía y enfermería, la información preoperatoria y al alta, trato recibido, competencia y coordinación profesional, se consideraron muy buenos o buenos **(>95%)**. La ingesta, sedestación y deambulación se iniciaron en el momento adecuado **(87'5%, 80% y 77'5% respectivamente),** sólo la mitad de los pacientes presentó un **EVA ≤ 3** y el 100% de los pacientes volvería a intervenirse con un programa **ERAS.**

Discusión. La elevada tasa de respuesta a las encuestas por vía **SMS** permite plantear la introducción de acciones que faciliten la recuperación postoperatoria. La bibliografía demuestra que la percepción del paciente sobre los profesionales y la información recibida se asocian a una reducción de la ansiedad y a la mejora del afrontamiento ante la intervención y el autocuidado. Aun así, los resultados muestran reticencia del paciente al inicio precoz de la ingesta y la deambulación.

Conclusión. El aumento del uso del móvil entre los mayores y de la información durante el proceso permiten un acercamiento entre profesional y usuario que favorece la aceptación del programa y la recuperación precoz. Aunque los pacientes están muy satisfechos, debe mejorarse el control postoperatorio del dolor y la aceptación de las actividades precoces.

Palabras clave. Cistectomía, satisfacción del paciente, educación del paciente.

Trigos Romero, S, 1 ; Monreal Guijarro, JM, 2; Garciandía Esquisavel, A, 3.
Tipo de comunicación: Comunicación poster
Centros: 1 Fundación Jiménez Díaz, UAM, 2 Fundación Jiménez Díaz, UAM, 3 Fundación Jiménez Días, Univ. Del País Vasco

Litotricia inmediata: Organización de la unidad y resultados

RESUMEN

Introducción. **El cólico renal (CRU)** es un cuadro clínico caracterizado por dolor repentino e intenso en la zona lumbar, a veces irradiado a regiones inguinal y genital, que puede llegar a suponer el 40 % de las urgencias urológicas, causado mayoritariamente por la presencia de un cálculo o litiasis que obstruye parcial o totalmente la vía urinaria. La litotricia es una técnica no invasiva que utiliza las ondas de choque para romper los cálculos, tanto renales como ureterales, de modo que los fragmentos puedan salir a través de la orina. Nuestra Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (UDT) está organizada para poder realizar, al menos, una sesión de litotricia inmediata para el tratamiento del CRU de lunes a viernes.

Material / Método. Se presenta en el póster la organización horaria y estructural de nuestra agenta de Litotricia. Además se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de las Litotricias Inmediatas llevadas a cabo en los años 2021 y 2022.

Resultados. Se han analizado los resultados en 68 pacientes, de un total de 73 Litotricias Inmediatas dadas (5 pacientes con pérdida de seguimiento), de los cuales, un 74% eran hombres y un 26% mujeres.

Obteniendo una tasa de resolución completa (stonefree) con una sola sesión del 66% de los casos. Un 14.7% precisó una segunda sesión **(de los cuales el 70% se resolvió con esta segunda sesión).** Un 17.6% necesitó otros procedimientos endourológicos para resolver la litiasis.

En cuanto a la localización de la litiasis a tratar, un 53,4% estaban ubicadas en uréter lumbar, un 34.2% en uréter pelviano, y el resto en uréter sacro, pelvis renal o grupos caliciales.

Discusión. Se ofrece el tratamiento con Litotricia Inmediata como alternativa terapéutica para el control del dolor, con similar eficacia que la Litotricia programada, permitiendo una mejoría en la calidad de vida, menor necesidad de analgesia, resolución del CRU de forma más precoz y una incorporación más rápida a su vida habitual.

Conclusión. Ofrecer la posibilidad de Litotricia Inmediata es una opción de tratamiento eficaz para el control del dolor agudo en el cólico, además de presentar una alta tasa de resolución de las litiasis.

Palabras clave. ESWL, LEOC (Litotricia Extracorpórea por Ondas de choque), Litotricia.

De Interés

ASAMBLEA DE SOCIOS

En la Asamblea de socios celebrada el **25 de mayo de 2023 en Santiago de Compostela (en el marco del XLI Congreso AEEU)** se acordó por unanimidad crear la beca ***"Francisco Estudillo"*** que premiará cada 2 años al mejor proyecto de investigación enfermera. Las bases de dicha beca estarán disponibles en la página web de la AEEU.

SEMANA MUNDIAL DE LA INCONTINENCIA

Recientemente se ha celebrado la Semana Mundial de la Incontinencia 2023 (última semana de junio) por parte de la Asociación Incontinencia ASIA (https://www.asiasuport.org/). Nuestra Asociación en colaboración con ASIA, ha organizado la segunda de las sesiones online con el título ***"Para tratar la incontinencia, Unidos, Mejor".***

AEEU

Recordaros que los socios de la **Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU)** somos miembros de European Association of Urology Nurses (EAUN). Sólo tenemos que acceder a su página web, https://nurses.uroweb.org/ y darnos de alta (https://myeau.uroweb.org/login#_=_) **con el mismo correo electrónico para poder acceder y recibir información.**

REVISTA ENFURO

Nuestra **revista ENFURO está incluida en el REHIC,** Catálogo de publicaciones periódicas **de la Fundación** Index: http://www.index-f.com/bibliometria/bresumen.php?id=194 y está indexada en la base de datos CUIDEN con las Claves **EC-E, es decir, es una Revista de Enfermería (E), de carácter científico (C) y es una revista indizada con carácter exhaustivo (-E)** http://www.index-f.com/bibliometria/ayuda.php.

CONGRESO NACIONAL AEEU

En la asamblea de socios celebrada en Santiago de Compostela se acordó la designación de la ciudad de Bilbao como sede del XLII congreso nacional AEEU a celebrar en el mes de mayo de 2025.

ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Dirección: Avda. Primo de Rivera 11, 15006 (A Coruña)
Teléfono: 981 90 07 00
Email: secretariatecnica@enfuro.es

Premiado

Serna Céspedes, A.
Tipo de comunicación: Comunicación oral
Centros: Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Actuación de enfermería en la quimiohipertermia en pacientes con cáncer de vejiga

RESUMEN

Palabras clave. Vejiga urinaria. Catéteres de permanencia. Acidificación.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de quimiohipertermia va adquiriendo mayor importancia dentro de los tratamientos existentes en el cáncer de vejiga.

MATERIAL / MÉTODO

El proyecto se llevará a cabo por los profesionales de enfermería en la unidad de vejiga.

RESULTADOS

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura existente donde el objetivo es elaborar y evaluar un protocolo sobre el método de aplicación de la quimiohipertermia.

DISCUSIÓN

Se han encontrado diferentes alternativas en el tratamiento del cáncer de vejiga.

CONCLUSIÓN

Las últimas revisiones proporcionan datos sobre la importancia del uso de la quimiohipertermia frente a otros tratamientos, pero no se ha encontrado datos sobre la actuación de enfermería en la técnica y administración del tratamiento, pudiendo otorgar una alta calidad y cuidado al paciente.

Alejandra Serna Céspedes

Premiado

Pedrero Gómez, S; Jordán Cantero, Mª A; Merino Cantero, E; Jimenez Jurado, S; Francia Casas, Mª T; Rodríguez Coronil, R.
Tipo de comunicación: Comunicación poster
Centros: Institución: Hospital Universitario Puerta del Mar

Creación de un protocolo de cuidados de enfermería para la técnica HIFU en cáncer de próstata en el hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz

RESUMEN

Introducción. El HIFU (High-Intensity-Focased-Ultrasound) consiste en utilizar ondas de ultrasonido para el tratamiento, en nuestro caso, cáncer de próstata, para erradicar el tumor y disminuir los efectos adversos en relación a la cirugía.

Material / Método. En base a artículos y guías de práctica clínica, recogemos los siguientes cuidados de enfermería.

Resultados. Prequirúrgicos:

- **Acogida y recepción del paciente:** presentación, comprobación de los datos del paciente, colocación de pulsera identificativa y ubicación.
- Valoración Inicial **(Modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson)**
- Información sobre el funcionamiento del hospital y su procedimiento quirúrgico.
- Revisar consentimiento informado y verificar tratamiento farmacológico domiciliario.
- Ocasionalmente, realizar analítica al ingreso o extracción de pruebas cruzadas.
- Enema evacuador la tarde previa y la mañana de la intervención.
- Dieta absoluta 6 horas precirugía.
- Administrar premedicación prescrita 2 horas antes y profilaxis antibiótica.
- Explicar al paciente que tras cirugía será portador de sonda vesical y vía venosa periférica.

Resultados. Postoperatorios:

- Valoración del paciente.
- Recuperación post-sedación (**escala de ALDRETE)**
- Plan de Cuidados Individualizado Postquirúrgico.
- Control de constantes.
- Iniciar tolerancia oral a las 6 horas.
- Sueroterapia.
- Incentivar ingesta de líquidos.
- Control de diuresis.
- Control del dolor **(escala EVA).**
- Reposo **(12 horas).**

El tiempo estimado de hospitalización será de 24h. Tras tramitar el alta a domicilio, seexplicarán las complicaciones tempranas y tardías de la intervención, así como loscuidados al ser portador de catéter urinario **(que será retirado a los 5 días en AtenciónPrimaria).**

Discusión. No hemos encontrado estudios comparativos entre los distintos protocolos de cuidados de enfermería en HIFU.

Conclusión. Hemos desarrollado un protocolo de actuación sobre el paciente sometido al procedimiento HIFU que esperamos que mejore la continuidad de cuidados y aumente lacalidad de la atención al paciente.

Palabras clave. Cáncer de Próstata, Cuidados de enfermería, Tratamiento con HIFU.

Premiado

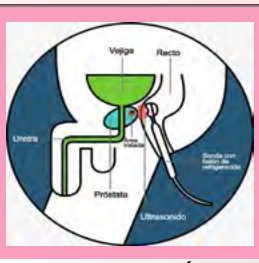
CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA TÉCNICA HIFU EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

S. Pedrero Gómez, M.A. Jordán Quintero, E. Merino Cantero, S. Jiménez Jurado, M.T. Francia Casas, M. R. Rodríguez Coronil
Hospital Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento HIFU (High-Intensity-focused-Ultrasound) es una técnica que consiste en utilizar ondas de ultrasonido para el tratamiento localizado, en nuestro caso, del cáncer de próstata.

El objetivo es tratar la parte tumoral de la próstata y disminuir los efectos adversos como incontinencia urinaria o disfunción eréctil. En la gran mayoría de pacientes requiere anestesia (local o epidural), prácticamente sin producir sangrado ni eventos tromboembólicos postoperatorios asociados.



MATERIAL Y MÉTODOS:

En base a los artículos y guías de práctica clínica revisados y descritos en el apartado de bibliografía, recogemos los siguientes cuidados de enfermería:

CUIDADOS PREQUIRÚRGICOS

Acogida y recepción del paciente: presentación, comprobación de los datos del paciente, colocación de pulsera identificativa y ubicación.

Valoración Inicial (Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson).

Información sobre el funcionamiento del hospital y su procedimiento quirúrgico.

Revisar consentimiento informado y verificar tratamiento farmacológico domiciliario.

Ocasionalmente, realizar analítica al ingreso y extracción de pruebas cruzadas.

Enema evacuador la tarde previa y la mañana de la intervención.

Dieta absoluta 6 horas precirugía.

Administrar medicación prescrita 2 horas antes
de cirugía (en la Unidad) y profilaxis antibiótica endovenosa (en quirófano).

Explicar al paciente que tras la cirugía será portador
de sonda vesical y vía venosa periférica.

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS

Valoración del paciente y control de constantes.

Recuperación post-sedación (escala de ALDRETE).

Plan de Cuidados Individualizado Postquirúrgico.

Iniciar tolerancia oral a las 6 horas.

Sueroterapia.

Incentivar ingesta de líquidos.

Control de diuresis.

Control del dolor (escala EVA)

Reposo (12 horas).

El tiempo estimado de hospitalización será de 24h.

RECOMENDACIONES AL ALTA

Instruir al paciente sobre los cuidados de su catéter urinario. Dicho catéter será retirado a los 5 días de la intervención por su enfermera de Atención Primaria.

Se le informará sobre:
- Complicaciones tempranas:
  - Hematuria.
  - Infecciones de orina.
  - Problemas urinarios.
  - Cansancio.
  - Problemas de erección.
- Complicaciones a largo plazo:
  - Disfunción eréctil.
  - Problemas urinarios.
  - Fistula rectal.

Podrá tomar analgésicos si precisa.

Se recomienda abundante ingesta d
(2-3 litros al día).

Será citado para revisión en la con
Urología.

CONCLUSIÓN

Hemos desarrollado un protocolo de actuación sobre el paciente sometido al procedimiento HIFU que esperamos mejore la continuidad de cuidados y aumente la
calidad de la atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Bakavicius A, Marra G, Macek P, Robertson C, Abreu AL, George AK, Malavaud B, Coloby P, Rischmann P, Moschini M, Rastinehad AR, Sidana A, Stabile A, T
R, de la Rosette J, Ahmed H, Polascik T, Cathelineau X, Sanchez-Salas R. Available evidence on HIFU for focal treatment of prostate cancer: a systematic r
Urol. 2022 Mar-Apr;48(2):263-274. Doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2021.0091. PMID: 34003610; PMCID: PMC8932027.
- Couling, Rowena. (2015). HIFU for prostate cancer - a nursing perspective. International Journal of Urological Nursing. 9. 36-43. 10.1111/ijun.12039.
- Carballo Moreno N, Del Olmo Cañas P, García Martín A I, González Lluva C, García Merchán P. H.G.U. Gregorio, Técnica «HIFU» en el tratamiento del cáncer
ENFURO • 10 NÚM. 92. OCTUBRE / OVIEMBRE/DICIEMBRE 2004
- Mottet N, Van den Bergh RCN, Briers E, Cornford P, De Santis M, Fanti S, et al.EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. European Assoc
Urology; 2019

Premiado

Baixauli Puig ,M, 1; García Peña, E Mª, 2.
Centros: 1Hospital Clinic de Barcelona, 2Hospital universitario La Fe de Valencia.

Factoria del Cuidado

RESUMEN

Realmente es importante concienciar a los socios de la importancia de difundir el conocimiento científico que generan y transmitir estos conocimientos en congresos y/o artículos.

En este sentido, hemos puesto en marcha en este congreso la *"factoría del cuidado urológico"* que trata de presentar a todos los profesionales, los mejores trabajos realizados en los diversos cursos especializados. Trabajos de calidad que de otra forma no verían la luz.

En esta primera *"factoría del cuidado urológico"* han sido premiados los trabajos.

"Valoración del impacto cistomanométrico de la temperatura del salino de perfusión" **presentado en la primera edición del Experto en Metodología Urodinámica** por **Monserrat Baixauli.**

"Creación de la consulta especializada en incontinencia fecal" **presentado en el Master de Enfermería Urológica** por **Eva María García.**

Montserrat Baixauli Puig

Eva Mª García Peña

Colaboradores

Desde la asociacion española de enfermeria urologica queremos agradecer la participación de nuestros colaboradores por hacer posible este encuentro entre profesionales.

Colaboradores

Desde la asociacion española de enfermeria urologica queremos agradecer la participación de nuestros organismos oficiales por hacer posible este encuentro entre profesionales.

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

XUNTA DE GALICIA

galicia

Ponle cara

Seguro que todos ustedes conocen a nuestro compañero **Francisco Estudillo González**, debido a su extensa dedicación a la asociación y a la *revista ENFURO* de la cual fue redactor jefe durante más de **20 años.** Dedicado a la investigación, docencia y a la enfermería urológica durante toda su carrera profesional, a sido autor de infinidad de ponencias, presentaciones orales y poster en los múltiples congresos a los que ha asistido, así como de **diversas publicaciones en revistas nacionales e internacionales.**

En reconocimiento a su carrera se ha creado la beca **Francisco Estudillo** *al mejor trabajo de investigación,* que se hará efectiva cada dos años coincidiendo con la *celebración del congreso nacional.*

www.enfuro.es

visita nuestra página web:

Cada vez es más utilizada como herramienta de consulta así como agilización de gestiones en todo lo referente a congresos: acceso a programas, envío de resúmenes, inscripciones; **no en vano superamos ya el 1.500.000 visitas,** por lo que ya es un hecho la relevancia de nuestra web dentro de las dedicadas a la profesión.

Gracias a todos los que la hacen posible.