Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

N.142 / Enero 2024 / ISSN: 2695-5172 e-ISSN: 2695-5180 www.revistaenfuro.com

Síndrome de Goodpasture. Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.
Protocolo en crisis disrefléxica del lesionado medular durante la urodinamia.
Coaching y Cateterismo Vesical Intermitente.
Modelo del protocolo ERAS en pacientes con cistectomía radical.
Actuación de Enfemería en la quimiohipertermia en pacientes con cáncer de vejiga.
Uso del dispositivo de vacío en un paciente tributario a implante de prótesis peneana.

Órgano oficial de
ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Optimizada con
index
index-360.com

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Num 142 | Enero 2024
www.revistaenfuro.com

ISSN: 2695-5172
e-ISSN: 2695-5180

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

Presidente
Manuel Ramón Bernal Pacheco
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Vicepresidenta
Mª del Carmen Expósito Álvarez
Hospital de Antequera, Antequera

Secretario
Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Tesorera
Elena Alcaraz Zomeño
Hospital de Antequera, Antequera

Secretaría Técnica
Patricia Santos
Irene Vázquez
Orzán Congres, La Coruña

REDACCIÓN REVISTA ENFURO

Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

REVISORES REVISTA ENFURO

Elena Alcaraz Zomeño
Hospital de Antequera, Antequera

Eva María García Peña
Hospital Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Francisco Estudillo González
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Isaac Florido Pérez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Laura Señalada Salinas
UGC Victoria, Distrito Sanitario Málaga- Guadalhorce, Málaga.

Mª del Carmen Expósito Álvarez
Hospital de Antequera, Antequera

Paloma Coronel Rosado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

CONSEJO REDACCIÓN REVISTA ENFURO

Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Elena Alcaraz Zomeño
Hospital de Antequera, Antequera

Eva María García Peña
Hospital Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Francisco Estudillo González
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Isaac Florido Pérez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Laura Señalada Salinas
UGC Victoria, Distrito Sanitario Málaga- Guadalhorce, Málaga.

Mª del Carmen Expósito Álvarez
Hospital de Antequera, Antequera

Manuel Ramón Bernal Pacheco
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Paloma Coronel Rosado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

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.

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología.
Avda. Primo de Rivera 11, 15006 (A Coruña)
enfuro@enfuro.es
www.enfuro.es

ISSN: 2695-5172
e-ISSN: 2695-5180

Reproducciones con fines comerciales:

No podrá reproducirse ni almacenarse ningún fragmento de esta publicación para fines comerciales sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor. ENFURO es una publicación open access con licencia Creative Commons CC BY-NC-ND

Las opiniones y conclusiones expresadas en esta publicación son de los autores. La Asociación Española de Enfermería en Urología e Index no son responsables por las opiniones publicados en la revista.

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL: https://revistaenfuro.com/login

© 2024 Asociación Española de Enfermería en Urología. ENFURO. Revista publicada y optimizada con Index.

#UROLOGYWEEK

Aprecie los momentos especiales de la vida

La incontinencia por esfuerzo provoca pérdidas de orina durante actividades como hacer ejercicio, reír o simplemente toser. Hable con su urólogo sobre el tratamiento más adecuado para usted.

UROLOGY WEEK 2021
20-24 SEPTEMBER

urologyweek.org

European Association of Urology

SUMARIO

Editorial	6
Protocolo de enfermería para prevenir, detectar y tratar las crisis disreflexicas del lesionado medular durante la urodinamia	7
Síndrome de Goodpasture. Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento	11
Coaching y Cateterismo Vesical Intermitente. Una herramienta terapéutica enfermera	15
Modelo integral de capacitación para la mejora del cumplimiento del protocolo ERAS en pacientes con cistectomía radical	18
Actuación de Enfermería en la quimiohipertermia en pacientes con cáncer de vejiga	23
De interés	27
Uso del dispositivo de vacío (VED) en un paciente tributario a implante de prótesis peneana (IPP)	28
Ponle cara	31

Editorial

Continuando con el proceso de cambios que iniciamos en el congreso de Sevilla del año 2021 este nuevo ejemplar de la revista ENFURO se publica en formato digital a través de una página creada a tal fin. Gracias a la colaboración que hemos iniciado con index360 comenzamos una nueva etapa en la publicación de la revista, de tal forma que agilizará los trámites a los editores al poder conectar directamente a través de la plataforma a autores revisores y editores.

Agiliza los trámites a los autores ya que únicamente deberán cumplimentar un sencillo cuestionario con los datos individuales y subir el archivo Word con el artículo. Las normas de publicación del articulo están en la pagina web de la revista: revistaenfuro.com

Agiliza también los trámites de los revisores ya que recibirán un aviso en forma de correo electrónico con el anuncio de que está disponible un artículo para su revisión. Una vez efectuada la revisión aceptará el artículo o solicitará una serie de cambios para que se adapte a la normativa de la revista.

Por último, agilizará también la labor de los editores que supervisan todo el proceso mediante la recepción de avisos cada vez que se produce un paso dentro del proceso de selección, revisión y aceptación de un artículo para la revista.

Por último, la intención de los editores es poder subir a la plataforma todos los artículos publicados, desde el inicio de la revista ENFURO en el año 1977 hasta la fecha actual, con el fin de poder tener reunidos en la misma página web toda la creación científica de la asociación. Pondremos en marcha un buscador dentro de la plataforma para realizar búsquedas por autor, artículo, palabras claves, con el fin de garantizar el éxito en la búsqueda.

Todo ello supone un esfuerzo económico, personal y de tiempo que el consejo de redacción de la revista ha decidido invertir para conseguir una revista actual, moderna, ágil, que pueda ser referente en las publicaciones enfermeras y en la enfermería urológica en particular.

Quisiera hacer mención al trabajo presentado en el XLI Congreso Nacional de AEEU celebrado el pasado mes de mayo en Santiago de Compostela dónde evidenciamos tras el brillante trabajo de la compañera Paloma Coronel Rosado que disponemos de la única revista de enfermería urológica en habla castellana del mundo, lo cuál significa que estamos obligados a progresar y evolucionar para, no solo mantener el nivel la revista, sino para mejorar en las publicaciones y aumentar su factor de impacto.

Es evidente que una revista no puede evolucionar sin artículos que la nutran, es por ello, que desde el consejo de redacción animamos a todos los socios y simpatizantes a enviar sus trabajos. En este sentido desde la dirección de la asociación se ha estimulado la presentación de trabajos que fueron elaborados como trabajos fin de máster o fin de experto a distintos cursos académicos y que hemos rescatado del cajón de objetos olvidados en el Congreso Nacional de Santiago con la puesta en marcha de “Factoría del cuidado”. Animamos a que nos presentéis esos trabajos, a los que habéis dedicado todo vuestro esfuerzo y tiempo, y tenéis olvidados en el cajón.

En este mismo sentido, desde la redacción de la revista y en concordancia con la Junta Directiva, nos hemos puesto en contacto con diversas instituciones académicas, con diversos profesionales de otros países y con sociedades científicas para valorar distintas opciones, con el fin de conseguir animar a los alumnos de distintos cursos y a profesionales de distintas ramas, en la publicación de sus trabajos académicos.

A todos aquellos investigadores de la enfermería urológica que estéis con algún proyecto de investigación, os recordamos que la dirección de la AEEU ha desarrollado la beca “Francisco Estudillo” con dotación económica a la cuál podéis presentaros, cuyo fallo se hará público en el próximo Congreso Nacional a celebrar en Bilbao en el año 2025.

En resumen, creemos que se abre una nueva etapa con la consecución de esta página web para nuestra revista ENFURO. Una etapa llena de ilusión y optimismo, donde veremos evolucionar a nuestra revista hasta conseguir mejores niveles de calidad y factor de impacto. Os animamos a participar de esta evolución con vuestro apoyo y trabajos.

Consejo de redacción

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

COMUNICACIÓN ORAL EN XLI CONGRESO AEEU

Protocolo de enfermería para prevenir, detectar y tratar las crisis disreflexicas del lesionado medular durante la urodinamia

Nursing protocol to prevent, detect, and treat dysreflexic crises in spinal cord injury patients during urodynamics

Autores

María Caminal Araujo[1]*, Eulàlia Castillo Mestres[1], Elena Hernández Pena[1], Alexandra Cunyat Martínez[1]

1. Institut Guttmann, Universitat Autonoma, Barcelona, España.

Resumen

Una lesión medular puede producir parálisis, ya sea parcial o total, de la movilidad voluntaria, así como alteraciones o ausencia de sensibilidad por debajo del nivel de la lesión. Prácticamente todo paciente con lesión medular experimentará una disfunción en los esfínteres, tanto vesical como intestinal, lo cual afectará su calidad de vida. Por consiguiente, la mayoría de estos pacientes presentan alteraciones funcionales de la micción, tanto en la fase de llenado como en la de vaciado. La alteración de la dinámica miccional, cuyo origen se encuentra en la función neurológica, se denomina vejiga neurógena. La urodinamia es una prueba diagnóstica destinada a estudiar el funcionamiento de la vejiga en presencia de alguna disfunción. Una de las complicaciones más comunes en la lesión medular es la disreflexia autonómica, definida como un conjunto de reacciones desencadenadas por estímulos no necesariamente dolorosos, especialmente aquellos que irritan o molestan al intestino o a la vejiga. Esta afección se produce principalmente en pacientes con una lesión medular a nivel T6 o superior. Las exploraciones urológicas, como el estudio urodinámico, un mal posicionamiento de una SVP o su obstrucción, son causas frecuentes de disreflexia autonómica. Uno de los principales síntomas de la disreflexia autonómica es un aumento de la presión arterial, habitualmente acompañado de cefalea; por este motivo, es crucial conocer la presión sanguínea habitual del paciente. A pesar de los serios trastornos que puede provocar, la disreflexia autonómica puede ser asintomática. Por esta razón, la principal medida es el control de la presión arterial del paciente, tanto antes de la prueba diagnóstica como durante su realización. El objetivo es detectar cualquier cambio sutil y actuar con rapidez para evitar riesgos mayores.

Palabras clave: Lesión medular. Disreflexia autonómica. Urodinamia. Enfermera.

Abstract

A spinal cord injury can cause paralysis, either partial or total, of voluntary mobility, as well as alterations or loss of sensitivity below the level of the injury. Almost every patient with a spinal cord injury will experience dysfunction in the sphincters, both vesical and intestinal, which will affect their quality of life. Consequently, most of these patients present functional alterations in micturition, both in the filling and emptying phases. The alteration in micturition dynamics, whose origin lies in neurological function, is called neurogenic bladder. Urodynamics is a diagnostic test aimed at studying the functioning of the bladder in the presence of some dysfunction. One of the most common complications in spinal cord injury is autonomic dysreflexia, defined as a set of reactions triggered by stimuli not necessarily painful, especially those that irritate or bother the intestine or bladder. This condition mainly occurs in patients with a spinal cord injury at the T6 level or higher. Urological explorations, such as urodynamic study, poor positioning of a SVP or its obstruction, are frequent causes of autonomic dysreflexia. One of the main symptoms of autonomic dysreflexia is an increase in blood pressure, usually accompanied by headache; for this reason, it is crucial to know the patient's usual blood pressure. Despite the serious disorders it can cause, autonomic dysreflexia can be asymptomatic. For this reason, the main measure is the control of the patient's blood pressure, both before and during the diagnostic test. The goal is to detect any subtle change and act quickly to avoid greater risks.

Key words: Spinal cord injury. Autonomic dysreflexia. Urodynamics. Nurse.

***Correspondencia**
Maria Caminal Araujo
E-mail: mcaminal@guttmann.com

Fecha de recepción: 17/05/2023
Fecha de aceptación: 19/10/2023
Disponible en internet: 30/01/2024

Rev. Enfuro 2024; 142:7-10
www.revistaenfuro.com

© 2023 Asociación Española de Enfermería en Urología. Publicado por Index. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND

Introducción

Las lesiones medulares

Definimos la Lesión Medular (LM) como una interrupción o alteración de la conexión nerviosa de la médula espinal. La médula espinal forma parte del sistema nervioso central y su función es doble. Tenemos una transmisión bidireccional desde el cerebro al resto del organismo y, además, es en sí misma un centro nervioso que coordina la fisiología de los órganos torácicos, abdominales y pélvicos.

La consecuencia de una LM es la parálisis parcial o total de la movilidad voluntaria, que en función del nivel de la lesión hablaremos de tetraplejía o de paraplejía. Asimismo, también se produce una alteración o ausencia de la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión, alteración en el control de los esfínteres, afectaciones en la esfera sexual, alteraciones del sistema nervioso vegetativo, así como un mayor riesgo de otras afecciones de por vida (úlceras por presión, espasticidad, dolor neuropático, etc.) que pueden llevar a sufrir complicaciones.

A nivel mundial, las lesiones de esta estructura son más frecuentes que las de traumatismos severos, de las cuales aproximadamente el 50% corresponden a accidentes de tráfico, seguidos de actos de violencia, caídas y actividades deportivas. Mundialmente, estas lesiones tienen una prevalencia de un 3%. Un 1% son con afectación de la médula espinal y se encuentran repartidos en dos picos de incidencia: pacientes jóvenes entre 15-25 años y adultos de más de 65 años, con predominancia del sexo masculino. Este porcentaje tiende a aumentar en un 2-6% si se trata de traumatismos craneoencefálicos o si en el manejo inicial el afectado se encuentra inconsciente[1].

En todas estas lesiones se ha comprobado que las más frecuentes son las de columna cervical a nivel C2 y/o las regiones C5, C6 y C7 debido a su flexibilidad y su exposición[2].

Es importante destacar que la mayoría de los pacientes con lesión medular experimentan disfunciones en los esfínteres, tanto en el sistema vesical como en el intestinal, y estas disfunciones pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida. Concretamente, las alteraciones funcionales en la micción se dan tanto en la fase de llenado como en la fase de vaciado.

La alteración de la dinámica miccional, cuyo origen se encuentra en la función neurológica, se denomina vejiga neurógena. Esta se produce cuando hay disfunción de cualquier estructura del tracto urinario inferior (vejiga, uretra o esfínteres) secundaria a una alteración en el sistema nervioso[3].

Es común que los pacientes con lesiones medulares experimenten múltiples lesiones en diferentes niveles y de variada gravedad, es decir, pueden ser completas o incompletas. Estas características hacen que sea sumamente desafiante predecir el comportamiento de la vejiga y el esfínter. Por este motivo, muchos expertos coinciden en que la urodinámica es el único método capaz de detectar y categorizar las diversas disfunciones neurológicas, las cuales pueden prever un mayor o menor riesgo de desarrollar complicaciones renales[4].

La urodinamia

El estudio urodinámico nos permite una evaluación minuciosa de la disfunción urinaria, facilitando la detección y categorización de las diversas disfunciones neurológicas. Asimismo, nos ayuda a obtener datos como la hiperactividad del detrusor y el comportamiento de la vejiga, contribuyendo a la planificación del tratamiento más adecuado para el paciente[3].

¿Qué es una crisis disrefléxica?

La Disreflexia Autonómica (DA) es una situación grave, de carácter agudo y urgente, que precisa de una intervención rápida. Está causada por un mecanismo del reflejo espinal debido a un gasto simpático excesivo e incontrolado en respuesta a un estímulo nocivo por debajo del nivel de la LM. Se produce principalmente en aquellos pacientes con una LM a nivel T6 o superior [5,6].

Los desencadenantes son estímulos no necesariamente dolorosos, aunque irritantes. En el 75-90% de los pacientes, los episodios de disreflexia autónoma se desencadenan por eventos ubicados en el tracto urinario inferior y en el sistema intestinal. Estos eventos también pueden tener causas yatrogénicas, causados por procedimientos urológicos y durante el manejo de la evacuación intestinal[4].

Uno de los síntomas más importantes es la hipertensión, la cual provoca cefalea intensa. En muchas ocasiones, viene acompañada por otros síntomas leves como diaforesis por encima del nivel de lesión, congestión nasal, piloerección y náuseas, entre otros. Las consecuencias de una disreflexia mantenida pueden implicar complicaciones graves como ictus, alteraciones cardiovasculares, edema pulmonar e incluso la muerte[4,7].

Urodinamia y disreflexia autonómica

La urodinamia en sí misma es una prueba que puede ser desencadenante de una crisis de disreflexia autonómica[6]. Esta puede sobrevenir a causa de un mal posicionamiento de una SVP, o su obstrucción, estimulación durante la fase de llenado y las distintas acciones que se realizan durante la exploración.[8]

Según los datos de la Guía Clínica de Disreflexia Autonómica, durante el estudio urodinámico, la incidencia de DA varió de 36.7% a 77.8%. La presentación de síntomas se dio en un 50% a 65% de los pacientes, predominantemente en lesiones medulares cervicales[5].

El Institut Guttmann es un hospital monográfico altamente especializado y de referencia para el tratamiento médico-quirúrgico y la rehabilitación integral de personas con lesión medular, daño cerebral adquirido u otra gran discapacidad de origen neurológico.

En una consulta de enfermería urológica, es importante conocer los síntomas que se producen durante la disreflexia autonómica para poder detectarla a tiempo y evitar complicaciones graves.

Un estudio en Canadá mostró que el 25% de los profesionales de la salud no sabría definir una disreflexia y el 50% no reconocería los síntomas más habituales, afectando esto directamente a la atención al no identificarla correctamente o al pasar tiempo hospitalizado con una tensión arterial inestable, con las posibles complicaciones que esto conlleva[9].

Por todo ello, hemos considerado prioritario establecer en la consulta urológica un protocolo que especifique cuál debe ser la actuación de la enfermera para prevenir, detectar y tratar las posibles crisis disrefléxicas que se puedan dar.

Objetivos de este protocolo:

- Elaborar un protocolo de enfermería para definir la intervención de la enfermera ante una crisis disrefléxica durante la realización de la urodinamia.
- Aumentar la prevención y la detección precoz de las crisis disrefléxicas.

La realización del estudio urodinámico

En primer lugar, la enfermera deberá identificar correctamente al paciente al cual se le realizará la exploración. A continuación, como en cualquier técnica de enfermería, le explicará en qué consiste la prueba y procurará proporcionar un ambiente de confianza y respeto.

Se debe tener en cuenta que, en función del hospital, tipo de paciente y del material disponible, la técnica puede tener variaciones.

Lo más importante es el control de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca en su estado basal. En nuestro caso, que principalmente tratamos a pacientes con lesión medular, este control de la tensión se realizará en sedestación y posteriormente se la volverá a tomar en la camilla, en posición de decúbito supino. Conforme avance la realización de la prueba, se irán realizando controles posteriores.

Al tratar con pacientes con lesión medular tenemos que tener en cuenta:

- Al inicio del estudio urodinámico, realizaremos en primer lugar una exploración neurológica y de la sensibilidad perineal, el tono anal, el reflejo bulbocavernoso y el control voluntario de la micción.
- Colocación de la sonda rectal. Es muy importante en estos pacientes que hayan sido evacuados ese mismo día para evitar interferencias durante la prueba.
- Llenado vesical: Se debe tener en cuenta que en pacientes con LM, el llenado debe ser de 20 ml/min, 50 ml/min en el resto de pacientes.

Tratamiento e intervención de la enfermera

Durante el estudio mediremos periódicamente la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, vigilando además si hay un aumento de la presión del detrusor.

Los síntomas a vigilar propios de la DA son: bradicardia, cefalea, ceguera cortical, congestión conjuntival, diaforesis, disminución del nivel de consciencia, erupción cutánea, espasmo vesical, hipotensión ortostática, HTA, inestabilidad hemodinámica, náuseas, congestión nasal, piloerección por debajo de la lesión, rubefacción, taquicardia, vasoconstricción por debajo de la lesión, vasodilatación por encima del nivel de lesión y visión borrosa.

En estos casos, es importante conocer la presión sanguínea habitual de la persona. Un cambio grande y rápido en la presión es uno de los signos más indicativos de la disreflexia autonómica. El cambio debe ser entre 20 a 40 mmHg por encima de lo habitual. Debemos considerar que varias personas con lesiones medulares a nivel T6 y por encima tienen una presión sistólica entre 90 y 110 mmHg[4].

En caso de observar un aumento de la tensión arterial y un descenso de la frecuencia cardíaca por debajo de 60 pm (siempre en comprobación con su frecuencia cardíaca habitual en estado basal), se debe vigilar la presencia de otros signos de DA. Procederemos a incorporar al paciente y realizaremos controles de TA; en muchos casos, finalizaremos la fase de llenado y el estudio urodinámico, vaciando rápidamente la vejiga. Si es necesario, administraremos fármacos para disminuir la tensión arterial.

Si algo hemos comprobado será que si se aplican medidas precozmente se podrá prevenir el desarrollo de la DA[5].

Cambiar la postura, es decir, sentar al paciente, es la maniobra de instauración más rápida, favoreciendo así la hipotensión ortostática. Aunque la más efectiva será la eliminación del estímulo que está provocando la disreflexia[7].

Estudios sugieren como útiles los fármacos empleados en el manejo de la vejiga neurógena, como son los anticolinérgicos, los alfa bloqueantes simpáticos, o la propia toxina botulínica. Aun así, hay trabajos que demuestran que los anticolinérgicos no se asocian a una reducción en el número de crisis de DA[5].

Conclusiones

La disreflexia es una afección muy común en los pacientes con LM, llegando a provocar graves consecuencias si no es tratada. El hecho de detectarla y prevenirla es determinante tanto para los profesionales en consultas, centros de atención primaria, urgencias o hospitalización, como para los propios pacientes y sus familiares.

Un número muy elevado de profesionales sanitarios no conocen los signos y síntomas de una crisis de disreflexia, y como consecuencia la gravedad potencial de esta. Esta carencia dificulta poder identificar a tiempo y solucionar la causa, complicando el trato con el paciente con lesión medular y alargando el tiempo de actuación.

La urodinamia por sí misma se considera una causa directa de la crisis de disreflexia, por ello el reconocimiento de los síntomas y una rápida actuación será clave para minimizar los riesgos debido a su potencial gravedad, evitando así también el uso de antihipertensivos.

Financiamiento

El presente artículo no ha recibido ninguna beca especifica de agencias de los sectores público, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

- **Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
- **Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.
- **Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Kaji A, et al. Spinal column injuries in adults: Definitions, mechanisms, and radiographs. UpToDate. 2016.
2. Benito Penalva J. Entrenamiento de la marcha en el lesionado medular. Uso de sistemas electromecánicos y estimulación transcraneal no invasiva [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013. Disponible en: http://hdl.handle.net/10803/129548
3. Vidal Samsó J, Esteban Fuertes M, Alcaraz Rousselet MÁ, et al. Documento de consenso español para el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de la vejiga neurógena [Spanish consensus document for the diagnosis, treatment

and management of neurogenic bladder]. Arch Esp Urol. 2019 Jun;72(5):483-499. Spanish. PMID: 31223126.
4. Rapidi CA, Krassioukov A, Mandersbacher H, et al. W3: Debates and Controversies on Autonomic Dysreflexia After Spinal Cord Lesion. En: International Continence Society (ICS). 47th Annual Meeting of the International Continence Society; 12-15 de septiembre de 2017; Florencia, Italia. Disponible en: https://www.ics.org/Workshops/HandoutFiles/000716.pdf
5. Borau A, Jaen L, Lamas I, Hernandez J. Guía Clínica Disreflexia Autónoma. Disponible en: https://www.medular.org/wp-content/uploads/2018/01/Gu%C3%ADa-para-la-Disrreflexia-Aut%C3%B3noma-ASPAYM-Madrid-FLM-Fundaci%C3%B3n-ONCE.pdf
6. Koyuncu E, Ersoz M. Monitoring development of autonomic dysreflexia during urodynamic investigation in patients with spinal cord injury. J Spinal Cord Med. 2017 Mar;40(2):170-174.
7. Krassioukov A, Stillman M, Beck LA. A Primary Care Provider's Guide to Autonomic Dysfunction Following Spinal Cord Injury. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2020 Spring;26(2):123-127.
8. Walter M, Knüpfer SC, Leitner L, et al. Autonomic dysreflexia and repeatability of cardiovascular changes during same session repeat urodynamic investigation in women with spinal cord injury. World J Urol. 2016 Mar;34(3):391-7.
9. Tomasone JR, Martin Ginis KA, Pulkkinen W, Krassioukov A. Els "ABC d'AD": Una prova pilot d'un mòdul educatiu en línia per augmentar l'ús de les guies de pràctica clínica de disreflèxia autonòmica entre paramèdics i infermeres en formació. J Med. Med. Med. 2014;37(5):598-607.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Síndrome de Goodpasture. Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento

Goodpasture Syndrome. Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment

Autor

María Pilar Molinedo Quílez[1]*, Marta Molinedo Quílez[2]*

1. Hospital Universitario Royo Villanova de Zaragoza
2. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Goodpasture, también llamada enfermedad antimembrana basal glomerular, es una enfermedad rara autoinmune. Se caracteriza por la triada: hemorragia pulmonar, glomerulonefritis proliferativa y anticuerpos anti-MBG. La manifestación pulmonar está relacionada con efectos detonantes de tipo irritativo, como el tabaquismo. Los síntomas más conocidos son la hemoptisis, tos, disnea y fatiga. A nivel renal se manifiesta por afectación renal, disuria, hematuria, proteinuria, edema de miembros pélvicos y torácicos, e hipertensión y dolor de la fosa renal. El diagnóstico se basa en la presencia de anticuerpos anti-MBG en plasma y/o tejido renal. Para el diagnóstico del síndrome de Goodpasture verdadero se necesita que estén presentes las enfermedades renales y pulmonares (la triada al completo). **Objetivo:** Identificar la etiología, clínica y método de diagnóstico de este síndrome, así como determinar cuál es el tratamiento apropiado. **Metodología:** Se revisaron los artículos que contenían las palabras clave seleccionadas al comienzo del estudio. De todos ellos, se incluyeron los que cumplían con los requisitos de inclusión establecidos, que son fecha de publicación e idioma. **Resultados y conclusiones:** Tres meses de tratamiento completo es normalmente suficiente para suprimir la producción de anticuerpos anti-MBG y disminuir el porcentaje de recaídas. Se mantiene durante 6-9 meses el uso de corticoesteroides. Es importante mantener la estabilidad hemodinámica y una adecuada oxigenación con soporte de la vía aérea. El manejo con ventilación mecánica en la fase aguda es necesario para mantener la función de la vía aérea.

Palabras clave: Síndrome de goodpasture. Enfermedad antimembrana basal glomerular. Glomerulonefritis proliferativa. Anticuerpos anit-MBG.

Abstract

Introduction: Goodpasture's disease, also called anti-glomerular basement membrane disease, is a rare autoimmune disease. It is characterized by the triad of pulmonary hemorrhage, proliferative glomerulonephritis, and anti-GBM antibodies. The pulmonary manifestation is related to irritant triggering effects, such as smoking. The best-known symptoms are hemoptysis, cough, dyspnea, and fatigue. Renal involvement includes dysuria, hematuria, proteinuria, edema of the pelvic and thoracic limbs, hypertension, and pain in the renal fossa. Diagnosis is based on the presence of anti-GBM antibodies in plasma and/or renal tissue. Diagnosis of true Goodpasture's syndrome requires the presence of both renal and pulmonary diseases (the complete triad). **Objective:** To identify the etiology, clinical features, and method of diagnosis of this syndrome, as well as to determine the appropriate treatment. **Methods:** A literature review of articles found in different databases was carried out. Articles containing the selected keywords were reviewed. Those meeting our inclusion criteria - date of publication and language - were included in the study. **Results and Conclusion:** Early treatment impacts overall survival. Current therapy includes plasmapheresis, associated with high-dose corticosteroids and cytotoxics to reduce the formation of new antibodies. Three months of complete treatment is usually sufficient to suppress the production of anti-GBM antibodies and decrease the relapse rate. Corticosteroids are maintained for 6-9 months. It is important to maintain hemodynamic stability and adequate oxygenation with airway support. Management with mechanical ventilation in the acute phase is necessary to maintain airway function.

Key words: Goodpasture syndrome. Anti-glomerular basement membrane disease. Proliferative glomerulonephritis. Anti-GBM antibodies.

***Correspondencia**
Maria Pilar Molinedo Quílez
E-mail: mpmolinedo@hotmail.com

Fecha de recepción: 09/09/2021
Fecha de aceptación: 29/09/2023
Disponible en internet: 30/01/2024

Rev. Enfuro 2024; 142:11-14
www.revistaenfuro.com

© 2023 Asociación Española de Enfermería en Urología. Publicado por Index. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND

Introducción

La enfermedad de Goodpasture, también llamada enfermedad antimembrana basal glomerular, es una enfermedad rara autoinmune. Se caracteriza por la triada: hemorragia pulmonar, glomerulonefritis proliferativa y anticuerpos anti-MBG.

Fue descrita en 1919 por Ernest Goodpasture como glomerulonefritis rápidamente progresiva. En 1958 se acuñó el nombre actual, Síndrome de Goodpasture, para describir una enfermedad con afección renal, mediante el desarrollo de glomerulonefritis, asociada con hemorragia de origen pulmonar.

Se trata de un subtipo de vasculitis sistémica de pequeño vaso, cuya patogenia se caracteriza por la presencia de anticuerpos dirigidos a la membrana basal glomerular y alveolar.

Se considera una enfermedad por hipersensibilidad, cuya etiología no se conoce por completo. Sin embargo, se diferencia de los demás de su tipo en que se conoce con exactitud el blanco de ataque inmunológico. La evaluación del pronóstico tiene poca evidencia, pero se sabe que la mayoría de los casos progresa de forma invariable hacia una insuficiencia renal terminal.

Epidemiología

Su incidencia es de 0.5-1 casos por millón de habitantes, lo que la convierte en una enfermedad poco frecuente. Presenta alta mortalidad debido a las características clínicas que manifiesta.

Su distribución es bimodal, con picos de incidencia en la tercera y séptima décadas de vida,, y su desarrollo se relaciona con distintos factores genéticos y ambientales. Afecta en un 60-80% a hombres jóvenes, entre 18-35 años principalmente. Afecta más a población caucásica y asiática, siendo raro en población africana.

De 60 a 80% de los pacientes tienen sintomatología pulmonar y renal; entre un 20-40% solo renal; y menos de un 10% solo de tipo pulmonar. Típicamente, esta entidad se describe como una enfermedad de una sola crisis, con una tasa de recurrencia inferior al 3%.Tiene una mortalidad del 80% en seis meses, la mitad por hemorragia alveolar difusa, y el resto por insuficiencia renal.

Fisiopatología

Es una enfermedad de tipo inmunitario, con presencia de anticuerpos anti- MBG (membrana basal glomerular). El último factor determinante de exposición se desconoce, aunque se cuenta con una teoría multifactorial, que va desde el ámbito congénito hasta el factor transcripcional.

El proceso autoinmune no siempre es inmediato, se ha encontrado la presencia de inmunoglobulinas anti-MBG años antes de presentar las manifestaciones clínicas, por lo que se plantea un fenómeno de tolerancia, en el cual el desarrollo de la inmunidad no se genera de forma inmediata, sino posterior a la exposición a un nuevo desencadenante o asociación con otra enfermedad autoinmune.La hemorragia alveolar difusa se presenta más en los pacientes que fuman y en los que tienen exposición a hidrocarburos volátiles.

Clínica

En algunos pacientes, los síntomas respiratorios aparecen semanas o meses antes de que las manifestaciones renales sean evidentes.

La manifestación pulmonar está relacionada con efectos detonantes de tipo irritativo, como el tabaquismo. Los síntomas más conocidos son la hemoptisis, tos, disnea y fatiga. La hemorragia alveolar afecta al 66% de los pacientes; sin embargo, ocurren casos de forma aislada con daño renal.

La hemorragia alveolar usualmente contiene fibrina intraalveolar, hemosiderina en paredes alveolares y macrófagos alveolares. Macroscópicamente, los pulmones pesan más de lo normal, y muestran zonas de consolidación pardo-rojizas.

También se da taquipnea y cianosis en casos graves, y anemia por falta de hierro cuando se produce la hemorragia intraalveolar crónica.

A nivel renal se manifiesta por afectación renal, disuria, hematuria, proteinuria, edema de miembros pélvicos y torácicos, e hipertensión y dolor de la fosa renal.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la presencia de anticuerpos anti-MBG en plasma y/o tejido renal. Para el diagnóstico del síndrome de Goodpasture verdadero se necesita que estén presentes las enfermedades renales y pulmonares (la triada al completo).

La exploración física generalmente es normal, aunque a veces se pueden escuchar subcrepitaciones, un soplo sistólico que sugiere estenosis mitral o evidencia de hipertensión pulmonar. La hemorragia alveolar difusa se presenta con disnea, tos y hemoptisis, pudiendo presentar dolor en flancos, y puede haber progresión a fallo respiratorio agudo.

La gasometría muestra disminución de PO2, y en la broncoscopia se puede ver sangrado. La radiografía de tórax muestra infiltrados bilaterales difusos, de predominio central en el pulmón, simétricos habitualmente. La TC proporciona mayor definición de estas imágenes. La fibrobroncoscopia con extendido de líquido evidencia macrófagos cargados con siderina.

En la analítica de orina se puede identificar hematuria, proteinuria y leucocituria. El sedimento urinario telescopado se requiere para confirmar la presencia de hematíes dismorfos y cilindros eritrocitarios y leucocitarios.

El diagnóstico se confirma con una biopsia pulmonar con la presencia de IgG lineal e inmunofluorescencia de anticuerpos anti MGB de las paredes septales con la técnica ELISA o por radioinmunoensayo.

Objetivo del estudio

Este estudio se plantea como objetivo identificar la etiología, clínica y método de diagnóstico de este síndrome, así como determinar cuál es el tratamiento apropiado.

Método

Diseño del estudio

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos seleccionados de diferentes bases de datos, así como se obtuvo información de diversas páginas web de interés.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica ya que nos pareció la forma más adecuada de aproximarnos al conocimiento de este tema, con carácter descriptivo y retrospectivo, realizando una investigación documental y una valoración concisa y objetiva de las investigaciones seleccionadas sobre diferentes aspec-

tos del síndrome de Goodpasture. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo, Dialnet, Redalyc, Science Direct.

Para proceder a la selección, se revisaron los abstracts, y en caso de interés, los artículos completos con el fin de describir si la información que contenían era relevante. La información analizada se estructuró según contuviesen datos epidemiológicos, sobre la magnitud del problema, sobre los factores de riesgo, o sobre factores relacionados con los procesos de intervención.

Las palabras clave utilizadas fueron: "síndrome goodpasture", "enfermedad antimembrana basal glomerular", "glomerulonefritis proliferativa", "anticuerpos anit-MBG", "Goodpasture disease". El operador booleano usado fue "and".

Como límite se ha establecido idioma (español) y fecha de publicación (a partir del 2001). Los criterios de lectura y evaluación crítica han sido que cumpliese los límites establecidos para la estrategia de búsqueda, y posteriormente que los artículos aportasen datos sobre estudios acerca del tratamiento del trastorno. Los criterios de exclusión han sido el no cumplimiento de los límites establecidos al comienzo.

Desarrollo temporal del estudio

El trabajo se desarrolló durante el periodo de enero a marzo de 2021. La información se ha ido organizando según hablase de definición y datos objetivos, epidemiología, clínica, diagnóstico y datos sobre el tratamiento establecido en estos pacientes.

Resultados y conclusiones

Destacamos los datos que se repiten en distintos estudios valorados con respecto al tratamiento de este síndrome:

El tratamiento temprano influye significativamente en la supervivencia global de los pacientes. La terapia actual comprende la plasmaféresis, complementada con altas dosis de corticoides y agentes citotóxicos, destinados a reducir la formación de nuevos anticuerpos. La plasmaféresis se administra diariamente durante 14 días, o hasta que se observe una disminución en los niveles de anticuerpos. Además, las transfusiones de sangre resultan esenciales para mantener los niveles de hemoglobina, mitigar la hipoxia y prevenir el colapso circulatorio.

A pesar de que no siempre es posible detener el sangrado completamente, la plasmaféresis resulta útil para reducir los anticuerpos circulantes en la membrana basal alveolar. Esta se realiza junto con la administración de metilprednisolona, aunque su efectividad está sujeta a cierta controversia. Paralelamente, se administra ciclofosfamida en conjunto con la plasmaféresis, con el objetivo de prevenir un efecto rebote en la supresión de inmunoglobulinas.

Tres meses de tratamiento completo es normalmente suficiente para suprimir la producción de anticuerpos anti-MBG, para disminuir el porcentaje de recaídas. Se mantiene durante 6-9 meses el uso de corticoesteroides.

Es importante mantener la estabilidad hemodinámica y una adecuada oxigenación con soporte de la vía aérea. El manejo con ventilación mecánica en la fase aguda es necesario para mantener la función de la vía aérea.

La guía de práctica clínica Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) describe que hay pruebas de moderada calidad de que la plasmaféresis acompañada de inmunosupresión intensa mejora la supervivencia del paciente. Además, describe que los pacientes con esta alteración deben tratarse como terapia de elección con plasmaféresis, corticosteroides y ciclofosfamida, ya que un tratamiento precoz con ello repercute en la supervivencia de ellos. Sin embargo, no hay evidencia definitiva del beneficio de la plasmaféresis cuando solo hay signos menores de la hemorragia pulmonar.

La guía realizada por la American Society for Apheresis también establece dicha combinación como el tratamiento de elección en estos pacientes, además de la necesidad de una temprana implantación de la plasmaféresis para que la alteración renal no sea irreversible.

BMJ Best Practice apunta en la misma dirección en cuanto al tratamiento del síndrome, la mayor diferencia radica en que deja el uso de citotóxicos a la espera de la confirmación mediante biopsia del diagnóstico, en vez de comenzar la terapia completa de forma precoz.

Kaplan, Appel y Pusey en su estudio establecen igualmente un beneficio de estos pacientes con el tratamiento mediante las tres terapias conjuntas.

Los distintos estudios evaluados coinciden en que la plasmaféresis se debe realizar durante un tiempo de unas dos semanas, aunque supeditado a que el número de anticuerpos se reduzca de forma considerable, y el intercambio que debe producirse para que sea eficaz debe ser de unos 4 litros al día.

Para pacientes con disfunción renal severa está indicada la hemodiálisis a largo plazo, así como el trasplante renal.

Aunque lo cierto es que existe muy poca evidencia sobre el pronóstico de estos pacientes. La poca que hay, sugiere que la lesión pulmonar probablemente responda mejor a terapia con plasmaféresis y agentes citotóxicos que la enfermedad renal. La terapia es efectiva en el 90% de los casos, con preservación de la función renal en la mayoría de los pacientes.

Las secuelas respiratorias secundarias a la hemorragia alveolar difusa son infrecuentes. El grado evidente de disfunción pulmonar es un buen indicador del pronóstico.

En pacientes más graves o en los que no se inició tratamiento en el momento adecuado, el trasplante renal es una opción que mejora la supervivencia hasta en un 90%. Sin tratamiento la mayoría fallecen a corto plazo por severa hemorragia pulmonar. Aquellos pacientes que sobreviven al evento agudo tienen una supervivencia del 75% a los 2 años.

Financiamiento

El presente artículo no ha recibido ninguna beca especifica de agencias de los sectores público, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

- **Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
- **Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.
- **Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Pérez-Suárez G, Marrero D, Rodríguez R, Delgado P, Cobo M, González-Posada JM, et al. Síndrome de Goodpasture asociado con vasculitis cerebral ANCA negativa. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2010 [citado 2021 Feb 21];30(5):584-587. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952010000500016&lng=es.
2. Otero RR, Morangues JR, Avila E, Contreras D, Paniagua MJ, Barragán A, et al. Síndrome de Goodpasture: un enfoque pulmonar. Neumología y cirugía de tórax. 2006 [citado 10 Mar 2021];65(4):178-185. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2006/nt064e.pdf
3. Prego J, Otormin M. Hemosiderosis pulmonar: Síndrome de Goodpasture. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2001 Nov [citado 2021 Feb 24];72(1):S75-S78. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492001000500013&lng=es.
4. Tagle R, Arancibia T, Fischman A, Vázquez S, Chahuán J, Méndez GP, et al. Recurrencia de Síndrome de Goodpasture con negativización de anticuerpos anti-membrana basal glomerular: Caso clínico. Rev méd Chile [Internet]. 2019 Mar [citado 2021 Mar 6];147(3):390-394. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000300390&lng=es.
5. Guallar AM, Izquierdo J, Beramendi F, Estabén V, Perova Y, Martinez MV. Medicina general y comunitaria [edición digital]. 2020 [Citado 2021 Mar 10];9(4). Disponible en: http://mgyf.org/enfermedad-antimembrana-basal-glomerular-con-hemorragia-alveolar-aislada/
6. Arredondo-Ruiz P, González-Galván LM, Chac-Lezama G, Molina-Villena A, Sáenz-Castro M, Pérez-García JA, et al. Síndrome de Goodpasture atípico como reto diagnóstico. Med interna Méx [revista en la Internet]. 2017 Feb [citado 2021 Mar 6];33(1):116-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100116&lng=es.
7. Restrepo CA, Duque JD. Libro Nefrología Básica 2. Capítulo: Síndrome Goodpasture. Asociación Colombiana de Nefrología. 2017. [Citado 2021 Mar 10]. Disponible en: http://asocolnef.com/wp-content/uploads/2020/04/Sindrome-de-goodpasture.pdf
8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis. Kidney Int Suppl. 2012 [Citado 2021 Mar 18];2(2):139-274. Disponible en: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2012-GN-Guideline-English.pdf
9. Schwartz J, Padmanabhan A, Aqui N, Balogun RA, Connelly-Smith L, Delaney M, Dunbar NM, Witt V, Wu Y, Shaz BH. Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice-Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Seventh Special Issue. J Clin Apher. 2016 [Citado 2021 March 20];31(3):149-62. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi
10. Goodpasture's disease. BMJ Best Practice [Internet]. [Citado 2021 Apr 02]. Disponible en: https://bestpractice.bmj.com/info/
11. Kaplan AA, Appel GB, Pusey CD. Treatment of anti-GBM antibody (Goodpasture's) disease [Internet]. 2011 [citado 2021 Mar 18]. Disponible en: https://somepomed.org/articulos/contents/mobipreview.htm?0/27/432?source=HISTORY

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

COMUNICACIÓN ORAL EN XLI CONGRESO AEEU

Coaching y Cateterismo Vesical Intermitente. Una herramienta terapéutica enfermera

Coaching and Intermittent Catheterization: A Therapeutic Nursing Tool

Autora

Natalia Cámara Llorente[1]*

1. Hospital General de La Paz de Madrid.

Resumen

El desempeño por parte del paciente de la autocateterización vesical limpia es esencial para mantener un buen control del vaciado vesical sin tener los inconvenientes del sondaje permanente. Sin embargo, se observa que la adherencia a largo plazo es escasa. **Objetivo:** evaluar la efectividad de una intervención de coaching en comparación con la metodología habitual, que será brevemente descrita, utilizada en el adiestramiento del cateterismo vesical intermitente (CVI), con la finalidad de aumentar la adherencia al tratamiento. **Método:** Ensayo clínico aleatorizado (ECA) a simple ciego, longitudinal, prospectivo con dos grupos: control (adiestramiento de forma habitual) y de intervención (adiestramiento utilizando herramientas de coaching). Al año de la finalización de la intervención, se medirá la variable de resultado adherencia al CVI mediante la Escala ICAS (Intermittent Catheterization Adherence Scale), una escala validada específica de adherencia al cateterismo vesical intermitente[1]. **Conclusiones:** Pretendo demostrar que la técnica basada en coaching es efectiva para aumentar la adherencia, por lo que podría incluirse como una intervención enfermera estandarizada, incorporando así un nuevo enfoque a la práctica clínica enfermera.

Palabras clave: Adherencia. Cateterismo vesical intermitente. Coaching.

Abstract

The performance of clean self-catheterization by the patient is essential to maintain good control of bladder emptying without the drawbacks of permanent catheterization. However, it is observed that long-term adherence is scarce. **Objective:** To evaluate the effectiveness of a coaching intervention compared to the usual methodology, which will be briefly described, used in the training of intermittent bladder catheterization (IBC), with the aim of increasing adherence to treatment. **Method:** Randomized single-blind, longitudinal, prospective clinical trial (RCT) with two groups: control (usual training) and intervention (training using coaching tools). One year after the completion of the intervention, the outcome variable adherence to IBC will be measured using the ICAS Scale (Intermittent Catheterization Adherence Scale), a validated scale specific to adherence to intermittent bladder catheterization[1]. **Conclusion:** I intend to demonstrate that the coaching-based technique is effective in increasing adherence, so it could be included as a standardized nursing intervention, thus incorporating a new approach to nursing clinical practice.

Key words: Adherence. Intermittent bladder catheterization. Coaching.

Introducción

Sara es una paciente de 45 años con un diagnóstico de Vejiga Neurógena secundaria a Esclerosis Múltiple. Recientemente se le ha indicado iniciar un programa de autocateterismos para el correcto vaciado vesical. Cuando la vamos a atender, está preocupada y enfadada. Y te pregunta ¿Alguna vez podré hacer vida normal? Y nosotros, ¿Cómo reaccionamos? ¿De qué manera conseguimos un correcto adiestramiento partiendo de esa u otra emoción? No nos olvidemos que trabajamos con personas y detrás de ellas con sus emociones que van a determinar el éxito o el fracaso en nuestro objetivo profesional.

Existe la necesidad de una metodología en el abordaje profesional que contemple al paciente de forma integral, con sus emociones. Si la motivación no nace del paciente, difícilmente cualquier cambio será duradero. En esta línea, surge el concep-

*Correspondencia
Natalia Cámara Llorente
E-mail: ncllorente@gmail.com

Fecha de recepción: 19/06/2023
Fecha de aceptación: 01/09/2023
Disponible en internet: 30/01/2024

Rev. Enfuro 2024; 142:15-17
www.revistaenfuro.com

© 2023 Asociación Española de Enfermería en Urología. Publicado por Index. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND

to de coaching aplicado al ámbito sanitario. El Coaching para la salud facilita el camino del cambio porque parte de la creencia que todas las personas son expertas en su propia vida, saben lo que es importante para ellas y tienen capacidades para resolver sus dificultades. La única condición es ayudarles a descubrirlas por sí mismas[2].

La metodología se basa en dos pilares: las habilidades de comunicación (empatía, escucha activa, Rapport, la pregunta...) y la estructura de la conversación posibilitadora del cambio[2].

Por otra parte, existen diferentes trastornos producidos generalmente por una alteración en la contractibilidad del detrusor, por disinergia del esfínter, por una obstrucción en la salida de la orina o por una combinación entre ellas, que ocasionan disfunción miccional; para ellos el cateterismo vesical intermitente constituye el gold standard en la gestión de la retención urinaria permitiendo el vaciado vesical completo.

Es mínimamente invasivo, confiere autonomía al paciente y reduce complicaciones frente al sondaje permanente como infecciones, litiasis vesical, pielonefrítis o deterioro renal[3].Sin embargo, a largo plazo, la adherencia al tratamiento no es tan óptima como se quisiera. Los estudios de Yavuzer et al en el 2000 hablan hasta de un 52% de abandono[4]. Hay una gran amplitud de cifras en cuanto a la Tasa de adherencia al CVI en todos los artículos encontrados. Las cifras oscilan entre el 37,5% que demostró Alsar SI et al en el 2013 llegando hasta un 86% en que lo hizo Cobussen-Boekhorst[5].

Hipótesis y Objetivo

Hipótesis: La utilización del coaching como herramienta de educación sanitaria es más efectiva para aumentar la tasa de adherencia al tratamiento con CVI que la técnica utilizada habitualmente en el adiestramiento a pacientes que realizan este procedimiento.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una herramienta de coaching en comparación con la metodología habitual utilizada en el adiestramiento a pacientes que precisan CVI.

Metodología

- **Diseño y tipo de estudio:** Experimental, longitudinal y prospectivo. Ensayo clínico aleatorizado (ECA) a simple ciego: Grupo de intervención (Adiestrados utilizando herramientas del coaching) y grupo control (Adiestrados según técnica habitual).
- **Ámbito y lugar de desarrollo del estudio:** Hospital General La Paz. Madrid. Consulta de urodinamia. Agenda de Enfermería. UROG 27. Adiestramientos.
- **Población a estudio y muestra:** Todos los pacientes candidatos a CVI derivados por el neurourólogo/urólogo a enfermería para adiestramiento en técnica. La asignación de pacientes a cada grupo se realizará de forma aleatoria. Se realizará un enmascaramiento a los pacientes de forma que no conocerán si forman parte del grupo de control o del de experimentación. Se cegará a la persona que analice los resultados(Evaluación ciega por terceros).
- **Tamaño muestral:** 200 pacientes,100 por cada grupo para alcanzar un poder estadístico del 80%, asumiendo un error tipo alfa de 0.5 y un escaso porcentaje de pérdidas(5%).
- **Recogida de datos y definición de variables:** se diseñará un cuaderno de recogida de datos (CRD) con las variables sociodemográficas y clínicas (edad, nivel de estudios, sexo, existencia o no, de enfermedad neurológica, patología que origina la prescripción, estado civil) y una variable de resultado (Adherencia al tratamiento) utilizando como instrumento de medición la escala ICAS.
- **Descripción de las intervenciones:** Se reclutarán durante un periodo de un año, todos los pacientes candidatos a adiestramiento, que estén de acuerdo en participar en el estudio formando la muestra. Se aleatorizarán en dos grupos: Intervención y control. Una vez aceptado el estudio, firmado el consentimiento y resuelto dudas, citaremos para una primera visita en la que se cumplimentará el CRD y enseñaremos la parte común a ambos grupos (Protocolo de sondaje vesical intermitente limpio).
- Las sesiones las llevarán a cabo profesionales entrenados en el proceso de adiestramiento en CVI y uso de herramientas del coaching. A ambos grupos se les dará el mismo número de sesiones (a los 15 días, a los 3, 6 meses y al año) con idéntica duración, 30 min, salvo el contenido, concretamente el enfoque de la técnica de entrenamiento. La escala ICAS se les pasará a todos los pacientes al año del inicio del tratamiento. El estudio será presentado al Comité Ético del Hospital de La Paz, se realizará de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki; así mismo todos los datos se protegerán de acuerdo con lo establecido en La Ley Orgánica 15/1999.

Resultados esperados y aplicabilidad práctica del estudio.

Los resultados espero que demuestren la veracidad de la Hipótesis, que la adherencia al tratamiento aumenta cuando se aplican técnicas de coaching en su adiestramiento. No son pocos los estudios que recomiendan aumentar las habilidades de comunicación de las enfermeras junto con un enfoque relajado y amigable[6]. Muchas de las herramientas del coaching ya son utilizadas por la enfermería actualmente. Conocer estas nuevas técnicas, poner el objeto en la persona de manera individual, promover espacios amigables, generadores de armonía y confianza, sería la excelencia para aumentar la adherencia.

Mostrar la eficacia de los tratamientos es el fin último de la investigación clínica y de la mayoría de los profesionales sanitarios. Sin embargo, conseguir que los pacientes cumplan los tratamientos o asuman conductas terapéuticas eficaces, cada vez más, supone un reto para los profesionales de nuestro sistema sanitario. La aplicabilidad práctica de este proyecto se basa en la premisa de que, el desarrollo de investigación en adherencia, a largo plazo, será la verdadera forma de mostrar la eficacia de los tratamientos y las intervenciones.

Financiamiento

El presente artículo no ha recibido ninguna beca especifica de agencias de los sectores público, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

- **Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
- **Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.
- **Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Guinet-Lacoste A, Charlanes A, Chesnell Blovet E, et al. Intermittent catheterization Adherence Scale (ICAS): A new tool for the evaluation of patient adherence with clean intermittent self-catheterization. Neurology and Urodynamics. 2018;37:2753-2757.
2. Molins J. Coaching y salud. Pacientes y médicos: una nueva actitud. Barcelona: Plataforma; 2010.
3. Panicker J, Seth J, Haslam C. Ensuring patient adherence to clean intermittent self-catheterization. Patient Prefer Adherence. Dove Medical Press. 2014;8:191-198.
4. Yavuzer G, et al. Compliance with bladder management in spinal cord injury patients. Spinal Cord. 2000;38:762-765.
5. Cobussen-Boekhorst H, et al. Which factors make clean intermittent self-catheterization successful? J Clin Nurs. 2016;25:9-10.
6. Logan K, Shaw C, Webber I, Samuel S, Broome L. Patients' experiences of learning clean intermittent self-catheterization: A qualitative study. J Adv Nurs. 2008;1(62):32-40.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

COMUNICACIÓN ORAL EN XLI CONGRESO AEEU

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

Comprehensive Training Model for Improving Compliance with the ERAS Protocol in Patients Undergoing Radical Cystectomy

Autora

Verónica Cañadilla Rodríguez[1]*

1. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Resumen

La cistectomía radical es la técnica quirúrgica predominante para tratar el cáncer vesical en estadios avanzados. La implementación del protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) por equipos quirúrgicos es cada vez más común en estas intervenciones. En el hospital universitario Fundación Jiménez Díaz, el equipo de urólogos ha desarrollado un protocolo ERAS específico para pacientes sometidos a cistectomía radical. Sin embargo, se ha observado que en la unidad de urología de este hospital, el cumplimiento del protocolo ERAS no es siempre consistente. Este proyecto busca mejorar la adherencia y el cumplimiento del protocolo ERAS por parte del personal de hospitalización en la unidad de urología. Para alcanzar este objetivo, se han identificado los factores que contribuyen al incumplimiento del protocolo mediante herramientas de análisis específicas. Se han diseñado e implementado estrategias de mejora orientadas a asegurar la adhesión al protocolo ERAS, lo que resultará en una atención de mayor calidad para los pacientes.

Palabras clave: Cistectomía. Protocolo. ERAS. Hospitalización. Adherencia.

Abstract

Radical cystectomy is the predominant surgical technique for treating advanced stage bladder cancer. The implementation of the ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocol by surgical teams is increasingly common in these interventions. At the Fundación Jiménez Díaz University Hospital, the team of urologists has developed a specific ERAS protocol for patients undergoing radical cystectomy. However, it has been observed that in the urology unit of this hospital, compliance with the ERAS protocol is not always consistent. This project aims to improve adherence and compliance with the ERAS protocol by the hospitalization staff in the urology unit. To achieve this goal, factors contributing to the non-compliance with the protocol have been identified using specific analysis tools. Improvement strategies have been designed and implemented to ensure adherence to the ERAS protocol, which will result in higher quality care for patients.

Key words: Cystectomy. Protocol. ERAS. Hospitalization. Adherence.

Introducción

El cáncer de vejiga representa el 3,3% de todos los tumores. Como en otros tipos de cáncer, hay notables diferencias entre los países menos y los más desarrollados. El 65% de los casos se registran en países desarrollados. En España aparecieron en el año 2020 unos 22.350 casos anuales, una de las incidencias más elevadas del mundo, siendo el cuarto tumor más frecuente en hombres, tras los de pulmón, próstata y colorrectales (tasa ajustada mundial en 2002: 33 nuevos casos/100.000 habitantes/año). Su tendencia es a aumentar progresivamente. Además, se calcula una prevalencia a los 5 años de 59.019 casos (7,6% de todos los tumores)[1]. En la comunidad de Madrid, el cáncer de vejiga es el quinto en incidencia con un 7,1% del total diagnosticados en el año 2020[2].

El principal factor de riesgo es el consumo de tabaco, relacionado con el número y tipo de cigarrillos consumidos y la duración del hábito tabáquico[3]. Otros factores de riesgo son la exposición a sustancias químicas (anilinas y otros hidrocarburos

*Correspondencia
Verónica Cañadilla Rodríguez
E-mail: veronica.cr.714@gmail.com

Fecha de recepción: 26/06/2023
Fecha de aceptación: 29/09/2023
Disponible en internet: 30/01/2024

Rev. Enfuro 2024; 142:18-22
www.revistaenfuro.com

© 2023 Asociación Española de Enfermería en Urología. Publicado por Index. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND

aromáticos)[4] fenacetinas y algunos agentes quimioterápicos como la ciclofosfamida[5].

La cistectomía radical con linfadenectomía pélvica es el tratamiento estándar para el cáncer de vejiga músculo-invasivo localizado y el cáncer de vejiga no músculo-invasivo con recurrencia o alto riesgo de progresión[6,7].

La cistectomía radical con derivación urinaria es una cirugía abdominal mayor compleja que se realiza habitualmente en pacientes mayores y pluripatológicos. Con frecuencia con diabetes y comorbilidades renales y cardiopulmonares[8].

Hasta dos tercios de los pacientes sometidos a este tipo de intervención pueden experimentar una complicación durante los primeros 90 días después de la cirugía, y hasta el 20% de estas son de alto grado[9,10]. Las complicaciones más frecuentes asociadas a la cistectomía con derivación urinaria son las gastrointestinales, infecciosas y urinarias[10,11,12]. Dentro de estas, las que más se producen son las gastrointestinales, para las que se han realizado importantes esfuerzos en la implantación de protocolos ERAS y "Fast Track"[13].

El motivo principal del protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) también conocido como "Fast Track", es minimizar el estrés perioperatorio, fomentando una pronta recuperación, lo que se refleja en la reducción de estancia hospitalaria y de complicaciones postoperatorias[14].

La aplicación del protocolo ERAS en cistectomía radical reduce el tiempo de estancia hospitalaria, la permanencia en UCI, la necesidad de fluidos y la administración de hemoderivados[15.] Diversos autores publican estudios cuyos resultados en estancias medias hospitalarias oscilan entre 4 días, en el caso de Daneshmand y Djaladat[16,14] y 17 días en la publicada por Ortega[17]. Otros autores, pioneros en la aplicación de protocolos ERAS, como Pruthi, han publicado tasas medias de estancia hospitalaria de 5 días[18], y de 9 días en el caso de Dutton[19].

La unidad de hospitalización urológica del Hospital Fundación Jiménez Díaz, para donde se propone este plan de mejora, es una unidad formada por pacientes de diversas especialidades. En su mayoría, el número de pacientes hospitalizados son pacientes urológicos intervenidos recientemente. Pero también comparten ubicación con pacientes hospitalizados de otras especialidades como son: ORL, cirugía torácica, cirugía plástica, cirugía maxilofacial.

Revisando los datos de estancias medias en la unidad, se objetiva que el mayor tiempo de ingreso corresponde con los pacientes intervenidos de cistectomía radical.

Mediante observación, se ha podido comprobar que no siempre se cumple con el protocolo ERAS por parte del personal asistencial. Esto abre camino a la variabilidad clínica y a la utilización ineficiente de recursos.

El plan de mejora que se propone con este trabajo consiste en elaborar un modelo integral que conduzca al cumplimiento del protocolo ERAS en los pacientes sometidos a cistectomía radical durante su estancia en hospitalización.

La motivación para realizar este plan de mejora es, en primer lugar, ofrecer unos mejores cuidados a los pacientes que se someten a este tipo de cirugía y así contribuir en su pronta y efectiva recuperación. En segundo lugar, optimizar los tiempos y recursos en hospitalización derivados de los cuidados a este tipo de pacientes.

El propósito de este plan de mejora es crear un modelo integral de capacitación que permita mejorar el cumplimiento del protocolo ERAS aplicado a pacientes sometidos a cistectomía radical. Una mejora en el cumplimiento del protocolo reduciría las complicaciones asociadas a este tipo de cirugía y por lo tanto se mejorarían datos de los tiempos de hospitalización y la utilización de recursos.

Material/Método

Para mejorar la adherencia al protocolo ERAS por parte del personal de hospitalización de la unidad de urología del hospital Fundación Jiménez Díaz e identificar los factores predisponentes para el incumplimiento de dicho protocolo se ha diseñado un diagrama de Ishikawa.

Este diagrama ha sido elaborado para encontrar las causas por las que no se cumple con el protocolo ERAS una vez el paciente está en hospitalización.

Figura 1. Causas que explican el iIncumplimiento del protocolo ERAS. (Fuente: elaboración propia)

Tras haber utilizado el diagrama de Ishikawa para identificar las causas que influyen en la falta de cumplimiento del protocolo ERAS aplicado a los pacientes sometidos a cistectomía radical, mediante una matriz de causas-acciones, se establecen las siguientes acciones de mejora. (Ver tabla 1)

Se han elaborado una serie de indicadores a través de los cuales se realizará la medición de resultados. Con los resultados se comprueba el alcance de los objetivos. (Ver tabla 2)

Resultados

Una vez identificadas las propuestas de acción, se da paso a priorizar las mismas. Para ello, se empleará el método Hanlon. Dicho método permite ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de ellos según los resultados obtenido en la siguiente fórmula[20]:

Puntuación de prioridad = (A + B) C x D

El método Hanlon se basa en los cuatro componentes siguientes:

- Magnitud del problema: número de personas afectadas por el problema. Entre 0 y 10 puntos.
- Severidad del problema: impacto del problema en las personas afectadas. Entre 0 y 10 puntos.
- Eficacia de la solución: los problemas que puedan ser solucionados serán puntuados con 1,5 puntos, y los que no puedan ser solucionados con 0,5 puntos.
- Factibilidad de la intervención: cuán factible es solucionar el problema. Donde 0 no es posible solucionar y 1 es posible solucionar. (Ver tabla 3)

Tabla 1. Acciones de mejora para reconducir el incumplimiento del protocolo ERAS.

Causas Originarias	Acciones de mejora
Dependientes del paciente	
Apoyo familiar	Se mantendrá entrevista con el paciente en la primera consulta de enfermería estomaterapeuta para determinar con qué apoyos cuenta. Si fuera necesario se derivará el caso, para seguimiento, a trabajo social.
Formación y conocimiento	Formación y conocimiento Elaboración de una guía que contenga toda la información necesaria para que el paciente sepa qué es la enfermedad y cómo se va a abordar.
Actitud	Tras el diagnóstico de la enfermedad y decidido el tratamiento quirúrgico, se derivará a todos los pacientes a una primera consulta de psicología clínica.
Dependientes del profesional	
Falta de experiencia	Se elaborarán horarios de trabajo, de tal manera que las nuevas incorporaciones a la unidad no queden solas o con personal con antigüedad menor a 6 meses en la unidad. Estos horarios serán elaborados por la supervisora de la unidad
Desconocimiento del protocolo	Elaboración de un diagrama de flujo extraído del protocolo ERAS.
Desmotivación	Sesiones de coaching.
Dependientes de la organización interna	
Poca difusión del protocolo	Envío de emails a todos los profesionales del servicio de urología. Poster informativo.
Falta de liderazgo	Se realizarán reuniones mensuales con el personal del servicio cuya finalidad sea la promoción del protocolo. Se guiará a los trabajadores en esta nueva forma de trabajo.
Comunicación no efectiva entre urólogos y equipo de hospitalización	Se programarán reuniones con el equipo de urólogos, la supervisora de la unidad y tres enfermeras de hospitalización.
Dependientes de la falta de recursos	
Unidad no específica de urología	Petición a la Dirección de Enfermería del centro que considere la opción de albergar pacientes únicamente urológicos en la unidad ya que por volumen de cirugía quedarían todas las camas cubiertas.
Falta de celadores	Petición a la Dirección de Enfermería de contar con celador propio en la unidad en los turnos de mañana y tarde.

Tras analizar los problemas identificados, se concluye que los principales problemas a priorizar para un mejor cumplimiento del protocolo ERAS en la unidad de hospitalización son:

- Formación y conocimiento de los pacientes.
- Desconocimiento del protocolo.
- Desmotivación del personal.
- Poca difusión del protocolo.
- Comunicación no efectiva entre urólogos y equipo de hospitalización.

Conclusión

Tras analizar los resultados de este modelo de capacitación integral para la mejora del cumplimiento del protocolo ERAS podemos concluir lo siguiente:

Los factores predisponentes más relevantes que se dan en la unidad de hospitalización para el incumplimiento del protocolo son: escasa formación y conocimiento de los pacientes, desconocimiento del protocolo por parte del personal de hospitaliza-

Tabla 2. Indicadores para la medición de los resultado.

Acción de mejora priorizada	Actividades	Calendario	Responsable	Recursos	Indicadores
Formación y conocimiento de los pacientes.	Elaboración de una guía informativa	Trimestral	Enfermera estomaterapeuta	Ordenador y paquete office.	Pacientes programados para cistectomía radical con formación previa a la cirugía.
Desconocimiento del protocolo.	Elaboración de un esquema del protocolo.	Trimestral	Coordinadora de la unidad	Ordenador y paquete office	Personal de hospitalización informados del nuevo protocolo ERAS.
Desmotivación del personal.	Sesiones de coaching	Trimestral	Supervisora	Despacho	Sesiones de coaching realizadas con el personal de hospitalización
Poca difusión del protocolo.	Elaboración de un poster informativo y envío de emails	Mensual	Enfermeras del turno de tarde y médicos residentes en urología.	Ordenador. Internet.	Poster realizados y distribuidos en servicios quirúrgicos.
Comunicación no efectiva entre urólogos y equipo de hospitalización.	Reuniones de equipo	Semanales	Equipo médico de urología, supervisora unidad, una enfermera de cada turno.	Sala de reuniones.	Reuniones celebradas entre urólogos y equipo de hospitalización.

ción, desmotivación del personal, poca difusión del protocolo y comunicación ineficaz entre los diferentes componentes del equipo.

Tabla 3. Priorización de problemas en la unidad de hospitalización mediante el método Hanlon.

Problema	A	B	C	D	Total
Apoyo familiar	3	8	0,5	0	0
Formación y conocimiento	8	6	1,5	1	21
Actitud	8	8	0,5	0	0
Falta de experiencia	3	7	0,5	1	5
Desconocimiento del protocolo	8	8	1,5	1	24
Desmotivación	7	9	1,5	1	24
Poca difusión del protocolo	9	9	1,5	1	27
Falta de liderazgo	5	3	1	1	8
Comunicación no efectiva entre urólogos y equipo de hospitalización	8	8	1	1	16
Unidad no específica de urología	6	7	0,5	1	6,5
Falta de celadores	9	9	0,5	1	9

Para conseguir la implicación del equipo de hospitalización en el cumplimiento de este protocolo se han desarrollado diferentes acciones de mejora que quedan recogidas en este plan.

Las acciones de mejora que se proponen dirigidas a resolver estos factores son:

1. Elaboración de guías informativas para los pacientes.
2. Elaboración de diagramas de flujo informativos para guiar a los profesionales.
3. Agendar sesiones de coaching" con cada miembro de la unidad.
4. Elaboración de pósteres informativos para fomentar la difusión del protocolo.
5. Celebración de reuniones periódicas para paliar la falta de comunicación entre el equipo.

Como recomendaciones generales para tener en cuenta a la hora de la implantación de este plan, sería interesante tener en consideración la proactividad laboral del equipo de hospitalización al que se le aplique. Un equipo de trabajo proactivo hará que la consecución de objetivos sea más sencilla y más rápida. Sin embargo, un equipo de trabajo que no goce de esta característica hará que el plan tenga mayores dificultades para lograr el éxito. Esto afectaría directamente a los tiempos de aplicación, pudiendo aumentar o disminuir en función de las características que se detecten en el equipo.

Para proceder a la implantación del plan de mejora, es necesario que todos los profesionales implicados se comprometan a la realización de las actividades propuestas. Es aquí donde se identifican más problemas debido al trastorno que les produce un cambio en la metodología de trabajo, provocado en ocasiones por la inseguridad a lo desconocido o la aportación de un esfuerzo superior.

Para finalizar, se prevé que el cumplimiento del protocolo ERAS por parte del personal en la unidad de hospitalización urológica de la Fundación Jiménez Díaz mejorará significativamente tras la implantación de este modelo de capacitación integral.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a la dirección de enfermería del hospital Fundación Jiménez Díaz la oportunidad de cursar el máster a raíz del cual he realizado este trabajo final.

Sin olvidarme también de mi tutor de TFM, Miguel Ángel Urquídez Ramírez por sus consejos que me han servido de guía para poder elaborarlo.

Financiamiento

El presente artículo no ha recibido ninguna beca especifica de agencias de los sectores público, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

- **Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
- **Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.
- **Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Cáncer de vejiga: qué es [Internet]. Contraelcancer.es. [citado el 16 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-vejiga
2. Madrid.org. [citado el 16 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050468.pdf
3. Brennan P, Bogillot O, Cordier S, Greiser E, Schill W, Vineis P, et al. Cigarette smoking and bladder cancer in men: a pooled analysis of 11 case-control studies. Int J Cancer. 2000;86(2):289-94.
4. Kogevinas M, t'Mannetje A, Cordier S, Ranft U, Gonzalez CA, Vineis P, et al. Occupation and bladder cancer among men in Western Europe. Cancer Causes and Control. 2003;14(10):907-14.
5. Travis LB, Curtis RE, Glimelius B, Holowaty EJ, Van Leeuwen FE, Lynch CF, et al. Bladder and kidney cancer following cyclophosphamide therapy for non-Hodgkin's lymphoma. J Natl Cancer Inst. 1995;87(7):524-30.
6. Alfred Witjes J, Lebret T, Comperat EM, Cowan NC, De Santis M, Bruins HM. Pautas actualizadas de la EAU de 2016 sobre el cáncer de vejiga metastásico y con invasión muscular. Eur Urol. 2017;71:462–475.
7. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, Groshen S, Feng AC, Boyd S. Cistectomía radical en el tratamiento del cáncer de vejiga invasivo: resultados a largo plazo en 1054 pacientes. J Clin Oncol. 2001;19:666–675.
8. Lamb BW, Tan WS, Eneje P, Bruce D, Jones A, Ahmad I, et al. Beneficios de la cistectomía robótica con derivación intracorpórea para pacientes con baja aptitud cardiorrespiratoria: un estudio de cohorte prospectivo. Urol Oncol. 2016 septiembre;34(9):417.e17-23.

9. Anderson CB, McKiernan JM. Complicaciones quirúrgicas de la derivación urinaria. Urol Clin North Am. 2018 febrero;45(1):79-90.
10. Nazmy M, Yuh B, Kawachi M, Lau CS, Linehan J, Ruel NH, et al. Complicaciones tempranas y tardías de la cistectomía radical asistida por robot: un análisis estandarizado por tipo de derivación urinaria. J Urol. 2014 marzo;191(3):681-7.
11. Hautmann RE, de Petriconi RC, Volkmer BG. Lecciones aprendidas de 1000 neovejigas: la tasa de complicaciones de 90 días. J Urol. 2010 septiembre;184(3):990-4; prueba 1235.
12. Desai MM, Simone G, de Castro Abreu AL, Chopra S, Ferriero M, Guaglianone S, et al. Robotic Intracorporeal Continent Cutaneous Diversion. J Urol. 2017 agosto;198(2):436-444.
13. Faba OR, Moreno RP, Malca L, Martínez AP, Nervo N, Breda A, et al. Manejo postoperatorio de la cistectomía radical. Revisión de la evidencia sobre la prevención y el tratamiento de las complicaciones urológicas. Actas Urol Esp (Ed Ingles). 2018;42(3):143–51. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.acuroe.2018.02.002
14. Djaladat H, Daneshmand S. Enhanced recovery pathway following radical cystectomy. Curr Opin Urol. 2014;24:135-9.
15. Uña Orejón R, Mateo Torres E, Huercio Martínez I, et al. Aplicación de ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) y cirugía laparoscópica en el manejo de pacientes con cáncer de vejiga. Arch Esp Urol. 2018;71(2):178–86.
16. Daneshmand S, Ahmadi H, Schuckman A, et al. Enhanced Recovery Protocol after Radical Cystectomy for Bladder Cancer. J Urol. 2014;192:50-6.
17. Ortega-Lucea SM, Martínez-Ubieto J, Júdez-Legaristi D, et al. Implantación de un protocolo fast-track en cistectomía radical en un hospital terciario. Actas Urol Esp. 2015;39(10):620-7.
18. Persson B, Carringer M, Andrén O, et al. Initial experiences with the enhanced recovery after surgery (ERAS®) protocol in open radical cystectomy. Scand J Urol. 2015;49(4):302-7.
19. Dutton T, Daughrty M, Mason R, et al. Implementation of the Exeter Enhanced Recovery Programme for patients undergoing radical cystectomy. BJU Int. 2014;113:719-25.
20. Método de Hanlon [Internet]. Piloto Sala de Situación de Salud Local para la prevención del SUH. Módulo Alimentos. 2016 [citado el 22 de junio de 2022]. Disponible en: https://pilotosaladesituacion.wordpress.com/metodo-de-hanlon/

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

COMUNICACIÓN ORAL EN XLI CONGRESO AEEU

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

Nursing Intervention in Chemohyperthermia for Patients with Bladder Cancers

Autora

Alejandra Serna Céspedes[1]*

1. Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Resumen

Introducción: El tratamiento de quimiohipertermia va adquiriendo mayor importancia dentro de los tratamientos existentes en el cáncer de vejiga. Los profesionales de enfermería deben abordar el cuidado de los pacientes de manera integral, aportando distintas competencias en las actuaciones del día a día. La actuación de enfermería comienza antes de proceder a realizar la técnica de quimiohipertermia, valorando el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre la enfermedad y resolviendo las dudas que puedan surgirle antes del procedimiento realizado por los profesionales sanitarios. **Material y Método:** El proyecto se llevará a cabo por los profesionales de enfermería en la unidad de vejiga. Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura existente donde el objetivo es conocer el grado de actuación que presentan los profesionales de enfermería en la aplicación de la quimiohipertermia y la percepción del paciente ante el tratamiento. **Resultados:** Se han encontrado diferentes alternativas en el tratamiento del cáncer de vejiga. **Discusión:** El tratamiento con mitomicina es un tratamiento seguro que comporta una menor tasa de recurrencia en el cáncer de vejiga. **Conclusión:** Las revisiones más recientes destacan la importancia de la quimiohipertermia comparada con otros tratamientos; sin embargo, hay una carencia de información sobre la participación de enfermería en la técnica y administración de este tratamiento. La implementación de una actuación de enfermería más definida podría contribuir significativamente a mejorar la calidad y el cuidado proporcionado al paciente.

Palabras clave: Quimiohipertermia. Enfermería. Cáncer de vejiga.

Abstract

Introduction: The treatment of chemohyperthermia is gaining increasing importance among existing treatments for bladder cancer. Nursing professionals must address patient care in a comprehensive manner, bringing various skills to their day-to-day actions. Nursing action begins before proceeding to perform the chemohyperthermia technique, assessing the patient's level of knowledge about the disease and resolving any doubts that may arise before the procedure carried out by healthcare professionals. **Material and Method:** The project will be carried out by nursing professionals in the bladder unit. A systematic review of the existing literature has been conducted with the aim of understanding the extent of nursing professionals' involvement in the application of chemohyperthermia and the patient's perception of the treatment. **Results:** Various alternatives in the treatment of bladder cancer have been found. **Discussion:** Treatment with mitomycin is a safe treatment that leads to a lower recurrence rate in bladder cancer. **Conclusion:** The most recent reviews highlight the importance of chemohyperthermia compared to other treatments; however, there is a lack of information regarding nursing participation in the technique and administration of this treatment. Implementing a more defined nursing action could significantly contribute to improving the quality and care provided to the patient.

Key words: Chemohyperthermia. Nursing. Bladder cancer.

***Correspondencia**
Alejandra Serna Céspedes
E-mail: alesernacespedes@gmail.com

Fecha de recepción: 19/09/2023
Fecha de aceptación: 01/10/2023
Disponible en internet: 30/01/2024

Rev. Enfuro 2024; 142:23-26
www.revistaenfuro.com

© 2023 Asociación Española de Enfermería en Urología. Publicado por Index. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND

Introducción

El cáncer de vejiga se sitúa en el noveno lugar en cuanto al número de diagnósticos de cáncer a nivel mundial. Es un tumor más frecuente de lo que a veces transmiten las estadísticas, estando la edad media del diagnóstico en torno a los 70 años. Los tumores de la vía urinaria son más frecuentes en el oeste europeo (incluido España) y América del Norte, respecto a Asia o Europa del este[1].

Durante los últimos años, se ha observado una ligera disminución en las tasas tanto de nuevos diagnósticos como de muertes asociadas al cáncer de vejiga en mujeres. Por otro lado, aunque en hombres también se ha registrado una reducción en la incidencia de nuevos casos, la tasa de mortalidad por esta enfermedad ha permanecido constante.

El tratamiento de elección para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo de alto riesgo (CVNMI) es el bacilo de Calmette-Guérin (BCG). Sin embargo, cuando este tratamiento falla antes de llegar a la cistectomía radical, se podría plantear la utilización de quimiohipertermia intravesical con mitomicina o gencitabina. Recientemente se están desarrollando ensayos con diversos fármacos para evitar esta cirugía en pacientes con fracaso de BCG.

El pronóstico indica que entre el 50% y el 80% de los cánceres de vejiga no muestran invasión muscular (clasificaciones Ta, Tis o T1) en su presentación inicial. En estos casos, la ocurrencia de metástasis y la progresión a los ganglios linfáticos son relativamente raras, especialmente cuando los pacientes reciben el tratamiento adecuado, lo cual se refleja en una tasa de supervivencia del 81%. Por otro lado, para los pacientes diagnosticados con enfermedad en los estadios T2 y T3, la tasa de supervivencia a cinco años post-cistectomía radical varía entre el 50% y el 75%[2].

El enfoque de este trabajo está dirigido a los profesionales de enfermería, con el objetivo de ampliar su conocimiento sobre el uso y procedimiento de la quimiohipertermia en el tratamiento del cáncer de vejiga. Además, se proporcionarán recomendaciones prácticas que podrían resultar valiosas para su implementación en sus respectivos ámbitos laborales.

Material/Método

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de distintos artículos. Se han utilizado las bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo y Cuiden.

En la búsqueda en PubMed, a partir de los términos "Cáncer de vejiga", "Cáncer de vejiga no invasivo del músculo", "NMIBC", "BCG", "" Mitomycin ", "MMC", "Hipertermia" ", "Bladder", "Urinary Bladder Neoplasms", se han encontrado cinco resultados de los cuales hemos escogido tres. Estos resultados también salían en la base de datos de Dialnet, siendo al final la base que se ha utilizado para elegir los artículos finales del trabajo. Además, se ha utilizado la información publicada en el libro "Bladder cancer" publicado este año en Access Medicine.

Criterios de inclusión:

- Ensayos clínicos actualizados, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas con metanálisis que estén relacionados con la aplicación de la quimiohipertermia.
- Estudios que comparen la quimiohipertermia frente a otros fármacos.
- Estudios que incluyan pacientes de cualquier edad.
- Estudios donde se evalúe las sensaciones de los pacientes en el tratamiento de quimiohipertermia.

Criterios de exclusión:

- Artículos publicados hace 15 años o más

En la tabla mostrada a continuación, se describen los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica del trabajo:

Tabla 1. Artículos consultados para la revisión bibliográfica del estudio

1	Base de datos	Título del artículo	Año
2	DIALNET	Quimioterapia intravesical térmica como tratamiento adyuvante en pacientes de cáncer de vejiga alto riesgo no-músculo invasivos.	2021
3	DIALNET	Quimiohipertermia con MMC en el cáncer de vejiga no músculo invasivo: estado actual y perspectivas futuras.	2018
4	IBECS	Análisis de tolerancia y seguridad de la quimiohipertermia con Mitomicina C en el tratamiento del cáncer de vejiga no músculo invasivo.	2018

RESULTADOS

Objetivo principal:

- Elaborar un protocolo sobre el método de aplicación de la quimiohipertermia en la unidad de vejiga del hospital.

Objetivos específicos:

- Conocer el grado de implantación del protocolo.
- Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes.
- Determinar el nivel de satisfacción de los profesionales de la unidad.

La recogida de los datos del estudio, se llevará a cabo mediante el cuestionario que rellenen los enfermeros que trabajen en el centro donde se realice el método de quimiohipertermia intravesical.

El análisis de datos se realizará a través del programa Stadistical Package for Social Science (SPSS). Se analizarán las variables cuantitativas y cualitativas:

- Las variables cuantitativas: se analizarán mediante la media, la moda, y la mediana. El cálculo de la muestra se hará con un intervalo de confianza del 95%, con un error alfa del 5%.
- Las variables cualitativas: se expresarán en porcentajes.

El plan de trabajo propuesto se estima que se llevará a cabo en un periodo de tiempo de 8 meses y se divide en 4 etapas:

Primera etapa:

1. Se realizará una revisión bibliográfica de los artículos que estén relacionados con el tema.

2. Se diseñará el proyecto. Habrá una reunión con el comité de ética asistencial para la aprobación, con la supervisora y el equipo de enfermería.
3. Se propondrá el estudio, informando de los objetivos.

Segunda etapa: Se seleccionarán los sujetos según los criterios de inclusión y exclusión que se han establecido. La asignación de los sujetos se hará de manera aleatoria y se recogerán los datos obtenidos del cuestionario que se haya rellenado.

Tercera etapa: se organizarán los datos que se hayan obtenido y se analizarán. Se elaborarán los resultados y se llegará a una conclusión.

Cuarta etapa: se publicarán y se divulgarán los datos. Se difundirán los resultados mediante comunicaciones orales o pósters.

Tabla 2. Calendario de actividades

ETAPAS	1º	2º		3º			4º	
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Búsqueda de artículos								
Selección de la muestra								
Recogida de datos								
Análisis de datos								
Conclusiones del estudio								
Publicación del estudio								

Discusión

En un estudio realizado para evaluar los resultados oncológicos de Mitomicina C hipertérmica (MMC) en el tratamiento adyuvante del cáncer de vejiga no músculo invasivo de alto riesgo. Se llegó a la conclusión de que la terapia con mitomicina intravesical es un tratamiento seguro y podría ser una opción de tratamiento eficaz para prevenir la progresión de la enfermedad en pacientes con cáncer de vejiga de alto riesgo[3].

En otro estudio se demostró que la quimiohipertermia es una alternativa segura para el tratamiento del cáncer vesical no músculo invasivo (TVNMI) de riesgo intermedio y alto. El tratamiento de quimiohipertermia no añadía más efectos adversos que las instilaciones de mitomicina sola y presentaba un mejor perfil de toxicidad que lo anteriormente descrito en la literatura respecto al tratamiento con BCG[4].

En la comparación entre el tratamiento con quimiohipertermia y el tratamiento con terapia bacillus Calmette-Guérin (BCG) en pacientes con cáncer de vejiga sin invasión muscular, se ha obtenido que la quimiohipertermia tiene un índice de recurrencia mucho menor que la terapia con BCG[5].

En la última publicación de este año se ha encontrado que la quimioterapia neoadyuvante beneficia a muchos pacientes que presentan invasión muscular antes de la cistectomía. Los efectos secundarios incluyen síntomas de micción irritativa y cistitis hemorrágica. Sin embargo, los pacientes en los que se desarrollan síntomas o infección por el bacilo de BCG pueden requerir terapia antituberculosa.

Para la elaboración del trabajo se analizarán distintas variables que quedarán recogidas en una serie de preguntas que los profesionales sanitarios deberían plantear durante el tratamiento de la quimiohipertermia:

- ¿Cuál es sexo del paciente?
- ¿El paciente es conocedor de la enfermedad?
- ¿ Ha presentado el paciente efectos secundarios durante o después del tratamiento?
- ¿Le ayuda en la sesión del tratamiento tener algún elemento de distracción?
- ¿Prefiere estar acompañado por algún familiar o conocido durante el tratamiento?

Conclusión

A pesar de haber buscado alternativas de terapias en el cáncer de vejiga, no se han encontrado artículos que traten del cuidado de los pacientes y la actuación de enfermería en la aplicación y cuidados en el tratamiento de la quimiohipertermia.

La elaboración del protocolo planteado junto con los avances que sigue habiendo para el cáncer de vejiga ayudaría a las sesiones de tratamiento de los pacientes. Los datos personales serán tratados según la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LODP) garantizando la confidencialidad. Este proyecto se basa en los principios éticos que se encuentran recogidos en la Declaración de Helsinki de 1964. Se atenderán las necesidades básicas: dimensión social, biológica, espiritual y mental de la persona basándose en los principios éticos de beneficencia, justicia, equidad y no maleficencia.

Es importante conocer el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre la enfermedad, ya que en algunas ocasiones a pesar de que se explique el tratamiento al paciente, hay factores como la edad o la falta de conocimientos sanitarios no se consigue que el paciente entienda con claridad el proceso del tratamiento y puede llegar a generar desconfianza o miedo. Por otro lado, es de vital importancia conocer si el paciente ha presentado efectos secundarios del tratamiento ya que hay que saber el grado de tolerancia del mismo.

Además, se recomienda al paciente traer a las sesiones de quimioterapia elementos de distracción como auriculares, libros o revistas. Hay estudios que demuestran que la distracción del paciente ayuda a tolerar mejor las sesiones de quimioterapia.

Por último, en la medida que se pueda según las instalaciones del centro, se podría ofrecer en que el paciente se encuentre acompañado por algún familiar en caso de que a este le sea beneficioso para tolerar mejor el tiempo de espera del tratamiento. El estudio se basará en el cuidado respecto a la privacidad, autonomía, confidencialidad, confiabilidad y fidelidad.

Financiamiento

El presente artículo no ha recibido ninguna beca especifica de agencias de los sectores público, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

- **Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
- **Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.
- **Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Cáncer de vejiga - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. [Citado 26 de abril de 2023]. Disponible en: https://seom.org/info- sobre-el-cancer/vejiga.
2. Papadakis MA, McPhee SJ. Bladder Cancer. En: Quick Medical Diagnosis & Treatment 2023 [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2023 [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1194981794.
3. Efiloglu O, Bayrak O, Turan T, Özgür Kazan H, Çulpan M, Çağlar Çakıcı M, et al. Quimioterapia intravesical térmica como tratamiento adyuvante en pacientes de cáncer de vejiga alto riesgo no-musculoinvasivos. Arch Esp Urol. 2021;74(9):875-82.
4. Coenen JJMJH, van Valenberg FJP, Arends TJH, Witjes JA. Quimiohipertermia con MMC en el cáncer de vejiga no músculo invasivo: estado actual y perspectivas futuras. Arch Esp Urol. 2018;71(4):400-8.
5. León Mata J, Domínguez Escrig JL, Palou Redorta J, Sousa González D, Álvarez Casal M, Sousa Escandón MA, et al. Análisis de tolerancia y seguridad de la quimiohipertermia con Mitomicina C en el tratamiento del cáncer de vejiga no músculo invasivo. Arch Esp Urol. 2018;71(4):426-37.

De interés

24º Encuentro Internacional EAUN (EAUN24), 6-8 de abril de 2024, París, Francia.

EAUN24 (https://eauncongress.uroweb.org/)

Reunirá a especialistas en enfermería urológica y profesionales médicos para una revisión vital de las prácticas clínicas y la investigación.

El programa científico incluye tres sesiones plenarias, siete conferencias sobre el estado del arte, trece sesiones temáticas, tres sesiones de especialidad, visitas hospitalarias y dos cursos de la Escuela Europea de Urología.

Durante tres días, EAUN24 ofrece una plataforma excepcional para la colaboración y el intercambio de conocimientos entre profesionales de la salud dedicados. Los delegados pueden participar en oportunidades únicas de networking no sólo durante las sesiones, en el área del stand de EAUN y en la exposición, sino también en la Cena de Enfermeras organizada la noche del viernes 5 de abril. ¡La Junta Directiva de EAUN y el Comité Científico esperan darle la bienvenida en París!

Estos son los canales de Redes Sociales:
https://www.facebook.com/eaunpage
https://twitter.com/EAUNurses
https://www.linkedin.com/company/european-association-of-urology-nurses-eaun/

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.

La XXVIII Reunión Nacional del Grupo de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica (GUFFU) este año se celebrará en Girona los días **16 y 7 de mayo de 2024**. Abierto el plazo de envío de resúmenes. Abierta la inscripción y alojamiento.

Sede:
Palacio de Congresos de Girona.
Passeig de la Devsa, 35, 17001 Girona.

El 31 de mayo de 2024 la AEEU junto con el INSTITUT GUTTMANN: HOSPITAL DE REHABILITACIÓN de Badalona (Barcelona) organizarán una jornada que tratará la problemática urológica en pacientes neurológicos. Será presencial (aforo limitado), grabada para socios. Iremos ampliando la información sobre la misma.

Cada año, la **Sociedad Internacional de Continencia** (por sus siglas en inglés ICS) organiza su reunión anual que reúne a profesionales de la salud interesados en el tratamiento de pacientes con incontinencia. Los asistentes pueden beneficiarse de las últimas investigaciones, desarrollo profesional y oportunidades de networking. Proporciona una plataforma para intercambiar ideas y compartir mejores prácticas. Los principales expertos en el campo también presentan talleres y sesiones de vanguardia.

En el año 2023 se celebró en Toronto (Canadá). **En 2024 será en Madrid los días 23, 24, 25 de octubre.** ICS 2024 Madrid ofrece a los profesionales sanitarios una oportunidad incomparable de marcar una diferencia real en la vida de las personas que padecen incontinencia. Es una excelente oportunidad para aprender de otros, escuchar sus historias y experiencias y conocer los últimos avances en el cuidado de la incontinencia. El programa estará lleno de todos los aspectos de la continencia y la función urinaria.

¡Suscríbete para recibir actualizaciones!
https://ics.org/news/1408

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.

En esta misma Asamblea se acordó que **el XLII Congreso de AEEU se celebrará en Bilbao en el mes de mayo de 2025.** Anímate a participar publicando, presentando una comunicación o poster.

Nuestra revista **ENFURO** (https://revistaenfuro.com/) 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, pero no tenemos en la actualidad Factor de Impacto.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

COMUNICACIÓN ORAL EN XLI CONGRESO AEEU

Uso del dispositivo de vacío (VED) en un paciente tributario a implante de prótesis peneana (IPP)

Utilization of the Vacuum Erection Device (VED) in a Patient Eligible for Penile Prosthesis Implantation (IPP)

Autores

Gabino Adalid Loma [1]*, Esther Franquet Barnils[1], Mireia Plans Marcobal[1], Mónica García Sorroche[2].

1. Fundació Puigvert, Barcelona
2. Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Resumen

El uso regular del dispositivo de vacío (VED) antes de la implantación de una prótesis peneana (IPP) juega un rol crucial en la prevención de la involución peniana. Esta práctica puede incrementar tanto la distensibilidad del tejido peneano como el tamaño del pene en estado de reposo, posibilitando la implantación de una prótesis de mayor tamaño. Este aumento en tamaño facilita significativamente el proceso quirúrgico. Además, es vital que el paciente reciba una formación adecuada sobre cómo utilizar el VED y que haya un seguimiento constante por parte del equipo de enfermería. Esto asegura una mejor adherencia al tratamiento y minimiza los riesgos de uso incorrecto del dispositivo, lo que a su vez puede reducir las complicaciones, acortar el tiempo de recuperación y mejorar la satisfacción general del paciente.

Palabras clave: Dispositivo de vacío. Disfunción eréctil. Prótesis de pene.

Abstract

The regular use of the vacuum device (VED) prior to the implantation of a penile prosthesis (IPP) plays a crucial role in preventing penile involution. This practice can increase both the distensibility of the penile tissue and the size of the penis at rest, enabling the implantation of a larger prosthesis. This increase in size significantly facilitates the surgical process. Moreover, it is vital that the patient receives proper training on how to use the VED and that there is constant follow-up by the nursing team. This ensures better adherence to the treatment and minimizes the risks of incorrect use of the device, which in turn can reduce complications, shorten the recovery time, and improve the overall satisfaction of the patient.

Key words: Vacuum device. Erectile dysfunction. Penile prosthesis.

Introducción

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad permanente o recurrente para conseguir y/o mantener una erección suficiente que permita disfrutar de una actividad sexual satisfactoria (The Second International Consulation on Sexual Dysfunction, 2004, Paris).

La prevalencia varía entre diferentes países, culturas y razas. En España, aproximadamente un 20% de los hombres entre 25 y 75 años tienen problemas de erección según datos del estudio EDEM (Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina), lo que se traduce en unos 2.000.000 de hombres con DE, alcanzado el 50% en mayores de 60 años[1].

Los tratamientos farmacológicos de primera y segunda línea (terapia sistémica y local), no siempre resultan efectivos o pueden no ser adecuados para mantener la funcionalidad del tejido peneano en pacientes con DE[2], por lo que en algunos casos puede ser necesario considerar el IPP como tratamiento definitivo para esta condición.

***Correspondencia**
Gabino Adalid Loma
E-mail: gabiadalid@gmail.com

Fecha de recepción: 21/09/2023
Fecha de aceptación: 01/10/2023
Disponible en internet: 30/01/2024

Rev. Enfuro 2024; 142:28-30
www.revistaenfuro.com

© 2023 Asociación Española de Enfermería en Urología. Publicado por Index. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND

La retracción y la pérdida de distensibilidad del tejido peneano, secundarios a la falta de funcionalidad no favorece la cirugía de IPP, entorpece la recuperación postquirúrgica y minimiza notablemente el alcance de las expectativas del paciente, elevando su nivel de frustración y baja autoestima.

El uso regular del dispositivo VED previo a la implantación de una PPH, siempre que no esté contraindicado, puede ayudar a mantener, e incluso aumentar, el tamaño del pene en reposo así como distensibilidad del tejido[3], facilitando el proceso quirúrgico y la recuperación del paciente[4].

Material / Método

Paciente de 50 años con pareja estable, diagnosticado de DE secundaria a Prostatectomía Radical y Linfadenectomía de 36 meses de evolución refractaria a tratamientos farmacológicos conservadores de primera línea vía oral (IPDE5) y de segunda línea vía intrauretral e intracavernosa (alprostadilo y papaverina). No responde adecuadamente a la terapia de vacío, aunque la misma provoca distensibilidad en el tejido peneano sin conseguir una rigidez satisfactoria para el paciente, por lo que en sesión multidisciplinar se decide proponer para IPP.

En la visita enfermera informativa previa a la cirugía, se aclaran conceptos, expectativas y riesgos asociados a la intervención quirúrgica que el paciente acepta de forma verbal, firmando posteriormente los correspondientes consentimientos informados.

Con el fin de mantener el tamaño y distensibilidad del tejido peneano se propone el uso diario del dispositivo VED de tipo electrónico, hasta el momento de la cirugía prevista en cuatro meses, realizando la correspondiente formación para su correcto uso.

Se trata de realizar dos ejercicios diarios (mañana y noche) provocando distensión peneana por presión negativa dentro de un nivel de tolerancia adecuado e indicado en consulta, manteniendo una presión determinada por un período de ocho minutos en cada ejercicio.

El seguimiento es quincenal, adaptando el ejercicio a la evolución y la tolerancia del paciente al dispositivo, a la vez que se fomenta la adherencia terapéutica, implicando y animando al paciente a formar parte del proceso de preparación previo al IPP.

Resultados

Tras dos meses de uso del dispositivo VED, el paciente mantiene la tolerancia al dispositivo y aumenta ligeramente la distensibilidad del tejido peneano, manteniendo el tamaño del pene en reposo.

Al 3er mes el paciente refiere haber aumentado la tolerancia al dispositivo, aplicando una mayor presión negativa y aumentando el tiempo de exposición a la misma hasta los diez minutos por sesión. Se comprueba en la consulta de enfermería. Por otro lado, tanto la distensibilidad peneana como el tamaño del pene en reposo se ven aumentados en unos 0,2 cm con relación al control previo al uso del dispositivo.

A los 120 días posteriores al inicio del uso del dispositivo VED, la distensibilidad peneana y el tamaño del pene en reposo se ven aumentados en 0.5 y 1 cm respectivamente, lo que permite colocar unos cilindros de prótesis peneana de mayor tamaño a los previstos inicialmente.

El procedimiento quirúrgico transcurrió sin complicaciones, así como la recuperación postquirúrgica.

Tras las correspondientes curas y formación para la activación/desactivación de la prótesis, el paciente mantiene su primera relación sexual satisfactoria a las cinco semanas tras la cirugía.

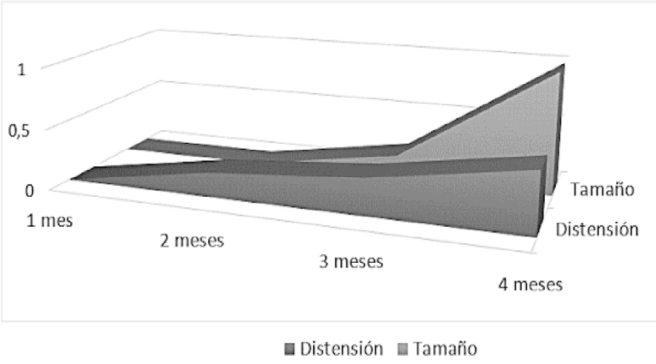

Figura 1. Evolución de la distensión y el tamaño del pene

Discusión

El uso del VED como dispositivo desarrollador/mantenedor del tejido peneano implementado previa implantación de una prótesis de pene, consiguió incorporar al paciente en el proceso, favoreciendo expectativas reales.

El cirujano refirió haber realizado el procedimiento sin incidencias, catalogando al dispositivo VED como **"elemento facilitador"**, aumentando las posibilidades de éxito intraquirúrgico y postquirúrgico, ya que las dificultades que pueden producirse en mencionado proceso están directamente relacionadas con un aumento en el tiempo de recuperación del paciente, así como de una mayor probabilidad de que la misma no sea completa.

El paciente refirió estar satisfecho con la atención prestada y con el resultado obtenido, mejorando suexperiencia en la esfera sexual.

Conclusión

Trabajar de manera adecuada el tejido peneano con el dispositivo VED previamente a la implantación de una prótesis de pene, puede evitar la involución, aumentar la distensibilidad del tejido, e incluso el tamaño del pene en reposo. Además, facilita la implantación de la prótesis minimizando las posibles complicaciones, lo que a su vez se traduce en una mayor satisfacción para el paciente y su pareja.

Financiamiento

El presente artículo no ha recibido ninguna beca especifica de agencias de los sectores público, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

- **Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

- **Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.
- **Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Martin Morales A, Sanchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, et al. Prevalence and independent risk factors for Erectil Dysfunction In Spain: Results of EDEM study. J Urol 2001;166(2):569-575.
2. Dorsey P, Keel C, Klavens M, Hellstrom WJG. Phosphodiesterase type 5 (IPDE5) inhibitors for the treatement of erectile dysfunction. Expert Opin Pharmacother. 2010 May;11(7):1109-1122
3. Levine LA, Dimitriou RJ. Vacuum constriction and external erection devices in erectile dysfunction. Urology 2001 Feb;57(2):301-305
4. Canguven O, Talib RA, Campbell J, De Young L, El Ansari W, Al-Ansari A. Is the daily use of vacuum erection device for a month before penile prosthesis implantation beneficial? a randomized controlled trial. Andrology. 2017 Jan;5(1):103-106. doi: 10.1111/andr.12258. Epub 2016 Sep 21. PMID: 27654466.
5. Servicio de Urología, Universidad de Western Ontario, London, Canadá Andrology. 2017 Jan;5(1):103-106.

Ponle cara

Recientemente nuestro socio número 595 se ha jubilado.

¿Quién es el socio 595 de la AEEU?

Mario Pierre-Louis Lauture es Técnico Especialista en Laboratorio, Diplomado Universitario en Enfermería, Diplomado en Pediatría y Puericultura. Ha ejercido como enfermero.

Al preguntarle por su vocación y por su trabajo me dice:

"La vocación de la enfermería fue inspirada por mi padre, que siempre trabajó en la sanidad, además tengo dos hermanos médicos y una enfermera. Como se puede ver en mis titulaciones, mis primeros estudios fueron orientados a la sanidad y así continué hasta que obtuve mi primer trabajo como enfermero.

Mi vida profesional siempre ha estado relacionada con la urología, porque empecé a trabajar en Julio de 1986 en la consulta de Urología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, y continué prestando mis servicios en urología en el Hospital de Mora (Cádiz).

En noviembre de 1987 me trasladé al Hospital Universitario Virgen Macarena y estuve unos años trabajando en Traumatología. En 1992 pasé a ocupar un puesto como enfermero en la Unidad de Urología hasta el final de mi carrera, el día 15 de noviembre de 2023. Desde 2009 he formado parte de diferentes grupos de trabajo de investigación, tanto en España como en el extranjero (Europa y EEUU)".

Mario ha asistido y participado en nuestros congresos AEEU – ENFURO desde 1996 hasta la fecha. Incluso ha formado parte del Comité Científico de los mismos.

Reproduzco sus palabras porque nos explica perfectamente lo que ha supuesto para él ser enfermero:

"Nunca imaginé que mi trayectoria sería tan provechosa y llena de experiencias significativas. A lo largo de los años, he tenido el privilegio de formar parte de varios grupos de enfermeros referentes en Unidades de Lesión Medular y Urología de toda España.

A lo largo de los años he formado parte de equipos que han trabajado incansablemente para aliviar el dolor y promover la salud, por ejemplo, durante la pandemia de Covid-19. Esto ha sido un honor y un privilegio que nunca olvidaré. Mientras celebro el final de mi etapa profesional, reflexiono sobre las innumerables experiencias y recuerdos que he acumulado en ella.

En conclusión, quiero expresar mi sincero agradecimiento a todos mis compañeros por haber sido parte de mi trayectoria profesional. Me llevo conmigo no solo conocimientos y habilidades, sino también el afecto y la amistad que hemos compartido a lo largo de los años.

Para finalizar quiero también dar las gracias a mi familia, en particular a María José, mi esposa, por su apoyo, su amor incondicional y su presencia a mi lado en todo momento".

Mario. Ha sido un placer poder compartir contigo momentos en cursos, jornadas, congresos. Esperando que no te desligues de AEEU-ENFURO, contando con tu ayuda, gracias por tu trabajo.