Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Núm. 150 | 2026 | ISSN: 2695-5172 e-ISSN: 2695-5180 | www.revistaenfuro.com

Interview with Paco

Efectividad de la rehabilitación del suelo pélvico como tratamiento de la incontinencia tras prostatectomía radicall

La importancia de la familia en el apoyo al paciente ostomizado

Empoderando la atención primaria: la importancia de abordar el dolor pélvico y las disfunciones del suelo pélvico en hombres y mujeres desde la consulta de enfermería

Clinical trial on the use of biofeedback prior to robotic prostate surgery

Manejo de nefrostomía percutánea con apósito de fijación

150

Órgano oficial de ENFURO Asociación Española de Enfermería en Urología

Optimizada con index

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Núm 150 | 2026
www.revistaenfuro.com

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

JUNTA DIRECTIVA

Presidente
Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Vicepresidenta
Elena Alcaraz Zomeño
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Secretario
Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Tesorera
Montserrat Morcillo Marín
Instituto Guttman Hospital de Neurorehabilitación, Badalona

Vocal
Isaac Florido Pérez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

José Mª Monreal Guijarro
Hospital Universitario Fundación Jiménez Diaz, Madrid

Secretaría Técnica
Patricia Santos
Irene Vázquez
Orzán Congres, La Coruña

REDACCIÓN/EDITORIAL REVISTA

Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

CONSEJO REDACCIÓN

Gabi Adalid Loma
EPA. Máster Enfermería
Fundació Puigvert, Barcelona
Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya
Universitat Autònoma de Barcelona

María Victoria Casado Carrilo de Albornoz
Hospital General Universitario de Toledo, Toledo

Francisco Estudillo González
Doctor en Ciencias de la Salud
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Isabel Eugenia Jiménez Mayorga
Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga
Vocal Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Málaga

María Isabel Martínez Sánchez
Consulta Urología
Hospital Clínico San Cecilio, Granada

Palmira Navarro Pastor
Consulta Urología Pediátrica
Hospital Universitario La Paz

Marta Rodríguez García
Doctora en Enfermería
Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
UNIE Universidad. Planeta Formación y Universidades

Jesús Mª Salinas Casado
Profesor Emérito Universidad Complutense, Madrid
Doctor en Medicina y Cirugía
Fellow of the European Board of Urology
Fellowship en Urodinámica. Columbia Prebistean Medical Center. Columbia University, New York

REVISORES

Elena Alcaraz Zomeño
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Mª del Carmen Bejarano Gómez
Hospital General Universitario, Toledo

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

Paloma Coronel Rosado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Francisco Estudillo González
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Isaac Florido Pérez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

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

Beatriz Mateo Hernández
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Eva Sanjuán Suria
Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

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

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

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

© 2026 Asociación Española de Enfermería en Urología. ENFURO. Revista publicada y optimizada con Index.

SUMARIO

Editorial	5
Interview with Paco	6
Efectividad de la rehabilitación del suelo pélvico como tratamiento de la incontinencia tras prostatectomía radical	8
La importancia de la familia en el apoyo al paciente ostomizado	13
Empoderando la atención primaria: la importancia de abordar el dolor pélvico y las disfunciones del suelo pélvico en hombres y mujeres desde la consulta de enfermería	29
De interés	32
Worldproject: cuando el corazón dicta el camino	38
Bases beca “Francisco Estudillo” para proyecto de investigación de la Sociedad Española de Enfermería Urológica (AEEU)	40
Clinical trial on the use of biofeedback prior to robotic prostate surgery	41
Manejo de nefrostomía percutánea con apósito de fijación	49
Ponle cara	55

Editorial

Número 150: una historia compartida

Alcanzar el número 150 de una revista científica no es solo un hito editorial; es, sobre todo, la constatación de un camino recorrido de forma colectiva, constante y comprometida. En el caso de la Revista de Enfermería Urológica (ENFURO), este número simboliza más de cuatro décadas de evolución de la Asociación Española de Enfermería Urológica (AEEU) y de la propia disciplina en nuestro país.

La historia comienza en 1977, con la fundación de la Asociación Española de ATS en Urología, en un contexto profesional muy distinto al actual, pero ya marcado por la necesidad de compartir conocimientos, experiencias y avances en el cuidado urológico. Aquella iniciativa sentó las bases de una asociación científica que ha sabido crecer y adaptarse a los cambios profesionales, formativos y sociales.

En 1980 ve la luz el primer número de la Revista de la Asociación Española de ATS en Urología, nacida como órgano de expresión y comunicación de la Asociación. Desde sus inicios, la revista se concibió como un espacio para dar voz a la práctica enfermera especializada, favoreciendo la formación continua y la cohesión profesional. Ese mismo año, la publicación incorpora un logotipo identificativo con las iniciales de la Asociación, reforzando su identidad visual.

Con el paso del tiempo, la evolución natural de la profesión se reflejó también en los nombres. En 1988, la Asociación adopta la denominación de Asociación Española de Enfermería en Urología, alineándose con el cambio terminológico y conceptual de la profesión. Posteriormente, en 1992, se consolidan las siglas actuales: Asociación Española de Enfermería Urológica (AEEU), un nombre que mantiene hasta hoy y que expresa con claridad su ámbito científico y asistencial.

La revista acompañó estos cambios. En 1993, pasa a denominarse Revista de la Asociación Española de Enfermería Urológica, reforzando el vínculo entre publicación y Asociación. En 2001, se produce un paso decisivo en su identidad editorial con el cambio de nombre a ENFURO, una denominación más ágil y reconocible, que ha acompañado a la revista durante más de dos décadas.

A lo largo de estos años, la imagen corporativa de la Asociación también ha evolucionado, con cambios de logotipo en 2003 y 2023, reflejo de una entidad viva, actualizada y comprometida con su tiempo. Más recientemente, la revista ha dado un paso importante en su proyección científica al integrarse en la plataforma Index-360, pasando a denominarse Revista ENFURO, lo que ha supuesto una mayor visibilidad, accesibilidad y reconocimiento en el ámbito de la investigación enfermera.

El número 150, publicado ya en este nuevo entorno digital, no es solo una cifra redonda. Es el resultado del trabajo altruista y riguroso de juntas directivas, comités editoriales, autores, revisores y lectores que han creído en la importancia de una revista propia para la enfermería urológica española.

Mirar atrás es un ejercicio de gratitud; mirar adelante, una responsabilidad. En este sentido, la AEEU continúa impulsando espacios de encuentro y formación. El próximo 8 de mayo de 2026 se celebrarán las III Jornadas Nacionales de la AEEU en el Hospital Universitario de Cuenca, una cita que pretende seguir fomentando el intercambio de conocimiento y la actualización profesional. Desde estas páginas, queremos invitar a todas las personas interesadas en la enfermería urológica a acompañarnos y formar parte activa de este proyecto común.

ENFURO y la AEEU avanzan con el mismo espíritu que las vio nacer: impulsar el conocimiento, fortalecer la identidad profesional y contribuir a unos cuidados urológicos de excelencia. Este número 150 es, sin duda, una celebración compartida y un punto de partida hacia nuevos retos.

Elena Alcaraz Zomeño

Vicepresidenta AEEU

Rev. Enfuro 2026; 150: 5
https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.1
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Francisco Estudillo: 41 años de urología y el corazón de ENFURO (Números 85 al 138)

¡Bienvenidos al Número 150 de la Revista ENFURO! Esta cifra redonda nos ofrece la excusa perfecta para mirar atrás y celebrar a las personas que han hecho de nuestra revista un referente. Y al hablar de ENFURO, es obligatorio hablar de **Francisco Estudillo González**, el enfermero que se convirtió en su timón, llevando la voz de la Enfermería Urológica Española durante casi dos décadas.

Para este número especial, la socia de la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU), Mª del Carmen Expósito Álvarez, ha tenido el honor de entrevistar a Francisco Estudillo González, quien ha estado ligado a nuestra revista y a la Urología durante muchísimos años. A través de sus palabras, recorremos una trayectoria de más de cuatro décadas en el mundo sanitario y su profundo compromiso con esta publicación que él mismo ayudó a impulsar.

Una vida entre sondas y citoscopios

Cuando Francisco (Paco, para los amigos) terminó la carrera de Enfermería en 1982, no imaginó que una simple casualidad lo ligaría de por vida a la Urología. Desde el primer día que entró al hospital de Cádiz, se quedó en el servicio de Urología. Y hasta ahora, han pasado 41 años.

En aquellos inicios, la falta de urólogos lo empujó a ser mucho más que un enfermero de planta. Se convirtió en un **"brazo más"** del servicio, asistiendo en quirófano, haciendo exploratorios de urología y pasando planta.

Con el tiempo, su rol evolucionó hacia el lugar donde ha dejado una huella imborrable: el **Servicio de Exploraciones Especiales**. Si has estado en Urología, sabes que ahí es donde ocurre la magia, y también el lío. Francisco ha llevado la **urodinámica**, las instilaciones de quimioterapia, el cuidado de ostomías, el recambio de nefrostomías y la retirada de catéteres doble J, muchas veces solo.

Es ese nivel de experiencia lo que lo convirtió en el **referente** del hospital. Como nos cuenta en la entrevista, cada vez que hay un sondaje difícil, la solución es clara: *"Que venga Paco"*.

Reconocimientos Importantes

Su labor como doctor en salud y profesor asociado se ha visto reconocida con varios galardones. En la entrevista nos menciona:

- **Premio Joaquín Albarrán:** Recibió este premio, de gran connotación urológica, como coautor.
- **Premio Profesor López Rodríguez:** Fue galardonado con este premio como primer autor, a raíz de un trabajo que se extrajo de su **tesis doctoral**.

El Nacimiento y el Crecimiento de ENFURO

La historia de Francisco con nuestra asociación, que se remonta a 1989, va ligada a la historia misma de la revista. Tras organizar el **19° Congreso Nacional** de la asociación en 1996 en El Puerto de Santa María, se integró en la Junta Directiva como vocal en el año **2000**.

Fue en ese momento clave, con un equipo renovado, donde se gestó la gran transformación de la revista:

- **Bautismo como ENFURO:** Francisco nos cuenta que la idea de acortar el nombre de la revista, que antes era "muy larga", fue suya. Propuso combinar las primeras letras de **Enfermería** y **Urología**. El nuevo formato y nombre de **ENFURO** vio la luz en **marzo de 2001**.
- **19 años al timón:** Inicialmente, tomó la Jefatura de Redacción de forma temporal en 2003. Esa suplencia se extendió durante **19 años** y **43 números**, desde el número **85** (2003) hasta el **138** (2022).
- **El Currito:** Francisco subraya una realidad: tradicionalmente, el director de la revista era el presidente de la asociación. Sin embargo, el "currito" de verdad, el que lo llevaba todo, era él.
- **Editorialista fiel.** Un detalle importante: escribió **todas las editoriales** de todos los números que publicó.

Durante sus años, la revista abrazó la era digital. La primera web de la asociación se creó en **2001**. Desde **2003**, se empezaron a colgar los PDF de los números anteriores de la revista en la web. Finalmente, en **2016**, se abandonó el formato en papel, quedándose solo en digital.

De la Junta a la Amistad

Francisco no solo fue vocal (2000-2006) y vicepresidente (2006-2017) de la AEEU; fue un motor que trabajó con varias candidaturas y presidentes. Estuvo un total de **17 años** en la Junta Directiva.

Nos recuerda con cariño los buenos ratos y las amistades surgidas en las reuniones de la Junta Directiva en Madrid. Y con su inminente jubilación, nos lanza un reto: ¿Qué hacemos con la gente jubilada? Personas con décadas de experiencia que pueden aportar muchísimo, sugiriendo sesiones, mesas redondas o entrevistas para compartir ese conocimiento.

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**.
Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Gracias, Francisco, por tu pasión incansable y tu dedicación a la Enfermería Urológica, por escribir nuestra historia en 43 números de ENFURO y por ser un ejemplo de cómo la pasión convierte el trabajo en un legado.

Nota de la Junta Directiva de la AEEU

La actual Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) quiere sumarse a este homenaje.

Paco, tu dedicación no solo a la Urología, sino a esta, **nuestra Revista ENFURO**, ha sido un pilar fundamental para la Enfermería Urológica en España. Diecisiete años en la Junta y casi dos décadas dirigiendo la revista son números que hablan por sí solos de tu compromiso y tu pasión.

Te agradecemos enormemente el legado que nos dejas y, siguiendo tu propia propuesta, te aseguramos que buscaremos la manera de integrar tu valiosa experiencia y la de los compañeros jubilados.

Un fuerte abrazo y todo lo mejor en tu nueva etapa.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

ARTÍCULO ORIGINAL

Efectividad de la rehabilitación del suelo pélvico como tratamiento de la incontinencia tras prostatectomía radical

Effectiveness of pelvic floor rehabilitation as a treatment for incontinence after radical prostatectomy

Cristina Sánchez-González*

Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

***Correspondencia:** Cristina Sánchez-González. crishormi@hotmail.com

Resumen

Una de las complicaciones más frecuentes tras una prostatectomía radical es la incontinencia urinaria. La primera opción de tratamiento es conservadora: la rehabilitación de suelo pélvico. Hay muy poca evidencia científica sobre la efectividad de este tratamiento. Por eso, con este caso clínico se pretende contribuir a la investigación y a la evidencia.

Al paciente del caso de este trabajo se le aplicó un plan de trabajo que incluía ejercicios de Kegel, biofeedback y cambios de hábitos higiénicos y dietéticos.

Se valoró inicialmente mediante cuestionarios, padtest y con la realización de una flujometría con electromiograma (EMG), comparando los resultados obtenidos al final del tratamiento con los mismos métodos.

El objetivo de este trabajo es observar si la rehabilitación de suelo pélvico mejora la incontinencia tras una prostatectomía y, con ello, mejorar también la calidad de vida del paciente.

Tras la finalización del tratamiento se observó una menor incontinencia, así como una valoración positiva del paciente, que refirió una gran mejoría en su calidad de vida.

Aunque el paciente quedó bastante satisfecho, no se pudo conseguir la continencia total que él esperaba.

Palabras clave: Prostatectomía. Incontinencia urinaria. Suelo pélvico. Rehabilitación. Biofeedback.

Abstract

One of the most frequent complications after a radical prostatectomy is urinary incontinence. The primary treatment option is conservative: pelvic floor rehabilitation. There is very little scientific evidence regarding the effectiveness of this treatment, which is why this clinical case aims to contribute to research and evidence.

The patient in this case was given a treatment plan that included Kegel exercises, biofeedback, and changes in hygienic and dietary habits. The initial assessment was conducted using questionnaires, a pad test, and a flowmetry with electromyogram (EMG). The results were then compared with those obtained at the end of the treatment using the same methods.

The objective of this study is to observe whether pelvic floor rehabilitation improves post-prostatectomy incontinence and, consequently, also improves the patient's quality of life.

Upon completion of the treatment, a reduction in incontinence was observed, along with a positive evaluation from the patient, who reported a significant improvement in his quality of life.

Although the patient was quite satisfied, total continence, which he had hoped for, could not be achieved.

Keywords: Prostatectomy. Urinary incontinence. Pelvic floor. Rehabilitation. Biofeedback.

Citar este artículo como: Sánchez-González C. Efectividad de la rehabilitación del suelo pélvico como tratamiento de la incontinencia tras prostatectomía radical. Rev Enfuro. 2026; 150: 8-12. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.6

Recepción: 13/02/2025
Aceptación: 30/09/2025
Publicación: 29/01/2026

Rev. Enfuro 2026; 150: 8-12
https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.6
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Introducción

La próstata es una glándula del sistema masculino reproductivo. Se localiza frente al recto y bajo la vejiga. Aumenta de tamaño lentamente conforme aumenta la edad del hombre.

Las enfermedades más frecuentes de la próstata son la hiperplasia benigna de próstata, la prostatitis y el cáncer de próstata.

El cáncer de próstata es la tercera neoplasia más frecuente en el mundo, y la incidencia en España fue del 12,9% en el 2012.

Para elegir el mejor tratamiento, hay que evaluar factores como la situación clínica o el perfil del paciente para los posteriores efectos adversos.

El tratamiento más usado es la prostatectomía radical, donde se extirpan la próstata y las glándulas seminales.

Se emplean diferentes vías, siendo la retropúbica la de primera elección, por el menor riesgo de lesiones a nivel del recto. Sin embargo, la laparoscopia es menos invasiva y tiene una menor pérdida hemática.

Las complicaciones tras prostatectomía radical incluyen pérdidas hemáticas (complicación temprana), náuseas y vómitos (complicación temprana), dolor y fiebre (complicación temprana) y la incontinencia urinaria (complicación tardía), que es la más frecuente y la de mayor repercusión en la calidad de vida del paciente.

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que se ha podido diagnosticar de forma objetiva y que conlleva problemas asociados, sociales e higiénicos (*International Continence Society*).

La incontinencia urinaria puede clasificarse en tres tipos principales: incontinencia urinaria de esfuerzo, que es la más frecuente; incontinencia urinaria de urgencia; e incontinencia urinaria mixta.

Objetivos

Estudiar si tras el tratamiento rehabilitador se consigue una mayor continencia objetiva del paciente (objetivo principal). Comprobar con las impresiones del usuario si, tras el proceso, mejora su calidad de vida. Cambiar o mejorar hábitos higiénicos y dietéticos del sujeto. Facilitar una adecuada educación sanitaria para su patología y necesidades. Mejorar la fuerza y resistencia de la musculatura del suelo pélvico.

Caso clínico y metodología

Hombre de 54 años, 88 kg y 1,71 metros de altura, de baja por incapacidad temporal en la actualidad. Como AP: Dislipemia en tratamiento con estatinas. No más antecedentes de interés.

Diagnosticado en mayo de 2019 de adenocarcinoma de próstata de riesgo intermedio D'Amico PSA 5 Índice 16% Gleason 3 + 4. Fue intervenido en julio de 2019 de prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal.

En abril del 2021 vuelve a ser intervenido para colocación de malla de incontinencia de orina suburetral por presentar una severa IUE (incontinencia urinaria de esfuerzo). En consulta con el urólogo en noviembre de 2021, refiere que, aunque mejoró al principio la incontinencia, vuelve a tener un PadTest de 280-300 ml diario. Es derivado a la consulta de enfermería urológica de suelo pélvico.

Evaluación pre-tratamiento

Padtest de 24 horas

De forma objetiva, se cuantifican las pérdidas de orina de una manera sencilla y no costosa. El paciente pesará todas las compresas absorbentes utilizadas durante 24 horas, antes y después (en gramos).

El usuario utilizó 4 compresas en 24 horas con una cantidad total de 286 gramos y, según la clasificación del test, estaríamos ante una incontinencia urinaria moderada.

Hábitos dietéticos e higiénicos

El paciente presenta obesidad tipo I con un IMC (índice de masa corporal) de 30,09. Se observa una inadecuada ingesta hídrica, no superior a 1 litro diario. Padece dislipemia y abusa de grasas y alimentos hipercalóricos. Además, tiene un consumo excesivo de café y otras bebidas excitantes. En cuanto a su patrón miccional, entre micciones pasan entre 4-6 horas, acudiendo cuando la urgencia es incontrolable.

Flujometría con electromiografía y medición de residuo

El flujo urinario es el volumen de orina eliminado (ml), dividido por unidad de tiempo (segundo). La flujometría consiste en la medida de este flujo.

La flujometría se interpreta con los siguientes parámetros: volumen miccional, tasa de flujo máximo (Qmax), tasa de flujo medio, tiempo de flujo, tiempo miccional, tiempo a flujo máximo.

Residuo postmiccional: se realiza inmediatamente después de la flujometría. En condiciones normales, la vejiga se vacía completamente. Un residuo mayor del 20% del volumen miccional es una descompensación en la fase miccional.

La electromiografía estudia el suelo pélvico. Es el registro gráfico de los cambios de potencial bioeléctrico del músculo.

La flujometría de pretratamiento (**Imagen 1**) del paciente arrojó los siguientes datos:

- Qmax: 8,2 ml/s
- Volumen vaciado: 45ml
- Orina residual: 5ml

Cuestionario iciq-sf

Cuestionario de incontinencia urinaria de forma corta, valora la incontinencia urinaria y el impacto en la calidad de vida.

La puntuación pretratamiento fue de 18/21.

Biofeedback

Se utiliza para la reeducación vesicofinteriana.

Con esta técnica valoramos la fuerza máxima de contracción del suelo pélvico y la resistencia (fuerza máxima a la que se consigue mantener la contracción).

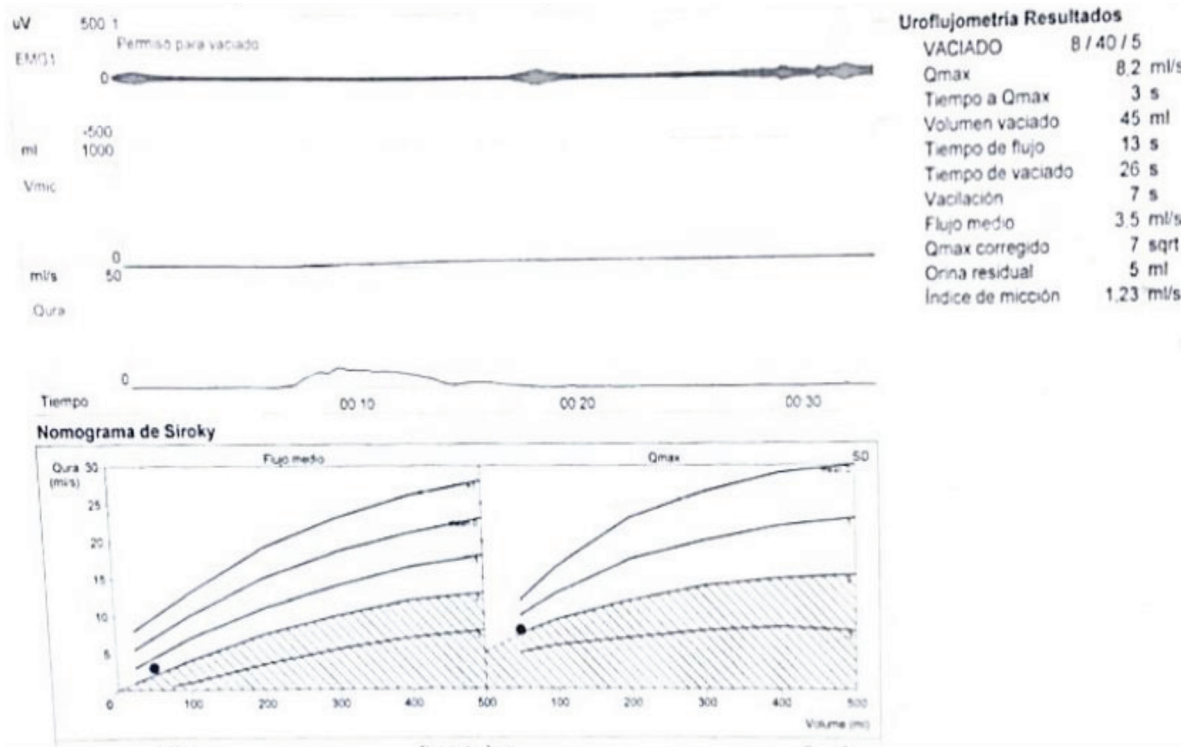


Imagen 1. Flujometría al inicio del tratamiento.

En la primera sesión, el paciente tenía una fuerza máxima de contracción de 15 mmHg y una resistencia de 8 mmHg.

Plan de tratamiento

El tratamiento se basó en 3 puntos: cambio de hábitos higiénicos y dietéticos, ejercicios de Kegel en domicilio y biofeedback.

Cambio de hábitos

Asegurar una ingesta hídrica adecuada, no disminuir la ingesta para evitar posibles pérdidas de orina. Perder peso para conseguir un IMC entre 18-25 para evitar más presión en el suelo pélvico. Disminuir, incluso restringir, el café y otras bebidas excitantes, así como comidas grasas, hipercalóricas y/o picantes. Hacer ejercicio físico moderado, pero evitando aquellos considerados de impacto que pueden contribuir a una mayor presión sobre el suelo pélvico y, por tanto, favorecer las pérdidas de orina. Realizar la micción siempre que se sientan ganas, evitando así la urgencia, no pasando entre micción y micción más de 2 horas (excluyendo la noche y las horas de descanso). Cambiar el absorbente utilizado más a menudo para evitar complicaciones como deterioro de piel y mucosas e infecciones.

Ejercicios de kegel

Se indican para fortalecer los músculos perineales mediante la contracción del músculo pubocoxígeo.

Lo primero que debe hacer el paciente es saber identificar los músculos del suelo pélvico.

Se le indica tensar el músculo que rodea el ano como si quisiera retener una deposición, así como contraer la uretra como si cortara el chorro de la orina. Una vez identificados los músculos a ejercitar, se le indica realizar los siguientes ejercicios.

A/ Contracciones rápidas: contraer con fuerza y rapidez y relajar inmediatamente. Se realizan 15 repeticiones.

B/ Contracciones lentas: contraer lentamente tan fuerte como pueda, manteniendo la tensión 7 segundos y relajando 15 (el tiempo de relajación debe ser al menos el doble al de trabajo). Se realizarán 8 tandas de este ejercicio.

El paciente realizará este entrenamiento pautado tanto en la mañana al levantarse como en la noche, al menos 1 hora antes de acostarse.

Biofeedback animado (Imagen 2)

Se utiliza para tomar conciencia de la contracción de la musculatura del suelo pélvico y hacerlo de manera voluntaria. Se intentará aumentar con el tiempo la fuerza y la resistencia.

Al paciente le son prescritas 12 sesiones de 30 minutos cada una. En ellas irá realizando los mismos ejercicios domiciliarios indicados para que sea consciente de la correcta realización de los mismos. La fuerza y la resistencia serán

Imagen 2. Foto real de biofeedback animado utilizado.

valoradas mediante electromiografía que el paciente identificará mediante estímulos visuales y auditivos.

Resultados

En este punto mostraremos los resultados obtenidos, comparando los mismos parámetros utilizados en la evaluación del paciente antes del tratamiento aplicado.

Padtest de 24 horas

En un principio, el paciente presentaba una importante pérdida de orina de casi 300 gramos, considerándola una incontinencia urinaria moderada.

A lo largo del proceso se consiguió disminuir tanto la cantidad de orina de las pérdidas como el número de absorbibles utilizados.

Los resultados al final del tratamiento fueron de 2 compresas utilizadas y una cantidad total de 86 gramos de pérdida, pasando a ser considerada una incontinencia urinaria leve, al ser menor de 100 gramos en 24 horas.

Hábitos dietéticos e higiénicos

El paciente perdió a lo largo del proceso un total de 7 kg, teniendo un peso al final del mismo de 81 kg con un IMC de 27,7 (sobrepeso). Su ingesta hídrica pasó a ser de 2 litros al día y su alimentación fue sana y variada, lo que ayudó a disminuir los niveles totales de colesterol en sangre. Además, redujo su consumo a un solo café en las mañanas, evitando totalmente otras bebidas excitantes. Finalmente, logró mantener un tiempo entre micciones con un máximo de 2,5 horas, excepto en el tiempo de descanso, evitando así pérdidas por urgencia.

Flujometría con electromiografía y medición de residuo

La flujometría al final del tratamiento (Imagen 3) nos indicó lo siguiente:

- Qmax: 22,2 ml/s
- Volumen vaciado: 340 ml
- Orina residual: 5ml

Cuestionario ICIQ-SF

La puntuación al final del tratamiento fue de 9/21.

Biofeedback

En la última sesión, el paciente logró una fuerza máxima de contracción de 75 mmHg y una resistencia de 57 mmHg.

Esta mejora en el incremento de la fuerza y resistencia empezó a notarse a partir de la cuarta sesión, tiempo que necesitó el paciente para identificar correctamente la musculatura del suelo pélvico.

Discusión

La evolución del paciente ha sido realmente satisfactoria, tanto objetivamente con la disminución medible de las pérdidas y el aumento considerable de la fuerza y la resistencia, como en la percepción del propio paciente, el cual refiere una mejor calidad de vida y una mejora en su vida social.

El individuo de nuestro caso empezó a notar resultados a partir de la sesión número 4, momento en el cual fue consciente de los movimientos que tenía que realizar para ejercitar correctamente la musculatura y así pudo hacer efectivos los ejercicios realizados en su domicilio. Gracias a la motivación de su mejoría y su propia percepción de los resultados, el paciente empezó a ser mucho más constante en su casa, lo que se tradujo en una mejoría en las sesiones hospitalarias. Esto nos demuestra la gran importancia de tomarnos el tiempo necesario para explicar y que el paciente sea capaz de identificar la musculatura correcta a ejercitar.

Aunque en general la valoración del paciente ha sido positiva, no se ha podido lograr la total continencia urinaria, que es lo que el usuario deseaba y esperaba al iniciar el tratamiento rehabilitador.

Aunque el estudio ha demostrado que la rehabilitación del suelo pélvico mejora la incontinencia urinaria tras la prostatectomía radical, al ser un solo sujeto, no es representativo de la población. Además, carece de sujeto control con el que comparar.

Por tanto, sería necesario efectuar estudios más amplios que fueran representativos de la población y con un grupo de control con el que contrastar resultados.

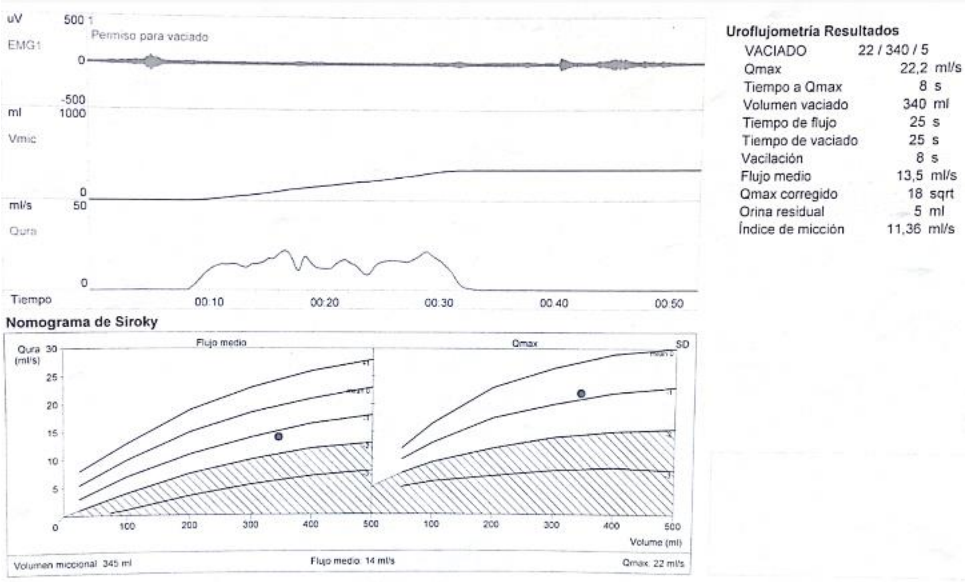


Imagen 3. Flujo de orina al final del tratamiento.

Conclusiones

Con el ejemplo de este caso, la rehabilitación de suelo pélvico mejora la incontinencia urinaria tras una prostatectomía radical. El trabajo realizado por el paciente en su domicilio es necesario para obtener unos resultados satisfactorios. Es muy importante tomarse el tiempo necesario para explicar la correcta identificación de la musculatura, así como la realización efectiva de los ejercicios. El paciente debe ser consciente y conocer tanto su patología como la manera de mejorar su situación. Aunque no se consiguió la total continencia urinaria, el sujeto valoró la experiencia como muy positiva, ya que le ayudó en diversos aspectos de su vida diaria.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

Referencias

1. Luján M, Páez A, Angulo JC, Andrés G, Gimbernat H, Redondo C, Torres GM, Berenguer A. Actualización de los resultados de la rama española del Estudio aleatorio europeo de screening del cáncer de próstata (ERSPC). Actas Urol Esp. 2015;39(7): 405-413.
2. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. SEOM. Madrid: 2014.
3. Morote J, Maldonado X, Morales-Barrera R. Prostate cancer. Med Clin. 2016;146(3):121-7.
4. Juan-Escudero J, Ramos-de-Campos M, Ordoño-Domínguez F, Fabuel-Deltoro M, Navalón-Verdejo P, Zaragoza-Orts J. Complicaciones de la prostatectomía radical: evolución y manejo conservador de la incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2006;30(10):991-7.
5. Coimbra-Ferrari F, Montes-Deoca L, Rozanec J, Borghi M, Scorticati C, Bencardino L, Restrepo J, Guirlanda J. Complicaciones de la prostatectomía radical retropúbica. Revista Argentina de Urología. 1999;64(3):142-150.
6. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodyn. 2010;29(1).
7. Bezzon Bicalho M, Baena Demoraes Lopes MH. The impact of urinary incontinence of the lives of wives of men with incontinence: an integrative review. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):999-1004.
8. Robles JE. La incontinencia urinaria. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2006;29(2):219-231.
9. Conejero J, Zamora P, Ortega L, Ruíz O: Actualización temática en Urología: Incontinencia urinaria. Barcelona: 2000.
10. Desautel MG, Kapoor R, Badlani GH. Sphincteric incontinence: the primary cause of post-prostatectomy incontinence in patients with prostate cancer. Neurorol Urodyn. 1997;16:153-60.
11. Bauer RM, Bastian PJ, Gozzi C, Stief CG. Post-prostatectomy incontinence: all about diagnosis and management. Eur Urol. 2009;55(2):322-33.
12. Martín-Ruiz MJ, Escrivá-deRomaní-Vereterra A. Tratamiento en consulta de Enfermería de Urología de las dos secuelas más frecuentes en pacientes sometidos a prostatectomía radical. Enfuro. 2014;126:30-7.
13. Peña Outeiriño J, Rodríguez-Pérez A, Villodres-Duarte A, Mármol-Navarro S, Lozano-Blasco J. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp. 2007;31(7): 719-31.
14. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin. 2004;122(8):288-92.
15. Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros ME, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez MF. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. Rehabilitación 48. 2014;48(1): 17-24.
16. Grewar H, McLean L. The integrated continence system: a manual therapy approach to the treatment of stress urinary incontinence. Man Ther. 2008;13(5):375-86.
17. Dubbelman Y, Groen J, Wildhagen M, Rikken B, Bosch R. The recovery of urinary continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial comparing the effect of physiotherapist-guided pelvic floor muscle exercises with guidance by an instruction folder only. BJU Int. 2010;106(4):22.
18. Meilán JR, Valancogne G, Vázquez S, Meilán R. El biofeedback en reeducación perineoesfinteriana uroginecológica. Fisioterapia. 1998;20(1):49-55.
19. McDonald R, Fink HA, Huckabay C, Monga M, Will TJ. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: a systematic review of effectiveness. BJU Int. 2007;100(1):76-81.
20. Maroto-Romero J, Prieto-Chaparro L. Técnica y actualidad de la urodinámica; problemas y retos. Actas Urol Esp. 2003;27(2):75-91.
21. Centemero A, Rigatti L, Giraudo D, Lazzeri M, Lughezzani G, Zugna D. Preoperative pelvic floor muscle exercise for early continence after radical prostatectomy: a randomized controlled study. Eur Urol. 2010;57(6):1039-43.
22. Vila-Coll MA, Floresa-Claramunt E, Fernández-Parces MJ. Manejo del paciente con incontinencia urinaria en atención primaria. Cuad. Gestión. 1997;3:147-156.
23. Pérez-Cimma N, Cigarroa I, Zapata-Lamana R, Sepúlveda-Martín S, Espinoza-Pulgar P, Sarqui C. Ejercicio y educación mejoran equilibrio y la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. Universidad y Salud. 2022;24(1):36-44.
24. Serdá BC, Vesa J, DelValle A, Monreal P. La incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: diseño de un programa de rehabilitación. Actas Urol Esp. 2010;34(6):522-530.
25. Mallol-Badellino J, Sánchez-Fabero A, Mateo-Lozano S, Martín-Baranera M, Moreno-Atanasio E, Tinoco-González J. Resultados en la calidad de vida y la severidad de la incontinencia urinaria tras rehabilitación en varones prostatectomizados por neoplasia de próstata. Rehabilitación. 2015;49(4):210-215.
26. Aranda-Lozado J, Sierra-Labarta R. Rev. argent. urol. (1990). 2018: 60-67.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

REVISIÓN SISTEMÁTICA

La importancia de la familia en el apoyo al paciente ostomizado

The importance of family support for the ostomized patient

Elsa María Martínez-Ares[1]

[1]Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Servicio Gallego de Salud, Ferrol, España

***Correspondencia:** Elsa María Martínez-Ares. emarare@hotmail.com

Resumen

Introducción: Una ostomía es una derivación quirúrgica que se realiza para crear una abertura (estoma) desde un órgano en el interior del cuerpo hacia el exterior permitiendo la eliminación de desechos corporales cuando por vía natural no se puede cumplir esta función a causa de enfermedades, lesiones o malformaciones congénitas. Este hecho impacta en la vida de las personas ostomizadas disminuyendo su bienestar y dificultando su adaptación a esta nueva vida. **Objetivo:** Se quiere analizar cómo el apoyo proporcionado por la familia mejora la capacidad de adaptación y afrontamiento y aumento de la calidad de vida. **Metodología:** Se ha llevado a cabo como metodología una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, Dialnet Plus, CUIDEN Plus y Cochrane Library. En la búsqueda se obtienen 349 artículos y se han seleccionado finalmente 38 artículos. **Resultados:** El apoyo familiar aumenta el ajuste psicosocial de estos pacientes y se relaciona positivamente el papel de los cuidadores informales con la mejora del autocuidado de las personas ostomizadas, dando importancia a intervenciones centradas en la familia que contribuyen a la aceptación, al proceso de adaptación, mejorando así la calidad de vida del paciente ostomizado. **Conclusiones:** Se concluye que la familia es muy importante para disminuir y prevenir trastornos de ansiedad y depresión gracias a la ayuda que proporciona al paciente ostomizado. Ayuda que proporciona comprensión a las explicaciones del manejo y la autoeficacia hacia el estoma, aumentando la adhesión al tratamiento y los cuidados. Hay que destacar la importancia que también se da a este vínculo paciente-familia para fortalecer la familia en sí, como también tiene peso dar importancia a cuidar a los cuidadores.

Palabras clave: Ostomía. Familia. Cuidadores. Calidad de vida.

Abstract

Introduction: An ostomy is a surgical diversion performed to create an opening (stoma) from an organ inside the body to the outside, allowing the elimination of bodily waste when this function cannot be performed naturally due to illness, injury, or congenital malformations. This impacts the lives of people with ostomies, diminishing their well-being and hindering their adaptation to this new life. **Objective:** We aim to analyze how the support provided by the family improves adaptation and coping skills and increases quality of life. **Methodology:** A bibliographic review was conducted by searching the following databases: PubMed, CINAHL, Dialnet Plus, CUIDEN Plus, and Cochrane Library. The search yielded 349 articles, and 38 were ultimately selected. **Results:** Family support increases the psychosocial adjustment of these patients, and the role of informal caregivers is positively correlated with improved self-care among ostomy patients. This emphasizes family-centered interventions that contribute to acceptance and the adaptation process, thus improving the quality of life of ostomy patients. **Conclusions:** It is concluded that the family is very important in reducing and preventing anxiety disorders and depression thanks to the support they provide to the stoma patient. This support provides understanding of management explanations and self-efficacy regarding the stoma, increasing adherence to treatment and care. It is important to emphasize the importance placed on this patient-family bond to strengthen the family itself, as well as caring for caregivers.

Keywords: Ostomy. Family. Caregivers. Quality of life.

Citar este artículo como: Martínez-Ares EM. La importancia de la familia en el apoyo al paciente ostomizado. Rev Enfuro. 2026; 150: 13-28. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.2

Recepción: 12/09/2025
Aceptación: 05/12/2025
Publicación: 29/01/2026

Rev. Enfuro 2026; 150: 13-28
https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.2
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Introducción

El término "ostomía" define la comunicación de un órgano interno hacia el exterior mediante un orificio no natural realizado mediante un acto quirúrgico en la pared abdominal para derivar al exterior las heces y la orina. Puede ser temporal o definitivo y cada procedimiento da lugar a un estoma, que es el extremo de una sección de intestino grueso o delgado que se ve como protusión de la pared abdominal[1,2].

Su incidencia a nivel mundial son más de tres millones de personas que han sufrido el proceso quirúrgico y la creación de una ostomía; en Europa, el número de pacientes ostomizadas es de 731.000 y en España hay más de 70.000 ostomizados[3].

Con el fin de mejorar la cirugía mínimamente invasiva, se fueron desarrollando técnicas como la robótica. En 1980, Fisher y Joseph Rosen desarrollan el robot quirúrgico.

En el 2000, la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos/Food and Drug Administration) aprueba el sistema quirúrgico Da Vinci, desarrollado por Intuitive Surgical Sunny Valey en Estados Unidos, y es el que se utiliza actualmente en numerosos procedimientos quirúrgicos, entre ellos la cirugía coloproctológica[4].

Las personas ostomizadas sufren cambios importantes que influyen decisivamente en su bienestar. La adaptación al estoma depende de diversos factores, entre los que podemos enumerar la enfermedad de base, los tratamientos, la intervención quirúrgica, las posibles complicaciones del estoma, las secuelas postquirúrgicas, el pronóstico, el ambiente psicológico y social, las creencias, los valores y las actitudes frente a la enfermedad, entre otros.

Un objetivo primordial, tanto como la recuperación del paciente, es la búsqueda del bienestar del paciente ostomizado. Para ello se debe promover, desde la atención que se le proporciona al paciente, medidas para mitigar síntomas que causen malestar y angustia, tanto los síntomas físicos como los psicológicos, para llegar a mejorar su calidad de vida.

La atención integral del paciente ostomizado debe tener en cuenta el contexto familiar. La implicación de la familia es fundamental y su apoyo es imprescindible para el proceso de adaptación y aceptación de la nueva situación[5-7].

Marco conceptual

Perspectivas y teorías con respecto a los cuidados

La realización de una ostomía conlleva un cambio en todos los aspectos de la vida de la persona ostomizada. Tanto las personas sanas como las que sufren un desequilibrio en su salud precisan afrontar situaciones de estrés y de desadaptabilidad mediante manejos adecuados de autocuidado y de afrontamiento con ayuda del apoyo de su entorno y familia para obtener la mejor calidad de vida.

Entre las diferentes teorías y modelos de enfermería, se pueden relacionar los cuidados que proporciona la familia a las personas que no pueden cuidarse.

Teoría del déficit del autocuidado

Dorothea Orem en 1958 planteó su teoría del déficit del autocuidado, que se divide en tres teorías diferentes[8]:

- Teoría del autocuidado: describe el porqué y cómo las personas cuidan de sí mismas.
- Teoría del déficit del autocuidado: describe cómo se puede ayudar a las personas definiendo como términos clave, entre otros, a "agente de cuidado dependiente" como la persona que tiene la capacidad y habilidad y deseo de ocuparse de los cuidados de otras personas que no pueden o no quieren ocuparse, definición que encajaría con los cuidados y el apoyo de la familia en el paciente ostomizado.
- Teoría de los sistemas de enfermería: describe que cuando el agente de cuidado dependiente no es capaz de suplir el déficit de autocuidados del paciente, son necesarios los cuidados de enfermería, que Orem nombra como "sistema de enfermería"[8].

Teoría de la adaptación

Sor Callista Roy sintetiza diferentes teorías (la del estrés, la de sistemas y la de adaptación)[8] y explica la interacción del individuo con el entorno. Plantea como elementos interrelacionados esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y actividades enfermeras. Este modelo promueve las acciones que hacen posible la adaptación en las cuatro esferas de la vida, considerando la salud como un estado en el que el ser llega a ser íntegro y completo gracias a la interrelación de la persona con su entorno, definiendo "entorno" como las condiciones, circunstancias, influencias que rodean y afectan a la conducta. Roy describe distintos conceptos teóricos como son los estímulos, el proceso de afrontamiento y los distintos modos adaptativos.

Teoría del afrontamiento

Lipowsky[9] define el afrontamiento como las estrategias que pone en juego el individuo ante un problema para mantener su integridad física y psicológica. El afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo en determinados momentos debe contar con determinadas estrategias a medida que vaya cambiando su relación con el entorno. Para Lazarus[9] el afrontamiento o *coping* lo define como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que el individuo desarrolla para manejar las demandas externas y/o internas. Enumera dos tipos de modos de afrontamiento: por un lado, el afrontamiento de problemas, que son estrategias dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de alternativas y que conlleva un proceso analítico del entorno; por otro lado, está el afrontamiento de emoción, que está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el trastorno emocional. Las técnicas sociales constituyen la capacidad de comunicarse y actuar con los demás de forma adecuada y efectiva. Este tipo de habilidad facilita la resolución de problemas, se coordina con otras personas, aumenta la capacidad de atraer su apoyo y, en general, aporta al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales. Es en este punto donde podemos encajar la figura de la familia como apoyo en el afrontamiento de la situación en un paciente ostomizado, logrando con su ayuda aumentar su calidad de vida[9].

Justificación y objetivos

Pregunta de investigación

Al tratarse de una revisión bibliográfica, la pregunta de investigación más adecuada es según la pregunta PICO. Esta estrategia se define según sus cuatro ítems que nos ayudan a formular dicha cuestión: población o problema (P) , intervención (I), comparación (C) y desenlace (O). En la **Tabla 1** se nombran dichos ítems, siendo la población (P) personas adultas portadoras de ostomías, la intervención (I) sería la ayuda derivada de personas que componen su

Tabla 1. Estrategia PICO en la pregunta de investigación.

Población	Personas adultas portadoras de ostomías
Intervención	Ayuda derivada de personas que componen su familia
Comparación	Persona ostomizada sin ayuda de su familia
Desenlace	Mejora la adaptación del paciente con ostomía y su calidad de vida

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Términos de búsqueda: Descriptores/MeSH/DeCs.

MeSH/Palabra clave	DeCS	Lenguaje libre
Ostomy	Estomía	Ostomía
Family	Familia	Familia
Caregivers	Cuidadores	Cuidadores
Quality of life	Calidad de vida	Calidad de vida

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda realizadas.

Base de datos	Ecuaciones de búsqueda	Número de artículos (sin filtro)	Filtros de búsqueda	Número de artículos (con filtro)
PubMed	((("ostomy"[MeSH Terms]) AND (("family" [MeSH Terms]) OR ("caregivers"[MeSH Terms])) AND ("quality of life"[MeSH Terms])))	135	- Publicado en los últimos 10 años. - Idioma: español, inglés, portugués.	23
CINAHL	ostom* AND (family OR caregiver) AND quality of life	104	- Publicado en los últimos 10 años. - Idioma: español, inglés, portugués.	34
Dialnet Plus	ostom* y familia y calidad de vida	29	- Publicado en los últimos 10 años. - Idioma: español, inglés, portugués.	23
CUIDEN Plus	ostomia y familia y calidad de vida/ ("ostomia") AND(("y")AND(("familia")AND(("y")AND(("calidad") AND(("de")AND("vida"))))))	53	- Publicado en los últimos 10 años. - Idioma: español, inglés, portugués.	20
Cochrane Library	ostom* AND("family" OR "caregivers") AND "quality of life"	28	- Publicado en los últimos 10 años. - Idioma: español, inglés, portugués.	15

Fuente: Elaboración propia.

familia, la comparación (C) sería con una persona ostomizada que no tiene ayuda de su familia y el desenlace (O) se trataría de la mejora de la adaptación del paciente con ostomía y su calidad de vida.

¿Cómo influyen las relaciones familiares en el afrontamiento de las personas a las que les realizan una ostomía?

Objetivo general

Analizar la ayuda proporcionada por la familia como apoyo para mejorar la capacidad de adaptación en las personas ostomizadas.

Objetivos específicos

Determinar las necesidades psicosociales de las personas ostomizadas.

Examinar las consecuencias de una ostomía en el paciente y su familia.

Establecer la mejoría de la calidad de vida de las personas ostomizadas con ayuda familiar.

Material y metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica llevando a cabo la búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, Dialnet Plus, CUIDEN Plus y Cochrane Library.

Los términos utilizados en la búsqueda en las bases de datos PubMed y Cochrane Library corresponden a los descriptores recogidos en los tesauros MeSH (Medical Subject Headings) y los DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud) para las bases de datos CINAHL, Dialnet Plus y CUIDEN Plus.

Etérminos,minos junto con los operadores booleanos AND y OR, han dado lugar a las ecuaciones de búsqueda introducida para obtener los artículos más adecuados para nuestros objetivos.

En la **Tabla 2** se visualizan los términos de búsqueda MeSH/ Palabras clave (Ostomy, Family, Caregivers, Quality of life) con los correspondientes DeCS (Estomía, Familia, Cuidadores, Calidad de vida) y en lenguaje libre (Ostomía, Familia, Cuidadores, Calidad de vida).

Ecuaciones de búsqueda

En la **Tabla 3** se explican las ecuaciones de búsqueda con cada base de datos por separado (Pubmed, CINAHL, Dialnet Plus, CUIDEN Plus,Cochrane Library), reflejando como resultado el número de artículos sin filtro y con filtro. Los filtros de búsqueda que se llevan a cabo son que los artículos hayan sido publicados en los últimos 10 años y el idioma sea el español, inglés o portugués.

Resultados

Diagrama de flujo PRISMA

Tras la realización de búsqueda bibliográfica con los criterios seleccionados, se escogieron diversos artículos mostrados en el diagrama de flujo que se visualiza en la Figura 1 con los criterios PRISMA.

Tabla de resultados

Se exponen en la Tabla 4 los resultados de los artículos seleccionados tras valorar la calidad de cada fuente y verificar la metodología empleada en cada estudio.

En estos artículos seleccionados se puede observar la importancia que hay en tener un apoyo social multidimensional para los pacientes ostomizados, donde la familia tiene el papel principal para conseguir un ajuste y una buena adaptación a la vida con un estoma de eliminación. Esta ayuda familiar impacta de manera positiva en la calidad de vida del paciente, disminuyendo la ansiedad que puede provocar. Se nombran estrategias de apoyo hacia el paciente y la familia, tanto en el plano psicológico como en la formación de los cuidados, y en consecuencia recibirá un apoyo familiar que lo fortalecerá para el afrontamiento de esta nueva situación.

Discusión

En esta revisión sistémica se reúnen diferentes estudios que nos proporcionan una visión global sobre la importancia de la familia en el proceso de una persona ostomizada de una manera integral.

Dichas investigaciones dan importancia a la existencia de un equipo profesional multidisciplinar especializado que cuide y guíe, tanto al paciente como a la familia, para una adecuada adaptación y afrontamiento a la nueva situación y, como consecuencia, mejore su calidad de vida.

La importancia del apoyo de la familia en el manejo y autocuidado del estoma

Entre los autores consultados, algunos evidencian la relación positiva del apoyo social multidimensional con una mayor autoeficacia en el manejo del estoma[10]. Sin embargo, otros autores hablan del logro de la autorreconciliación gracias al apoyo social de la familia, pareja y amigos[32].

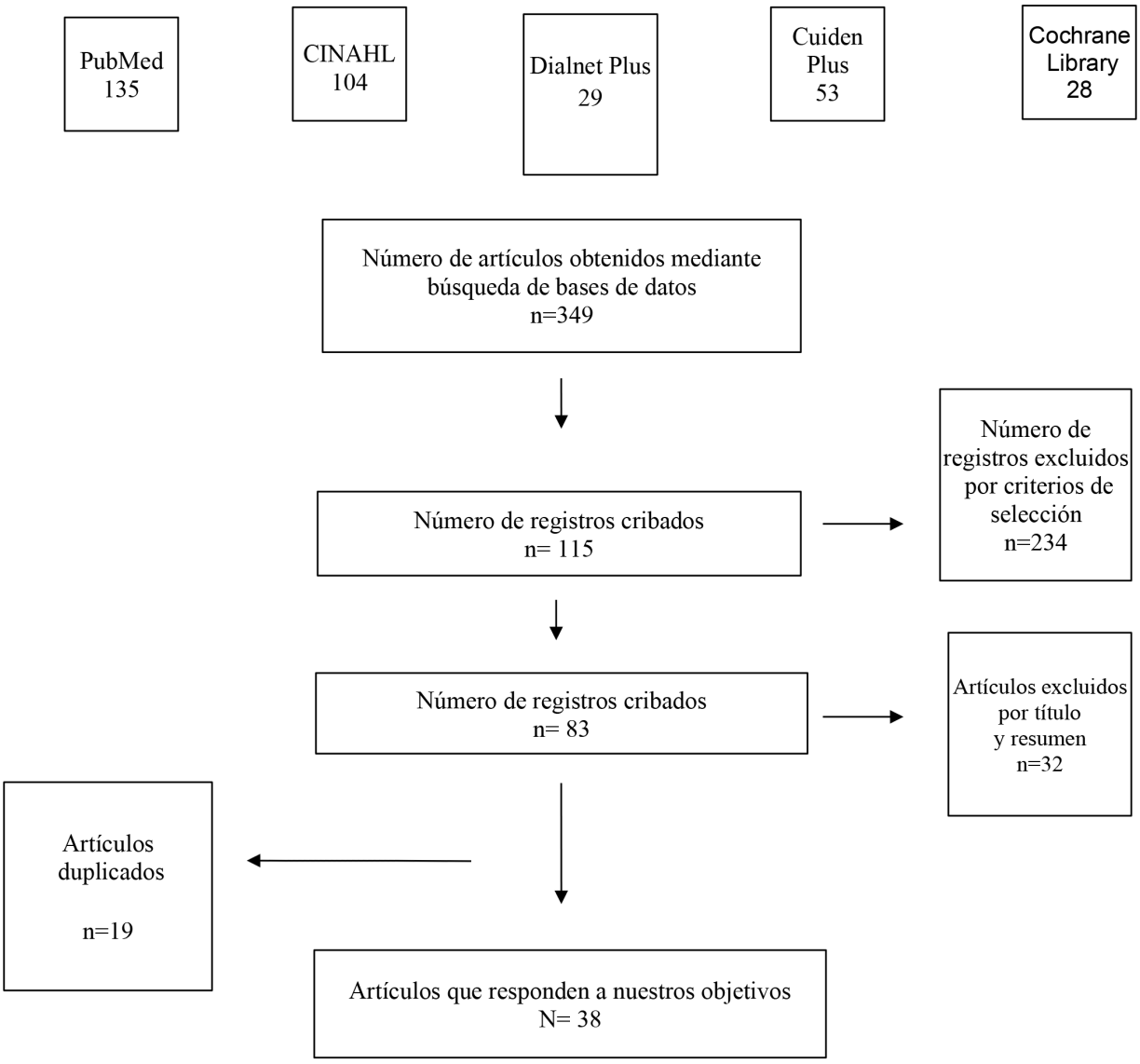


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Tabla de resultados de la búsqueda.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
Aker, Fatma Zehra, Karazeybek, Ebru. 2025, Turquía. "Relationship between perceived social support and stoma self-efficacy in permanent colostomy patients: A correlational study" PubMed[10]	Explorar cómo el apoyo social percibido de la familia y amigos influye en relación a la adaptación en la vida con una ostomía permanente y en la autoeficacia para el manejo del estoma y participación en su vida social.	Es un estudio de diseño descriptivo y correlacional para investigar la relación entre el apoyo social y la autoeficacia en 94 pacientes colostomizados durante 16 meses. Los participantes completaron diferentes formularios y escalas.	Este estudio reveló una asociación positiva entre un apoyo social multidimensional más fuerte y una mayor autoeficacia en el manejo de un estoma.
Fan, Y., Song, M., Xu, S., Tan, Y., Li, X. 2024, China. "Subjective and objective effects of anxiety and fatigue on social function in patients with enterostomy and their family caregivers" PubMed[11]	Entender el estado de la función social de los pacientes con enterostomía y sus cuidadores familiares. Analizar simultáneamente los efectos subjetivos y objetivos de la ansiedad y la fatiga en sus funciones sociales.	Es un estudio transversal en el que se administraron cuestionarios a pacientes sometidos a enterostomía y a sus cuidadores familiares que valoran la discapacidad social, la ansiedad y la fatiga multidimensional. Se incluyen 260 pacientes y sus familiares y dura 8 meses.	Este estudio revela que la función social de los pacientes con enterostomía no solo se ve afectada por su propia ansiedad y fatiga, sino también por la fatiga de sus cuidadores familiares, y sugiere que las enfermeras deben brindar los cuidados adecuados tanto a pacientes como a los cuidadores familiares en conjunto para mejorar el nivel de función social.
Golpazir-Sorkheh,A., Ghaderi, T., Mahmoudi,S., Moradi,K., Jalali,A. 2022, Irán. "Family-Centered Interventions and Quality of Life of Clients with Ostomy" PubMed[12]	Determinar los efectos de la intervención centrada en la familia y en la calidad de vida de los pacientes ostomizados.	Es un estudio cuasiexperimental con la participación de 70 pacientes con colostomía y 70 cuidadores (familiares). Se dividen en: grupo experimental, donde se realiza educación centrada en la familia (4 sesiones de 60 min. en 2 sem.) y grupo control, donde reciben atención rutinaria antes del alta.	Este estudio revela que las intervenciones centradas en la familia, como intervención terapéutica, mejoraron la calidad de vida de los pacientes con ostomía y mejoraron su salud física, social, espiritual y psicológica.
Nam, K.H., Kim, H.Y.., Kim, J.H., Kang, K-N., Na, S.Y., Han, B.H. 2019, Corea. "Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients" PubMed[13]	Evaluar qué factores influyen y facilitan la adaptación psicosocial de pacientes ostomizados. Investigar el apoyo social, la autoeficacia y el ajuste psicosocial de los pacientes con ostomía que recibieron cirugía.	Es un estudio de investigación descriptiva. Se reclutaron 150 pacientes con ostomía durante 4 meses, quienes completaron cuestionarios de autoinforme.	Se descubrió que el apoyo familiar aumentaba el ajuste psicosocial de los pacientes y que cuando aumenta el apoyo del personal "médico", aumenta el ajuste psicosocial de los pacientes a lo largo del tiempo.
NasiriZiba,F.,Kanani,S. 2020,Irán "The Effect of Education with a Family-Centered and Client-Centered Approach on the Quality of Life in Patients with Stoma" PubMed[14]	Determinar y comparar el efecto de los enfoques de educación centrados en la familia y centrados en el paciente, en la calidad de vida de las personas con ostomía digestiva	Es un estudio semiexperimental realizado en 60 personas. Se dividieron en 2 grupos, uno centrando la educación en la familia y el otro en el paciente. Posteriormente a los 2 meses, se midió la calidad de vida del paciente ostomizado.	Los hallazgos del presente estudio demostraron que la educación centrada en la familia puede mejorar la calidad de vida de las personas con ostomía gastrointestinal y, por lo tanto, puede considerarse una intervención eficaz en personas con ostomía gastrointestinal.
Baykara, Z.G., Demir, S., Karadag, A. 2020, Turquía. "Family Functioning, Perceived Social Support, and Adaptation to a Stoma: A Descriptive, Cross-sectional Survey" PubMed[15]	Examinar las relaciones entre el funcionamiento familiar, el apoyo social percibido y la adaptación a la vida con un estoma.	Es una encuesta descriptiva y transversal entre octubre de 2013 y junio de 2015 a 75 pacientes. Se utilizan como instrumentos formularios demográficos y relacionados con el estoma, Escalas de Apoyo Social Percibido y de Evaluación Familiar.	Los resultados sugieren que el personal de enfermería especializado en ostomías debe evaluar y fomentar el apoyo familiar y social.

...continuación de la tabla 4.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
Lin, H., Lin, R., Yan, M., Lin, L., Sun, X., Wu, M., Dai, X., Lin, N. 2024, China. "Associations between preparedness, perceived stress, depression, and quality of life in family caregivers of patients with a temporary enterostomy" PubMed[16]	Investigar la preparación, el estrés percibido, el riesgo de depresión y la calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes que reciben una enterostomía temporal y proporcionar una referencia para mejorar la atención a largo plazo y la calidad de vida de estos pacientes.	Forman parte 181 cuidadores familiares de pacientes entre el 2021 y 2023 y se recopilan diferentes encuestas y escalas como la del estrés percibido y el cuestionario de salud.	Estos hallazgos ayudan al personal sanitario a identificar a las personas de alto riesgo entre los cuidadores familiares de pacientes sometidos a una enterostomía temporal y apoyar su salud física y mental, mejorando su preparación y reduciendo el riesgo de depresión y estrés, beneficiando de este modo el apoyo al paciente ostomizado.
Liao,Y., Liu, X., Wu, X.,Li, Ch.,Li, Y. 2024, China. "Social isolation profiles and conditional process analysis among postoperative enterostomy patients with colorectal cancer" PubMed[17]	Identificar los perfiles latentes de aislamiento social y analizar los mecanismos específicos mediante los cuales el apoyo social, la resiliencia y el crecimiento postraumático influyen.	Es una encuesta transversal en 10 meses a 303 pacientes. Se utiliza un cuestionario para saber su apoyo social, resiliencia, crecimiento postraumático y aislamiento social.	El personal sanitario y los familiares deben prestar atención al posible aislamiento social que experimentan los pacientes y emplear estrategias psicológicas para mejorar la resiliencia, promover el crecimiento postraumático, mejorar la salud mental y ayudarlos a reintegrarse. a la sociedad.
Costa,S.M., Soares,Y.M., Bezerra Balata Silva,I.L., Pereira Linhares,F.M.,Azevedo,P.R.,CarvalhoSilva,L.D., Dias,R.S.,Alves de Sousa,S.de M. 2023, Brasil. "Quality of Life of People with Intestinal Ostomies and Associated Factors" CINAHL[18]	Evaluar la calidad de vida de individuos con ostomías intestinales y su asociación con factores sociodemográficos y clínicos.	Es un estudio transversal y correlacional realizado entre agosto de 2019 y diciembre de 2021, con 154 personas con ostomías intestinales. Los cuestionarios incluyeron uno sociodemográfico, uno clínico y otro sobre calidad de vida.	El estudio reveló una asociación significativa para los dominios físico, psicológico, social y espiritual, impactando la calidad de vida y las prácticas de cuidado de las personas con ostomía y sus familias.
Iovino, P., De María, M ., Corvese, F., Giordano, V., Álvaro, R., Vellone, E., Villa, G. 2023, Italia. "The influence of patient and caregiver depression on patient self-care and caregiver contribution to self-care in ostomy: A dyadic analysis" CINAHL[19]	Explorar la asociación entre la depresión del paciente y el cuidador y el autocuidado del paciente y la contribución del cuidador al autocuidado.	Análisis secundario de un estudio observacional transversal multicéntrico. Se incluyeron 252 díadas de paciente y cuidador en ocho clínicas ambulatorias de ostomía entre febrero de 2017 y mayo de 2018. Utilizaron instrumentos de valoración que miden las dimensiones de mantenimiento, monitorización y gestión.	El estudio subraya la influencia recíproca de la depresión diádica en las contribuciones del paciente y del cuidador al autocuidado en contextos de ostomía y destaca la importancia de tratar la depresión en ambos miembros, con el fin de mejorar en última instancia el proceso de autocuidado.
Khalilzadeh Ganjalikhani, M., Tirgari, B., Roudi Rashtabadi, O., Shahesmaeili, A. 2019. Irán. "Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy" CINAHL, PubMed.[20]	Determinar el efecto de la educación estructurada en el cuidado de ostomías en la calidad de vida y la ansiedad de los pacientes con ostomía permanente.	Es un estudio de ensayo clínico aleatorizado. Participan 60 pacientes divididos en 2 grupos durante 2 meses; uno recibe formación presencial y práctica frente al otro grupo que recibe asistencia rutinaria.	Tras la intervención educativa, disminuyó la ansiedad en el grupo de intervención y su calidad de vida mejoró significativamente en comparación con el grupo de control que recibió la atención de rutina.

...continuación de la tabla 4.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
Villa, G., Vellone, E., Sciara, S., Stievano, A., Proietti, M.G., Manara, D.F., Marzo, E., Pantaleo, G. 2019, Italia. "Two new tools for self-care in ostomy patients and their informal caregivers: Psychosocial, clinical, and operative aspects." CINAHL[21]	Desarrollar y probar las propiedades psicométricas del Índice de Autocuidado de Ostomía (OSCI) y del Índice de Contribución del Cuidador al Autocuidado en Pacientes con Ostomía (CC-OSCI), desde una perspectiva clínica, operativa y psicosocial para saber cómo medir el autocuidado.	Es un estudio de validación multicéntrico en una muestra de conveniencia de 468 pacientes con ostomía y 227 cuidadores.	Se pueden utilizar los índices para comprender mejor el autocuidado de los pacientes y adaptar intervenciones específicas destinadas a mejorar el proceso de autocuidado, involucrando a los cuidadores informales en el proceso educativo, ya que estos juegan un papel clave en la prestación de atención a los pacientes con ostomía.
Mateus Josino, H., Marques Moura, N.F., Moraes Barbosa, T.C., Peres de Oliveira, P., da Fonseca, D.F., Teixeira Moraes, J. 2024, Brasil. "Ações de enfermagem para pacientes adultos com estoma intestinal devido a neoplasia maligna: revisão de escopo" CINAHL[22]	Mapear la evidencia científica sobre las principales acciones de enfermería dirigidas a adultos con estoma intestinal por neoplasia maligna.	Se trata de una revisión sistémica realizada de julio de 2021 a enero de 2022 en seis bases de datos y siete catálogos de tesis.	Las estrategias de apoyo y rehabilitación para las personas ostomizadas deben iniciarse desde el mismo momento en que el paciente y su familia ingresan al ambiente hospitalario, priorizando el autocuidado, el aprendizaje continuo en casa y en grupos de apoyo. Siempre con el objetivo de ayudar tanto al paciente como a su familia, ya que una familia bien guiada y preparada emocionalmente se caracteriza por ser facilitadora de la adaptación.
de Araújo Alves, D., Leite Sampaio, L.R., Alves Lima, L.G., Sousa Bezerra, J.V., Gomes da Cruz, L., Gonçalves Duarte Gregório, R. 2024, Brasil. "Convivendo com estomias de eliminação: um estudo à luz da Teoria das Representações Sociais" Dialnet Plus[23]	Identificar algunas percepciones y representaciones sociales construidas por personas con ostomías de eliminación en torno a su condición.	Estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo, basado en la teoría de las representaciones sociales, realizado a través de relatos de pacientes con ostomía de eliminación, (septiembre y octubre 2022), entrevistas semiestructuradas con cuestionarios sobre percepciones subjetivas, destacando las implicaciones de las experiencias familiares, sociales y profesionales.	Se observa una serie de consecuencias que imponen las ostomías, como barreras sociales, laborales y alimentarias, que se suman a los estigmas y sentimientos negativos asociados a la autoimagen y autopercepción de estos individuos.
Alcalá Gutiérrez, P. 2016, España "Impacto en la calidad de vida y utilización de recursos sanitarios en pacientes con colostomía permanente" Dialnet Plus[24]	Analizar la correlación entre las Buenas Prácticas de RNAO. Evaluar impacto en la calidad de vida del paciente tras la realización de una colostomía.	Estudio de cohortes retrospectivo de tipo observacional, unicéntrico, realizado en pacientes con colostomía permanente y análisis de cohortes en la persona cuidadora principal, para explorar en un año de presencia del estoma si tiene influencia en sus cuidadores habituales.	Entre otras conclusiones, una de ellas destaca la presencia del cuidador principal, que es determinante en el posoperatorio y en la adherencia a las buenas prácticas enfermeras.
Mudarra García, N.2019, España "Prevención del trastorno de la imagen corporal por la intervención enfermera sobre paciente y familia previa a cirugía de cáncer de mama y colon" Dialnet Plus.[25]	Evaluar si el apoyo familiar tras recibir educación sanitaria, previa a la intervención quirúrgica, junto con el paciente que va a ser sometido a una cirugía de colon, reduce las alteraciones en la imagen corporal.	Ensayo clínico controlado no cegado de 64 participantes, pretende valorar la eficacia de una intervención enfermera a los familiares y pacientes previa a la cirugía para evitar el trastorno de la imagen corporal de sujetos operados de cáncer de mama o colon frente a la intervención limitada solo a pacientes.	En este trabajo se evidencia que proporcionar educación sanitaria conjunta a paciente y familia previa a la cirugía de mama y colon reduce el trastorno de la imagen corporal en este.

...continuación de la tabla 4.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
Pinho, J., Jesus, T., Leal, D., Nogueira, C., Felisberto, F., Mota, L. 2018, Portugal. "A Pessoa com ostomia de eliminação intestinal: representação social dos enfermeiros" Dialnet Plus[26]	Describir la representación social de los enfermeros acerca de la persona con ostomía de eliminación intestinal.	Es un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, orientado por la teoría de las representaciones sociales. Participaron en el estudio 69 enfermeros.	El soporte social y familiar, así como el apoyo psicológico, asumen una importancia capital en todo este proceso. La representación social de los enfermeros acerca de la persona con ostomía de eliminación intestinal asume su centralidad en la capacitación de la persona para el autocuidado y en el autoconcepto.
Dalmolin, A., Girardon-Perlini, N.M.O., Simon, B.S., Coppeti, L.de C., Machado, L. 2019, Brasil. "Família no convívio com a pessoa com estomia intestinal: uma análise documental" CUIDEN Plus[27]	Describir la tendencia de la producción de la enfermería brasileña en las tesis y disertaciones sobre familias que conviven con personas con ostomías intestinales.	Investigación documental realizada en mayo de 2017/ Revisión sistémica.	Fue posible identificar que, ante las adversidades de vivir con una ostomía, la familia se moviliza y se organiza para afrontar las demandas en el proceso de adaptación a la nueva realidad de vida. Con este apoyo familiar se fortalece la propia familia; se alivian y superan las adversidades paulatinamente.
Sousa, SCA, Ribeiro, LB, Dantas,TCL.,Pinto, RGT, Ferreira, EN., Silva, RG., Vieira, B.G., Ferreira, M.V. 2022, Brasil. "Vivências de pessoas colostomizadas- Revisão Integrativa" CUIDEN Plus[28]	Analizar la calidad de vida en relación al uso de la bolsa colectora en ostomizados.	Este estudio se basó en un enfoque cualitativo y un método integrador de revisión de la literatura donde se analizaron 22 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión.	Respecto al rol del profesional de enfermería, es responsable de informar, acoger y orientar a la familia del paciente para que estén dispuestos a ayudarlo. Es necesario informar a la familia sobre todo el proceso por el que pasará la persona, desde el diagnóstico hasta el tratamiento de la enfermedad.
Vargas-Rodríguez, L.Y., Quemba-Mesa, M.P., Diaz-Fernández, J.K., Bautista-Plazas,L., Pulido-Barragán, S.P. 2023, Colombia. "Percepciones e implicaciones en personas con ostomías de eliminación. Revisión narrativa." CUIDEN Plus[29]	Caracterizar las percepciones e implicaciones en los pacientes que tienen una ostomía de eliminación.	Revisión narrativa de las metodologías de estudios cualitativos, cuantitativos y estudios secundarios, publicados en español, inglés y en portugués, disponibles en texto completo en las bases de datos Scopus, Ovid Nursing, Pubmed, ISI - Web of Science -, Lilacs, Sage, Sciencedirect, Scielo, Google Scholar, además de la consulta en diferentes universidades locales.	Las personas con ostomías, junto con sus cuidadores y familias, experimentan diferentes cambios en las dinámicas y roles de vida, por lo cual requieren soporte en salud con apoyo emocional, en habilidades cognitivas e instrumentales.
Wild CF, Favero NB, Salbego C, Vale MG de, Silva J da RP da, Ramos TK. 2016, Brasil "Educação em saúde com estomizados e seus familiares possibilidade para melhor qualidade de vida" CUIDEN Plus[30]	Presentar la experiencia de las enfermeras en la realización de actividades educativas con pacientes ostomizados y sus familias.	Es un informe de experiencia sobre la realización de actividades educativas con pacientes ostomizados y sus familias, desarrollado en seis meses. Se fomentó el autocuidado y la participación de la familia en el proceso.	Se cree que realizar acciones de educación para la salud contribuye a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Esto se produce mediante una adecuada planificación del cuidado, que incluye el apoyo psicológico y la educación para la salud, y que potencia las habilidades de la persona para el autocuidado, lo cual juega un papel decisivo en la adaptación a los cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales de la persona ostomizada y sus familiares.

...continuación de la tabla 4.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN. 2017, Brasil. "Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families" PubMed.[31]	Conocer las percepciones de los participantes de un grupo de apoyo para personas con colostomía acerca de la utilización de un video educativo como recurso para la actividad de educación para la salud.	Estudio de investigación descriptiva con enfoque cualitativo con 16 participantes de un grupo de apoyo a las personas colostomizadas. Recogida de datos entre abril y mayo 2016. Se realizan reuniones mensuales ofreciendo la estomaterapeuta información para mejora de la calidad de vida, siendo la metodología participativa.	Se percibió como relevante el enfoque de estímulo a la familia en el vídeo educativo, ya que contribuye al proceso de aceptación, adaptación y cuidado de la persona con colostomía. Se fomenta la participación familiar en el proceso de cuidado y adaptación, ya que puede ser una referencia para quienes enfrentan la situación, estando indicado para su uso principalmente en el período pre y postquirúrgico y en la preparación para el alta hospitalaria.
Afiyanti, Y.; Milanti, A.; Wahidi, K.R.; Fitch, M. 2025, Indonesia. "Embracing My Stoma: Psychosocial Adjustment of Indonesian Colorectal Cancer Survivors Living With a Stoma" CINAHL[32]	Explorar las experiencias vividas por sobrevivientes de CCR (cáncer colorrectal) de Indonesia que viven con un estoma con respecto a su adaptación psicosocial.	Este estudio adoptó el enfoque de la fenomenología interpretativa filosófica de Heidegger. Se realizó mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas; se recopilaron datos hasta la saturación de 11 sobrevivientes de CCR.	Se describe la esencia de las experiencias psicosociales vividas en los sobrevivientes de CCR con estoma, identificando el logro de la autorreconciliación, la obtención del apoyo social tanto de la familia, pareja y amigos, y la realización de los ajustes prácticos de la vida cotidiana.
Herrera Justicia, S., López Moreno, V.A., Martínez Muñoz, M.D.C., Hermoso Quintana, A., Amezcua, M. 2025, España. "Intervenciones para normalizar las actividades de la vida cotidiana en pacientes a los que se ha practicado una reciente ostomía" CINAHL[33]	Identificar intervenciones basadas en evidencias destinadas a fomentar la autonomía de la persona portadora de un estoma, garantizando su seguridad y motivación hacia el autocuidado.	Búsqueda de evidencias siguiendo el modelo PRAXIS en bases de datos LILACS, CUIDEN, PUBMED. Se seleccionan 8 documentos y se identifican 6 recomendaciones de buena práctica (RBP). Estas RBP han sido revisadas por 3 pacientes expertos adscritos a una asociación de pacientes ostomizados y colaboradores habituales en una escuela de pacientes. Una de las 6 RBP se basa en involucrar a la familia y al entorno social.	Los participantes identificaron 19 prácticas de autocuidado que involucran a la persona ostomizada y su entorno. Se dividen en: *Conocimientos* que ayudarían a normalizar su vida cotidiana, *Habilidades y destrezas* que convendría adquirir (donde se incluye aprender a compartir con la familia sus temores y pedirles ayuda para involucrarla desde el momento del diagnóstico; así estarán preparados para procurar apoyo cuando lo necesite el paciente) y *Actitudes* que debería fomentar.
Liu C, Ren H, Li J, Li X, Dai Y, Liu L, Ma L, He Q, Li X. 2016, China. "Predictors for quality of life of bladder cancer patients with ileal conduit: A cross-sectional survey." CINAHL[34]	Evaluar la calidad de vida (CV) y sus factores influyentes en pacientes con cáncer de vejiga después de un conducto ileal.	Se realizó una encuesta transversal con cuestionarios (Escala de autogestión estomal, Escala de Apoyo Social Reevaluada y WHOQOL-BREF con dominio en físico, psicológico y relación social y entorno) a 188 pacientes en un hospital de China entre 2012 y 2013.	Se observó una correlación positiva entre la calidad de vida y el apoyo social, así como con el autocuidado estomal y, por tanto, cuanto mejor sea el autocuidado estomal y el apoyo social, mejor será la calidad de vida.

...continuación de la tabla 4.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
Mohamed NE, Shah QN, Kata HE, Sfakianos J, Given B. 2021, Pensilvania(USA). "Dealing With the Unthinkable: Bladder and Colorectal Cancer Patients' and Informal Caregivers' Unmet Needs and Challenges in Life After Ostomies." CINALH[35]	Examinar las necesidades no satisfechas de los pacientes ostomizados y de los cuidadores informales e identificar áreas de intervención y programas de cuidados de apoyo específicos para mejorar la experiencia de estos pacientes y sus cuidadores informales.	Entre 2017 y 2018 se realizan entrevistas individuales a pacientes sometidos a cirugías de ostomía por cáncer de vejiga o colorrectal y a 13 cuidadores informales. Los datos cualitativos recopilados a través de grabación de audio se analizan para explorar las necesidades no satisfechas de los pacientes y sus cuidadores.	Tanto los pacientes como los cuidadores recomendaron buscar apoyo psicológico y social para mejorar la adaptación emocional de ambos a la vida después de las ostomías. Es prioritario satisfacer las necesidades insatisfechas de información y atención de apoyo de los pacientes y de los cuidadores informales para mejorar su calidad de vida y su adaptación. Así como elaborar por parte de enfermería planes de cuidados de apoyo eficaz.
Yan, Ming-hui BN, RN; Lv, Lin MSN, Zheng, Mei-chun BN, RN; Jin, Ying BN, RN; Zhang, Jun-e PhD. 2022, China "Quality of Life and Its Influencing Factors Among Chinese Patients With Permanent Colostomy in the Early Postoperative Stage: A Longitudinal Study" CINAHL[36]	Investigar los cambios dinámicos y los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes chinos con colostomía permanente.	Se investigó a 74 pacientes antes del alta y al mes y a los 3 meses del alta. Los instrumentos incluyeron el Cuestionario de Calidad de Vida para Personas con Ostomía (versión china), la Escala de Autoeficacia para Estomas, la Escala de Autocuidado para Estomas (versión inicial) y un cuestionario de información demográfica y relacionada con el estoma.	Los profesionales sanitarios deben centrarse en mejorar la calidad de vida de los pacientes con colostomía, especialmente un mes después del alta. Se deben considerar intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia, la educación preoperatoria sobre la cirugía, la capacidad para el cuidado de la colostomía, la relación familiar, la autoaceptación del estoma y la participación en actividades con amigos colostomizados para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
Siqing Li, Cuilian Luo, Minyi Xie, Jinman Lai, Hong Qiu, Lihong Xu, et al. 2024, China. "Factors Influencing Readiness for Hospital Discharge among Patients Undergoing Enterostomy: A Descriptive, Cross-sectional Study" CINAHL[37]	Examinar los factores que influyen en la preparación para el alta hospitalaria entre los pacientes chinos que se han sometido a una enterostomía.	Es un estudio descriptivo y transversal de 177 cuestionarios finales a pacientes con cáncer colorrectal sometidos a enterostomía en un hospital de China, entre enero de 2021 y enero de 2023. Los participantes completaron la Escala de Preparación para el Alta Hospitalaria, la Escala de Capacidad de Autocuidado de Ostomías y el Cuestionario Chino de Calidad de Vida para Estomas (versión china) al momento del alta hospitalaria.	Se concluye que factores como la calidad de vida, los conocimientos de autocuidado, las fugas durante la hospitalización, los ingresos familiares mensuales, la ubicación del estoma antes de la cirugía y la intención de autocuidado tras la enterostomía influyeron en la preparación de los pacientes para el alta hospitalaria.
Villalba Vinagre, Mª Esperanza. 2015, España. "¿Persisten dificultades de adaptación a largo plazo en supervivientes de cáncer colorectal con ostomía permanente?" Dialnet Plus[38]	Describir los problemas específicos y de adaptación persistentes a largo plazo de supervivientes de CCR con ostomía permanente.	Es un estudio cualitativo fenomenológico en el que participaron 282 supervivientes de CCR con una ostomía intestinal permanente. En la 1.ª fase cubren 1 cuestionario específico y 2 preg. abiertas. En la 2.ª fase se dividen según resultados en 2 grupos focales, a los que se invitan para compartir sus problemas y adaptación a la vida con una ostomía, y los investigadores observan y analizan comportamientos.	Se confirman las necesidades a largo plazo y se invita a crear recursos de apoyo a nivel individual y a nivel grupal que les ayuden a solucionar los problemas específicos relacionados con el estoma y a mejorar el afrontamiento de su proceso enfocado a dejar de sobrevivir y empezar a vivir.

...continuación de la tabla 4.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
González-Pérez,D., María Belén López-Ojeda, MB., Pérez-Cuadros, E. 2018, España. "Autoaceptación tras la colocación de un estoma digestivo" Dialnet Plus[39]	Describir las variables que condicionan la aceptación del estoma digestivo.	Es una revisión bibliográfica buscando en PubMed y Medline con palabras clave "*body image*" and "*stoma*", y se seleccionaron 4 artículos en español, incluyendo aquellos trabajos que hablaban de la autopercepción y calidad de vida de pacientes ostomizados.	Resaltan entre las variables más influyentes el apoyo social, emocional y familiar, y se concluye la importancia en el abordaje previo a la intervención para un rápido logro del manejo del estoma y, en consecuencia, una rápida adaptación y aceptación del estoma y una mayor autonomía.
Borrel Brau, N., Davín Durban, I. 2020, España. "Intervención de enfermería en los problemas relacionados con la aceptación de la ostomía" Dialnet Plus, CUIDEN Plus[40]	Conocer los problemas de aceptación que presentan las personas ostomizadas que inciden en su calidad de vida y establecer un plan educativo que tenga en cuenta las necesidades psicosociales de la persona ostomizada.	Es un artículo que detalla los aspectos relacionados con la aceptación de una ostomía, tanto físicos, psicológicos como sociales; dentro de estos últimos destaca la pérdida de relaciones de amistad y alteración de las relaciones personales.	Se concluye que la integración de los aspectos psicosociales en los cuidados de enfermería individualizados ayuda a minimizar el impacto de los factores estresores que afectan a la salud psicológica de los pacientes ostomizados y se destaca, dentro de las recomendaciones de intervención enfermera de calidad, la necesidad de incluir a la familia y a los amigos como elementos de apoyo.
Rico CLV, González LAL, Suarez LMG, Murillo DO, Peláez LVR 2019, Colombia. "Calidad de vida en personas portadoras de una ostomía digestiva" CUIDEN Plus[41]	Realizar una revisión bibliométrica y exploratoria relacionada con la calidad de vida en personas portadoras de ostomías digestivas.	Se realizó búsqueda en Scopus, utilizando los descriptores: *"Quality of life"* y *"Surgical stomas"*, seleccionando los artículos a partir del 2014 y quedando finalmente 39 manuscritos.	Se evidencia primordialmente que, debido a los cambios físicos y al cambio en las actividades cotidianas que giran en torno a la presencia del estoma y de su funcionamiento, se derivan situaciones de afrontamiento familiar y social que afectan la calidad de vida.
Pereira APS, Carneiro CC, Pinto MH, Martins MRI, Netinho JG, Cesarino CB 2015, Brasil. "Percepções dos estomizados intestinais sobre o estoma após cirurgia/Perceptions of ostomy patients concerning stoma after surgery" CUIDEN Plus[42]	Comprender las percepciones de los pacientes ostomizados intestinales respecto del estoma después de la cirugía.	Es un estudio descriptivo con enfoque cualitativo que utilizó tres preguntas orientadoras. Los discursos de los 13 pacientes ostomizados intestinales, atendidos en el ambulatorio de coloproctología de un hospital de Brasil.	El análisis reveló cuatro temas: sentimientos vividos, dificultades vividas tras el estoma, la vida sexual después del estoma y expectativas futuras; además de diez temas: enfado, conformismo, fe, dificultades en el autocuidado, reinserción social, cambio en la vestimenta, sexo con perjuicios, apoyo de los familiares, cura y mejor calidad de vida. Se tienen expectativas de volver a las actividades cotidianas, entendiendo que las dificultades son fases de un proceso y que el apoyo de los familiares y la fe en Dios es una forma de afrontar la convivencia.

...continuación de la tabla 4.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
Sousa,F.C, Barragán Martín, A. B., Simón Márquez, M.M , Martos Martínez, A., Gázquez Linares, J.J. 2021, Portugal. "Avaliaçao de um programa de intervençao em enfermagem para pessoas com ostomia-contributos na perceçao de qualidade de vida" Dialnet Plus[43]	Evaluar el efecto de un programa de intervención de enfermería en estomaterapia en la percepción de la calidad de vida de las personas sometidas a cirugía de ostomía de eliminación.	Es un estudio cuasiexperimental con un grupo control, donde realizan dos evaluaciones, al mes y al sexto mes después del alta hospitalaria, y con tres métodos de intervención. El grupo control se realiza en hospitales donde no hay consulta de estomaterapia y el grupo de intervención donde sí la hay, y entre el primer y el sexto mes acudirán 5 veces a consulta.	Se asume que los participantes del grupo de intervención aceptaron mejor su condición de salud, fueron más seguros en el manejo de sus vidas y más efectivos en el cuidado de su ostomía, experimentaron más conocimientos para la gestión psicológica, social y física, con mejor visión de la imagen corporal y en transición positiva hacia la adaptación a la ostomía de eliminación, consiguiendo así la tendencia a la mejora de la calidad de vida gradual.
Zhang,Xi, Lin, Jin Ling, Gao, Rui, Chen, Ning, Huang,Gui Fang, Wang, Long, Gao, Hong, Zhuo, Hui Zhen, Chen, Li Qi, Chen, Xiao Huan, Li, Hong. 2021, China. "Application of the hospital-family holistic care model in caregivers of patients with permanent enterostomy: a randomized controlled trial" Cochrane Library, PubMed[44]	Evaluar la efectividad del modelo de atención holística hospital-familia basado en la teoría de "Timing It Right" (TIR) (momento oportuno/adecuado) en cuidadores de pacientes con enterostomía permanente.	Es un ensayo controlado aleatorizado prospectivo. Fueron reclutados 125 cuidadores de pacientes con enterostomía permanente del 1 de mayo de 2017 al 31 de agosto de 2019. Aleatoriamente, se dividieron en grupo control e intervención. Se evaluaron la capacidad de cuidado, el distrés psicológico y la calidad de vida de los cuidadores entre los grupos, antes de la intervención, al alta y a los 3 y 6 meses después del alta.	La intervención de atención holística hospitalaria-familiar basada en la teoría TIR no solo puede mejorar eficazmente la capacidad de cuidado de los cuidadores de pacientes con enterostomía permanente, reducir el nivel de angustia psicológica y mejorar la calidad de vida; sino que también reduce la incidencia de complicaciones y mejora su adaptabilidad, proporcionando una base teórica y una referencia para el modo de atención de los cuidadores en la etapa de recuperación de la enfermedad.
Xu S, Tan X, Ma C, McElyea RS, Shieh K, Stover AM, Smith A, Stitzenberg K, Basch E, Song L. 2023, USA "An eHealth symptom and complication management program for cancer patients with newly created ostomies and their caregivers (Alliance): a pilot feasibility randomized trial" Cochrane Library, PubMed[45]	Examinar la viabilidad, la usabilidad, la aceptabilidad y la eficacia inicial de un programa de eSalud denominado "Sistema de Gestión de Síntomas Basado en Resultados Informados por el Paciente" (PRISMS) durante la transición de la atención posterior a la ostomía.	Es un ensayo piloto controlado aleatorizado con 23 díadas de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico con intención curativa para cáncer de vejiga y colorrectal, y sus cuidadores. Tras evaluar la calidad de vida, los síntomas generales y la carga del cuidador al inicio del estudio, fueron asignados aleatoriamente a PRISMS 16 díadas o a atención habitual 7 díadas. Tras un período de intervención de 60 días, los participantes completaron una encuesta de seguimiento y una entrevista posterior a la salida.	Sugiere que el programa eHealth PRISMS, que ofrece apoyo personalizado para la autogestión basado en datos recopilados de diversas fuentes, es aceptable y útil para pacientes que pasan de la atención profesional para la creación de ostomías a la autogestión domiciliaria y familiar, y para sus cuidadores. Los pacientes de PRISMS mostraron una tendencia al aumento del bienestar físico y emocional, y los cuidadores de PRISMS experimentaron una mayor reducción de la sobrecarga del cuidador.
Sun V, Ercolano E, McCorkle R, Grant M, Wendel CS, Tallman NJ, Passero F, Raza S, Cidav Z, Holcomb M, Weinstein RS, Hornbrook MC, Krouse RS. 2017,USA. "Ostomy telehealth for cancer survivors: Design of the Ostomy Self-management Training (OSMT) randomized trial." Cochrane Library, PubMed[46]	Determinar si la activación, la autoeficacia, los conocimientos sobre la ostomía y la CV mejorarán y se mantendrán a lo largo del tiempo con el programa de capacitación en autocuidado de ostomía (OSMT) basado en telesalud para sobrevivientes de cáncer y sus cuidadores, que busca promover la autoeficacia, la adaptación y el afrontamiento de una ostomía.	Ensayo aleatorizado que evalúa la eficacia del programa OSMT en la activación, la autoeficacia y la calidad de vida. Se imparte en 4 sesiones grupales por estomaterapeutas y una sesión adicional a los cuidadores para abordar sus necesidades en relación con el cuidado de la ostomía. Se utilizan estrategias de telesalud mediante videoconferencia. Dura 3 años y está formado por 162 sobrevivientes y sus cuidadores.	El programa OSMT tiene un gran potencial para impactar positivamente las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales únicas de los sobrevivientes de cáncer que viven con una ostomía permanente y sus cuidadores. El diseño del estudio, el proceso y el enfoque de telesalud contribuyen al éxito de futuras iniciativas de difusión de la intervención en diversos entornos clínicos y comunitarios.

...continuación de la tabla 4.

Autor/ Año publicación	Objetivo del estudio	Metodología	Hallazgos/Conclusiones
Rock MC, Cidav Z, Sun V, Ercolano E, Hornbrook MC, Wendel CS, Mo J, Fellheimer H, McCorkle R, Holcomb M, Grant M, Weinstein RS, Krouse RS. 2022, USA. "Adapting to the burdens of care: a telehealth program for cancer survivors with ostomies." Cochrane Library, PubMed[47]	Evaluar los beneficios de un programa educativo: el programa de Capacitación para el Autocuidado de Ostomías (OSMT) que mejora la activación del paciente (preparación para el autocuidado), la autoeficacia (capacidad del paciente para el autocuidado), el conocimiento del autocuidado de ostomías/urostomías, la calidad de vida, el estado de ánimo, el uso de servicios médicos y la carga financiera en pacientes con ostomías.	Es un ensayo aleatorio prospectivo que comparó la atención habitual (CU) con un programa de capacitación en autogestión de ostomía (OSMT) administrado por telesalud en pacientes con ostomías debido a cáncer. La intervención se realizó durante 5 semanas con la administración de una encuesta al inicio, al finalizar el programa y 6 meses después de su finalización. Consta de 177 pacientes	Hay indicios de que los participantes en este programa estructurado de telesalud son más activos en el autocuidado de la ostomía. Las actividades de autocuidado de la ostomía informadas, los consumibles de atención médica y los servicios de atención médica informados por ambos grupos ilustran la complejidad de la atención de supervivencia después de la cirugía de ostomía.

Fuente: Elaboración propia.

Es indudable la importancia de las variables como el apoyo social, emocional y familiar, correlacionándolas positivamente con la calidad de vida y con la finalidad de un mejor autocuidado del estoma[34,37,39].

Se involucra a la persona ostomizada y su entorno en diferentes prácticas de autocuidado que ayudan a normalizar su vida cotidiana, entre las que se nombra el aprender a compartir los temores a su familia y pedir su ayuda[33].

Se reflejan las expectativas de retomar las actividades cotidianas, comprendiendo que las dificultades forman parte de distintas fases del proceso y que los recursos de apoyo, tanto individual como grupal, contribuyen a resolver los problemas específicos relacionados con el estoma. Asimismo, estos recursos facilitan la comprensión por parte de la familia, lo que a su vez favorece un mejor afrontamiento del proceso[38,42].

Es relevante el enfoque a la familia en un vídeo educativo como parte del proceso de aceptación, adaptación y cuidado de la persona con colostomía indicado para su uso pre y postquirúrgico[31].

Se describe que las estrategias de apoyo a las personas ostomizadas deben iniciarse desde el momento del ingreso y mantenerse durante el proceso de aprendizaje continuo en el domicilio. Estas estrategias están dirigidas tanto al paciente como a su familia, priorizando el autocuidado y otorgando un papel relevante a los cuidadores informales, quienes actúan como facilitadores del proceso de adaptación. Asimismo, mediante la educación para la salud y el apoyo psicológico, se fortalecen las habilidades de la persona para el autocuidado, el cual desempeña un papel decisivo en la adaptación física y psíquica, tanto de la persona ostomizada como de su entorno familiar[21,22,30].

Algunos estudios destacan la figura del cuidador principal determinante en la adherencia a las buenas prácticas enfermeras[24], así como en otros se identifica que, con el apoyo familiar ante las adversidades de vivir con una ostomía, se afronta la nueva situación y se fortalece la propia familia; juntos se alivian y se superan[27].

La influencia de la familia para prevenir trastornos psicológicos

Se evidencia que, debido a los cambios físicos y los cambios en las actividades cotidianas que giran en torno a la presencia del estoma, se derivan situaciones de afrontamiento familiar que afectan a la calidad de vida[41]. En consecuencia, las barreras sociales y laborales derivadas de una ostomía se asocian a sentimientos negativos con respecto a la autoimagen y autopercepción de estos pacientes[23]. Y, en este sentido, cabe destacar que proporcionar educación sanitaria conjunta a paciente y familia previa a la cirugía reduce el trastorno de la imagen corporal en el paciente[25].

En diferentes estudios se caracterizan las percepciones que experimentan las personas ostomizadas, sus familias y cuidadores frente a los cambios de dinámica y roles de vida, por lo que requieren soporte en salud con apoyo emocional[29].

También se revela una asociación significativa para los dominios psicológico, social, físico y espiritual, impactando en la calidad de vida de los pacientes con ostomía y sus familias[18]. De la misma manera, se refleja que el soporte social y familiar, así como el apoyo psicológico, juega una importancia capital en todo el proceso[26].

Hay estudios que revelan que la ansiedad y fatiga de los cuidadores afectan a los pacientes ostomizados y sugieren que los cuidados vayan dirigidos tanto a pacientes como a cuidadores familiares para mejorar el nivel de función social[11]. En este sentido, se destaca la influencia recíproca de la depresión diádica y la importancia de tratarlos a ambos, tanto paciente como cuidador, con el fin de mejorar en última instancia el proceso de autocuidado[19].

Los familiares y el personal sanitario deben prestar atención al posible aislamiento que pueden sufrir los pacientes y se nombran posibles estrategias psicológicas para mejorar la resiliencia y mejorar la salud mental[17]. De igual modo, hay referencias que resaltan que tanto los pacientes como los cuidadores recomendaron buscar apoyo psicológico y social para mejorar la adaptación emocional de ambos a la vida después de la ostomía, para mejorar su calidad de vida, da importancia a la elaboración de planes de cuidados de apoyo eficaz por parte de enfermería[35].

Las intervenciones de enfermería centradas en el paciente y sus cuidadores

El personal de enfermería especializado en ostomías debe evaluar y fomentar el apoyo familliar y social[15].

Por otra parte, los profesionales sanitarios deben centrarse en mejorar la calidad de vida de los pacientes con colostomía y

las intervenciones irán dirigidas a mejorar la autoeficacia, la autoaceptación y la relación familiar[36].

Hay que dar importancia a que el personal sanitario identifique a las personas de alto riesgo entre los cuidadores familiares de pacientes ostomizados, apoyando su salud física y mental, consiguiendo de esta manera reducir el riesgo de depresión y estrés y beneficiando así el apoyo al paciente ostomizado[16].

Es adecuado centrar la educación sanitaria en la familia, lo cual mejora la calidad de vida de las personas ostomizadas[12,14]. Cuando aumenta el apoyo de enfermería individualizado dirigido al paciente y a su familia, se aprecia un aumento del ajuste psicosocial de los pacientes a lo largo del tiempo y se minimiza el impacto de los factores estresores que afectan a la salud psicológica de los pacientes ostomizados[13,40].

Diferentes autores consultados, en sus ensayos aleatorios, describen diferentes intervenciones y programas dirigidos al aumento del bienestar de los pacientes y sus cuidadores[43,44,45,46,47].

En ellos se asume que una intervención de enfermería estomaterapeuta mejora la condición de salud y consiguen manejar sus vidas con mayor seguridad; los cuidados de su ostomía son efectivos y se gestionan positivamente en lo relacionado con lo psicológico, lo social y lo físico, consiguiendo una mejor calidad de vida[43]. Además, se pone de manifiesto que la intervención hacia la familia mejora eficazmente la capacidad de cuidado de los cuidadores, reduce la angustia psicológica y mejora la calidad de vida, como también reduce las complicaciones relacionadas con estos pacientes y mejora su adaptabilidad[44]. En este mismo sentido, el programa eHealth PRISMS ofrece apoyo para la autogestión domiciliaria del paciente y sus familiares, mostrando un aumento del bienestar físico y emocional y los cuidadores experimentaron una mayor reducción de la sobrecarga del cuidador[45].

De la misma manera, se estima que el programa OSMT impacta positivamente en las necesidades físicas y psicológicas del paciente y sus cuidadores[46], así como puede conseguir un programa estructurado de telesalud y reflejar una mejoría del autocuidado de la ostomía[47].

Conclusión

En esta revisión bibliográfica se han reunido diferentes estudios e investigaciones que nos aportan una visión global sobre las necesidades de un paciente ostomizado y cómo aportándole ayuda y apoyo familiar se aumenta su calidad de vida.

Tras el análisis, se puede concluir la influencia de la familia para prevenir trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad, así como los trastornos de la imagen corporal.

La familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento y en la autoeficiencia en el manejo del estoma.

Se valora positivamente la atención integral y multidimensional por parte de Enfermería y/o Estomaterapeuta, de manera temprana y continua durante el proceso, teniendo en cuenta al paciente y a sus cuidadores, promoviendo la salud psíquica y, de esta forma, aumentando la resiliencia, cuidando también al cuidador para fortalecer a la familia.

Por todo ello se puede concluir que es muy importante la familia en el apoyo al paciente ostomizado para una correcta adaptación a la situación, el buen afrontamiento de la ostomía y un aumento de la calidad de vida.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Debido a que está en aumento el número de ostomizados, la temática de esta revisión es relevante e interesante. Existe un número elevado de estudios sobre la calidad de vida en un paciente ostomizado en general y, aunque hay investigaciones dando la misma importancia al paciente que a la familia como objetivos de los cuidados que precisan, no hay mucha bibliografía sobre esto en conjunto.

Para futuras investigaciones, se podrían centrar los estudios en la importancia de la familia a la hora de recibir cuidados tanto como al paciente, con el consecuente beneficio posterior, siendo así una adaptación a la vida más rápida con una ostomía.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Contribución de los autores

Los autores certifican haber contribuido de igual manera con la concepción, diseño, material científico e intelectual y redacción del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

Referencias

1. Registered Nurses´Association of Ontorio. Apoyo a adultos que esperan o viven con una osotmía. 2º ed. Toronto: Registered Nurses´Association of Ontario; 2019 [Internet]. [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf
2. Consejo General de Enfermería; Instituto Español de Investigación Enfermera. Marco de actuación de la Enfemera/o o Experta/o en Cuidados Estomaterapéuticos de la Personas Ostomizadas, Familiares y/o Cuidadores. Madrid: Instituto Español de Investigación Enfermera y Consjeo Genral de enfermería;2022. [Internet]. [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.estomaterapia.es/images/Guias_Clinicas/Coloplast/MARCO-ACTUACION-ESTOMATERAPEUTICOS.pdf
3. Grupo COF (Coloplast Ostomy Forum). Libro blanco de la ostomía en España. Madrid: Coloplast PRoductos Médicos;2018. [Internet]. [citado 27 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/v2/spain/local-pages/libro-blanco-de-la-ostomia.pdf
4. Calero Martín de Villodres P. Historia de la Enfermería.: Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Temperamentvm Rev Int Hist Pensam Enferm [Internet]. 2005 [citado 3 de junio de 2025];1(1):18. Disponible en: https://www.index-f.com/temperamentum/1revista/b0102.php
5. Grupo de trabajo GESTO-HUCI. Manual de buenas prácticas de humanización en Consultas de Ostomía. Madrid: Proyecto HU-CI; 2022. [Internet]. [citado 28 de mayo de

2025]. Disponible en: https://www.hollister.es/-/media/files/pdfs-for-download/es_nologin/hol_manual-de-humanizacin-de-las-consultas-de-ostoma.ashx
6. Escuela Madrileña de Salud. Material educativo escrito sobre ostomías. Madrid: Comunidad; 2019 [Internet]. [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/material_educativo_escrito_sobre_ostomias_nov_2919._docx.pdf
7. Vázquez García, MC y Poca Prats, T. Manual de Cuidados en Ostomias. Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015 [Internet]. [citado 13 de julio de 2025]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64745946/Manual_de_Cuidados_en_Ostomias_2009-libre.pdf?1603412364=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMANUAL_DE_CUIDADOS_EN_OSTOMIAS.pdf&Expires=1752407006&Signature=JbG5Le2ZYl35-YvAMxzHuDObKxbj0q6G~MhyzB5nuGz6FY2mN3xCTGbjQyuPtdM~UbudXUR-j1nlwzRfkZoDGCGyFe~eDS4Ej0uMyqbb519DlNx5ny~EnrGiPFgLOFMk1JJ5QcbSW1TeqF3hmme3WB8Vcl2B29CD6Vtz3MDKsvDlSE-kiFXWX4B~1xSg0Dg2CBnRtfkX-klyO948Z2uXDNPeWWQsf0SKnwd9IiH7LFNeOztNBbKgQQDWeG2WUbuBAQh5oGoRnJ7zv92N0Crx3cBjrFCz4hCDWmZKm4ddJBL7-M~DpzpPp3FHyNfpkSIO20yE36JGazFImLw9ZS5f9A__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
8. Colegio Oficial de Enfermería de Lugo. Actualización en Enfermería Familiar y Comunitaria: Modelos de enfermería. Proceso de atención de enfermería (PAE). Lugo: Colegio Oficial de Enfermería; 2021. [Internet]. [citado 5 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf
9. Triviño Z, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan [Internet]. 2005 [citado 5 de julio de 2025];5(1). Disponible en: https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56
10. Aker FZ, Karazeybek E. Relationship between perceived social support and stoma self-efficacy in permanent colostomy patients: A correlational study. J Eval Clin Pract [Internet]. 2025 [citado 13 de abril de 2025];31(1):e14117. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.14117
11. Fan Y, Song M, Xu S, Tan Y, Li X. Subjective and objective effects of anxiety and fatigue on social function in patients with enterostomy and their family caregivers. PloS One. 2024;19(11):e0309991. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309991
12. Golpazir-Sorkheh A, Ghaderi T, Mahmoudi S, Moradi K, Jalali A. Family-Centered Interventions and Quality of Life of Clients with Ostomy. Nurs Res Pract [Internet]. 29 de agosto de 2022;2022:9426560. Disponible en: https://doi.org/10.1155/2022/9426560
13. Nam KH, Kim HY, Kim JH, Kang KN, Na SY, Han BH. Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. Int Wound J [Internet]. 2019 [citado 13 de abril de 2025];16(S1):13-20. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/iwj.13038
14. NasiriZiba F, Kanani S. The Effect of Education with a Family-Centered and Client-Centered Approach on the Quality of Life in Patients with Stoma. J Caring Sci. diciembre de 2020;9(4):225-30. Disponible en: https://doi.org/10.34172/jcs.2020.034
15. Baykara ZG, Demir S, Karadag A. Family Functioning, Perceived Social Support, and Adaptation to a Stoma: A Descriptive, Cross-sectional Survey. Wound Manag Prev. enero de 2020;66(1):30-8. Disponible en: https://doi.org/10.25270/wmp.2020.1.3038
16. Lin H, Lin R, Yan M, Lin L, Sun X, Wu M, et al. Associations between preparedness, perceived stress, depression, and quality of life in family caregivers of patients with a temporary enterostomy. Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc. junio de 2024;70:102557. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102557
17. Liao Y, Liu X, Wu X, Li C, Li Y. Social isolation profiles and conditional process analysis among postoperative enterostomy patients with colorectal cancer. BMC Psychol [Internet]. 25 de diciembre de 2024 [citado 13 de abril de 2025];12(1):782. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s40359-024-02304-5
18. Costa SM, Soares YM, Bezerra Balata Silva IL, Pereira Linhares FM, Azevedo PR, Carvalho Silva LD, et al. Quality of Life of People with Intestinal Ostomies and Associated Factors. Texto Contexto Enferm [Internet]. enero de 2023 [citado 28 de marzo de 2025];32:1-13. Disponible en: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0118en
19. Iovino P, De Maria M, Corvese F, Giordano V, Alvaro R, Vellone E, et al. The influence of patient and caregiver depression on patient self-care and caregiver contribution to self-care in ostomy: A dyadic analysis. J Clin Nurs [Internet]. septiembre de 2023;32(17-18):6441-9. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jocn.16676
20. Khalilzadeh Ganjalikhani M, Tirgari B, Roudi Rashtabadi O, Shahesmaeili A. Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy. Int Wound J. diciembre de 2019;16(6):1383-90. Disponible en: https://doi.org/10.1111/iwj.13201
21. Villa G, Vellone E, Sciara S, Pantaleo G, Stievano A, Proietti MG, et al. Two new tools for self-care in ostomy patients and their informal caregivers: Psychosocial, clinical, and operative aspects. Int J Urol Nurs [Internet]. marzo de 2019;13(1):23-30. Disponible en: https://doi.org/10.1111/ijun.12177
22. Mateus Josino H, Marques Moura NF, Moraes Barbosa TC, Peres de Oliveira P, da Fonseca DF, Teixeira Moraes J. Ações de enfermagem para pacientes adultos com estoma intestinal devido a neoplasia maligna: revisão de escopo. J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE [Internet]. enero de 2024 [citado 10 de abril de 2025];18(1):744-57. Disponible en: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.259911
23. de Araújo Alves D, Leite Sampaio LR, Alves Lima LG, Sousa Bezerra JV, Gomes da Cruz L, Gonçalves Duarte Gregório R. Convivendo com estomias de eliminação: um estudo à luz da Teoria das Representações Sociais. Enferm Cuid Humaniz [Internet]. 2024 [citado 8 de abril de 2025];13(2):10. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9784899
24. Alcala Gutierrez P. Impacto en la calidad de vida y utilización de recursos sanitarios en pacientes con colostomía permanente [Internet] [http://purl.org/dc/dcmitype/Text]. Universidad de Málaga; 2017 [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157956
25. Mudarra García N. Ensayo clínico sin medicamento: prevención del trastorno de la imagen corporal por la intervención enfermera sobre paciente y familia previa a cirugía de cáncer de mama y colon [Internet] [http://purl.org/dc/dcmitype/Text]. Universidad Complutense de Madrid; 2019 [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=248483
26. Pinho J, Jesus T, Leal D, Nogueira C, Felisberto F, Mota L. A Pessoa com ostomia de eliminação intestinal: representação social dos enfermeiros. Rev Investig Inov Em Saúde [Internet]. 30 de diciembre de 2018 [citado 8 de abril de 2025];1(2):23-36. Disponible en: https://riis.esnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/40

27. Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Simon BS, Coppetti L de C, Machado L. Familia conviviendo con una persona con estomía intestinal: un análisis documental. Family in the living with a person with an intestinal stoma: a documentary analysis [Internet]. 2019 [citado 9 de abril de 2025]; Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/91827
28. Sousa SCA de, Ribeiro LB, Dantas TCL, Pinto RGT, Ferreira EN, Silva RG, et al. Vivências de pessoas colostomizadas-Revisão Integrativa. REVISA [Internet]. 15 de noviembre de 2022 [citado 9 de abril de 2025];11(4):479-90. Disponible en: https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/228
29. Vargas Rodríguez LY, Quemba Mesa MP, Díaz Fernández JK, Bautista Plazas L, Pulido Barragán SP. Percepciones e implicaciones en personas con ostomías de eliminación. Revisión narrativa. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2023 [citado 9 de abril de 2025];20(3 (Septiembre-Diciembre)):88-97. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9236435
30. Wild CF, Favero NB, Salbego C, Vale MG de, Silva J da RP da, Ramos TK. Educação em saúde com estomizados e seus familiares: possibilidade para melhor qualidade de vida. Rev Enferm UFSM [Internet]. 30 de junio de 2016 [citado 6 de julio de 2025];6(2):290-7. Disponible en: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20071
31. Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti L de C, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN da. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. Rev Gaucha Enferm. 6 de abril de 2017;37(spe):e68373. Disponible en: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68373
32. Afiyanti Y, Milanti A, Wahidi KR, Fitch M. Embracing My Stoma: Psychosocial Adjustment of Indonesian Colorectal Cancer Survivors Living With a Stoma. Cancer Nurs. 3 de abril de 2025;48(2):E121-8. Disponible en: https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001303
33. Herrera Justicia S, López Moreno VA, MartínezMuñoz MDC, Hermoso Quintana A, Amezcua M. Intervenciones para normalizar las actividades de la vida cotidiana en pacientes a los que se ha practicado una reciente ostomía. Index Enferm. julio de 2020;29(3):176-82. Disponible en: https://ciberindex.com/c/ie/e32922
34. Liu C, Ren H, Li J, Li X, Dai Y, Liu L, et al. Predictors for quality of life of bladder cancer patients with ileal conduit: A cross-sectional survey. Eur J Oncol Nurs. abril de 2016;21:168-73. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.008
35. Mohamed NE, Shah QN, Kata HE, Sfakianos J, Given B. Dealing With the Unthinkable: Bladder and Colorectal Cancer Patients' and Informal Caregivers' Unmet Needs and Challenges in Life After Ostomies. Semin Oncol Nurs. febrero de 2021;37(1):N.PAG-N.PAG. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151111
36. Yan M hui, Lv L, Zheng M chun, Jin Y, Zhang J e. Quality of Life and Its Influencing Factors Among Chinese Patients With Permanent Colostomy in the Early Postoperative Stage: A Longitudinal Study. Cancer Nurs. 1 de febrero de 2022;45(1):E153-61. Disponible en: https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000893
37. Siqing Li, Cuilian Luo, Minyi Xie, Jinman Lai, Hong Qiu, Lihong Xu, et al. Factors Influencing Readiness for Hospital Discharge among Patients Undergoing Enterostomy: A Descriptive, Cross-sectional Study. Adv Skin Wound Care. junio de 2024;37(6):319-27. Disponible en: https://doi.org/10.1097/ASW.0000000000000159
38. Villalba Vinagre MEs. ¿Persisten dificultades de adaptación a largo plazo en supervivientes de cáncer colorectal con ostomía permanente? Evidentia Rev Enferm Basada En Evid [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2025];12(51-52):17. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5560044
39. González Pérez D, López Ojeda MB, Pérez Cuadros E. Autoaceptación tras la colocación de un estoma digestivo. En: BIAH 2018 International Congress of Body Image & Health 6, 7 y 8 de junio de 2018: Libro de actas, 2019, ISBN 978-84-17261-31-3, pág 134 [Internet]. Editorial Universidad de Almería (edual); 2019 [citado 8 de abril de 2025]. p. 134. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8317256
40. Borrell Brau N, Davín Durban I. Intervención de enfermería en los problemas relacionados con la aceptación de la ostomía. Rev ROL Enferm [Internet]. 2020 [citado 1 de mayo de 2025];43(1):12-6. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7562039
41. Rico CLV, González LAL, Suarez LMG, Murillo DO, Peláez LVR. Calidad de vida en personas portadoras de una ostomía digestiva. Rev Cienc Cuid [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 9 de abril de 2025];16(3):114-24. Disponible en: https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1721
42. Pereira ADS, Carneiro CC, Pinto MH, Martins MRI, Netinho JG, Cesarino CB. <b>Percepções dos estomizados intestinais sobre o estoma após cirurgia/Perceptions of ostomy patients concerning stoma after surgery<b>. Ciênc Cuid E Saúde [Internet]. 11 de junio de 2015 [citado 9 de abril de 2025];14(2):1051. Disponible en: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21692
43. Sousa CF. Avaliaçao de um programa de intervençao em enfermagem para pessoas com ostomia-contributos na perceçao de qualidade de vida. En: Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud: promoción y desarrollo, 2021, ISBN 978-84-09-33683-8, págs 155-164 [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2021 [citado 15 de junio de 2025]. p. 155-64. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8113669
44. Zhang X, Lin JL, Gao R, Chen N, Huang GF, Wang L, et al. Application of the hospital-family holistic care model in caregivers of patients with permanent enterostomy: A randomized controlled trial. J Adv Nurs [Internet]. 2021 [citado 4 de mayo de 2025];77(4):2033-49. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14691
45. Xu S, Tan X, Ma C, McElyea RS, Shieh K, Stover AM, et al. An eHealth symptom and complication management program for cancer patients with newly created ostomies and their caregivers (Alliance): a pilot feasibility randomized trial. BMC Cancer [Internet]. 10 de junio de 2023 [citado 4 de mayo de 2025];23(1):532. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12885-023-10919-x
46. Sun V, Ercolano E, McCorkle R, Grant M, Wendel CS, Tallman NJ, et al. Ostomy telehealth for cancer survivors: Design of the Ostomy Self-management Training (OSMT) randomized trial. Contemp Clin Trials. enero de 2018;64:167-72. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.10.008
47. Rock MC, Cidav Z, Sun V, Ercolano E, Hornbrook MC, Wendel CS, et al. Adapting to the burdens of care: a telehealth program for cancer survivors with ostomies. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. 14 de diciembre de 2022;31(1):15. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00520-022-07461-0

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

ARTÍCULO ORIGINAL

Empoderando la atención primaria: la importancia de abordar el dolor pélvico y las disfunciones del suelo pélvico en hombres y mujeres desde la consulta de enfermería

Empowering primary care: the importance of addressing pelvic pain and pelvic floor dysfunctions in men and women from the nursing consultation

Alicia Álvarez-Mota*

Centro de Salud Castelló, Madrid, España

***Correspondencia:** Alicia Álvarez-Mota. aliciaalmo@hotmail.com

Resumen

Objetivos: El artículo busca visibilizar el dolor pélvico crónico (DPC) y las disfunciones del suelo pélvico (DSP) en hombres y mujeres, resaltando el papel clave de la enfermería de atención primaria en su detección precoz, abordaje integral y acompañamiento terapéutico. **Procedimientos básicos:** La autora combina su experiencia clínica en consulta con una revisión de guías internacionales (NICE, EAU, ICS). Se utilizan herramientas como PFDI-20, UDI-6, IPSS, Escala EVA y el Test de Oxford para evaluación, junto con educación sobre autocuidados (ejercicios de Kegel, higiene postural, diarios de síntomas) y coordinación interdisciplinar. **Resultados destacados:** La aplicación de una herramienta estructurada mejora el diagnóstico precoz. Las intervenciones educativas no invasivas pueden mejorar los síntomas. Se evidencian beneficios en calidad de vida y mayor adherencia al tratamiento. Se destaca la importancia del seguimiento enfermero y la colaboración con otras disciplinas como fisioterapia, psicología y sexología. **Conclusiones principales:** El artículo propone un cambio de paradigma en la gestión del DPC y las DSP desde enfermería, apoyando la creación de consultas monográficas. Subraya la necesidad urgente de formación específica, protocolos institucionales y respaldo organizativo. Lo más innovador es el enfoque biopsicosocial liderado desde enfermería para tratar patologías habitualmente invisibilizadas.

Palabras clave: Trastornos del suelo pélvico. Educación en salud. Consulta de enfermería. Enseñanza terapéutica. Prevención primaria. Dolor pélvico.

Abstract

Objectives: This article aims to raise awareness about chronic pelvic pain (CPP) and pelvic floor dysfunctions (PFDs) in both men and women, emphasizing the pivotal role of primary care nurses in early detection, comprehensive management, and therapeutic support. **Basic procedures:** The approach integrates the author's clinical experience with a narrative review of international guidelines (NICE, EAU, ICS). Tools like the PFDI-20, UDI-6, IPSS, EVA scale, and Oxford test are used, along with education on self-care (Kegel exercises, posture, symptom diaries) and interdisciplinary collaboration. **Key findings:** Structured screening improves early diagnosis. Non-invasive educational interventions improve symptoms. Patients report significant quality of life improvements and better treatment adherence. Nurse-led follow-up and coordination with physiotherapy, psychology, and sexology enhance care outcomes. **Main conclusions:** The article advocates for a paradigm shift in managing CPP and PFDs through nurse-led interventions in primary care. It calls for specialized training, institutional protocols, and organizational support. The most novel aspect is the biopsychosocial, nurse-driven approach to addressing often-silenced pelvic disorders with a high impact on patients' lives.

Keywords: Pelvic floor disorders. Health education. Nursing consultation. Therapeutic teaching. Primary prevention. Pelvic pain.

Citar este artículo como: Álvarez-Mota A. Empoderando la atención primaria: la importancia de abordar el dolor pélvico y las disfunciones del suelo pélvico en hombres y mujeres desde la consulta de enfermería. Rev Enfuro. 2026; 150: 29-31. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.3

Recepción: 08/09/2025
Aceptación: 28/10/2025
Publicación: 29/01/2026

Rev. Enfuro 2026; 150: 29-31
https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.3
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Introducción

El dolor pélvico crónico (DPC) y las disfunciones del suelo pélvico (DSP) afectan a una parte significativa de la población adulta, impactando la calidad de vida, la salud sexual, el estado emocional y las actividades cotidianas. Aunque estas condiciones suelen ser invisibilizadas o minimizadas, su prevalencia y carga sanitaria son crecientes, tanto en mujeres como en hombres.

Desde la Atención Primaria (AP), y especialmente desde la consulta de enfermería, se abre una oportunidad única para realizar una detección precoz, abordaje integral y acompañamiento terapéutico. La enfermería, con su enfoque holístico y cercano, está en posición privilegiada para liderar un cambio de paradigma en la gestión de estas patologías.

Metodología

Este trabajo se fundamenta en la experiencia clínica directa de la autora en consulta de Enfermería de Atención Primaria, complementada con una revisión narrativa de la literatura científica, guías clínicas internacionales (NICE, EAU, ICS) y el análisis de herramientas prácticas utilizadas en la consulta enfermera para la evaluación, educación y tratamiento del DPC y las DSP.

Resultados y desarrollo

Detección precoz desde la consulta enfermera

El primer paso en el abordaje es la identificación activa de síntomas a través del interrogatorio clínico y herramientas estructuradas. En muchos casos, el dolor pélvico o los síntomas de disfunción urinaria, fecal o sexual no se verbalizan espontáneamente por vergüenza o desconocimiento.

Se han incorporado instrumentos como el PFDI-20 y UDI-6 para identificar disconfort o síntomas urinarios y pélvicos; el IPSS en hombres, útil en casos con síntomas prostáticos o urinarios; la Escala EVA para cuantificar la intensidad del dolor; el Test de Oxford para evaluar la fuerza del suelo pélvico en exploraciones; el Cuestionario de dolor pélvico crónico (CPPS); el Cuestionario de síntomas urinarios o intestinales; y el Índice de dismenorrea / Índice de Kupperman. Según la guía NICE (2021), un abordaje temprano con preguntas estructuradas mejora el diagnóstico en mujeres y hombres hasta en un 30% respecto a la exploración clínica aislada.

Educación terapéutica y autocuidado

Una de las intervenciones más valiosas desde la consulta enfermera es la educación para el autocuidado, que empodera al paciente y le permite comprender su condición.

Entre las herramientas educativas implementadas destacan los ejercicios de Kegel personalizados, que deben ser enseñados y adaptados según la fuerza muscular detectada (tanto en la musculatura superficial como profunda), complementándose con consejos sobre hábitos miccionales y defecatorios, así como higiene postural. El uso de diarios miccionales y de dolor resulta útil para conocer mejor los factores desencadenantes y la evolución de los síntomas, mientras que la educación sobre anatomía y fisiopatología del suelo pélvico facilita la desmitificación de síntomas y mejora la adherencia al tratamiento.

La guía EAU (2023) subraya la eficacia de estas intervenciones no invasivas en fases iniciales del DPC y las DSP, mejorando síntomas en un 40-60% de los casos cuando se aplican correctamente.

Seguimiento y coordinación interdisciplinar

El seguimiento enfermero permite valorar la evolución, reforzar la adherencia y ajustar estrategias. En casos complejos, se establece coordinación con fisioterapia especializada en suelo pélvico, ginecología, urología, digestivo o unidades del dolor, y psicología o sexología clínica, especialmente en pacientes con componente emocional relevante.

El enfoque biopsicosocial del DPC ha sido validado por múltiples estudios (Morin et al., 2017; Frawley et al., 2015), que recomiendan una atención multidisciplinar liderada desde atención primaria cuando sea posible.

Impacto en la calidad de vida y en la práctica profesional enfermera

Los pacientes manifiestan una mejoría significativa en su calidad de vida cuando son escuchados y atendidos con un enfoque personalizado. La adherencia terapéutica mejora y también la satisfacción del profesional enfermero, al constatar el impacto positivo de su intervención. Según Arantzamendi et al. (2016), este tipo de atención aumenta la motivación profesional y reduce el *burnout* en el personal de enfermería.

La mejora en la calidad de vida de los pacientes con dolor pélvico crónico está estrechamente relacionada con la calidad del vínculo terapéutico que se establece en la consulta enfermera especializada. El ser escuchados sin juicios, comprendidos en su complejidad biopsicosocial y acompañados en un plan de cuidados individualizado, favorece la reducción del sufrimiento percibido, mejora el afrontamiento emocional y fomenta la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Estos elementos son claves para restaurar la funcionalidad, la autoestima y la participación activa en la vida diaria, indicadores centrales de calidad de vida.

Discusión

La integración de herramientas clínicas y educativas en la consulta de enfermería permite identificar y tratar de forma precoz patologías tradicionalmente silenciadas. La creación de agendas específicas o consultas monográficas de suelo pélvico en AP se presenta como una innovación factible, necesaria y de alto impacto.

Sin embargo, se identifican limitaciones estructurales y formativas. Muchos profesionales de enfermería no cuentan con formación específica en suelo pélvico, lo que limita la expansión de estas prácticas. Se requiere formación continuada, protocolos institucionales y respaldo desde los equipos directivos de los centros de salud.

Conclusiones

Las enfermeras de Atención Primaria están en posición clave para detectar, educar y acompañar a personas con dolor pélvico y disfunciones del suelo pélvico. El uso de herramientas validadas como el PFDI-20, IPSS o el diario del dolor mejora la calidad asistencial. La educación terapéutica y el seguimiento activo desde enfermería empoderan al paciente y favorecen la mejora funcional y emocional. Es necesario seguir impulsando la formación especializada y creando espacios estructurados para el abordaje del suelo pélvico en los centros de salud.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

Referencias

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management (NG210). 2021. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng210
2. European Association of Urology (EAU). Guidelines on chronic pelvic pain. 2023. Disponible en: https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain
3. Morin, M., et al. (2017). Pelvic floor dysfunctions: Women's experiences and physical therapy interventions – a literature review. Physiotherapy Theory and Practice. Disponible en: https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1288287
4. Frawley, H.C., et al. (2015). The role of the pelvic floor muscles in men: What is the evidence? Neurourology and Urodynamics, 34(7), 1056-1061.
5. Arantzamendi, M., et al. (2016). El papel de la enfermera en la atención a pacientes con dolor crónico. Enfermería Clínica, 26(2), 121–128.
6. International Continence Society (ICS). Disponible en: https://www.ics.org/

De interés

(NOTICIA 1)

III Jornadas Nacionales AEEU – 8 de mayo de 2026

La Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) se complace en anunciar la celebración de sus **III Jornadas Nacionales de Enfermería en Urología**, que tendrán lugar el próximo **viernes 8 de mayo de 2026**.

Este año, el encuentro científico estará dedicado monográficamente a la **patología de la próstata**, un área de vital importancia en el cuidado urológico. Las jornadas se desarrollarán en el **Hospital de Cuenca** en horario intensivo, **de 9:00 a 16:00 horas**.

El programa preliminar, actualmente en preparación, abordará las claves asistenciales para el manejo integral de estos pacientes, incluyendo:

- Avances en **diagnóstico** y cribado.
- **Tratamientos actuales** y sus implicaciones para enfermería.
- Manejo de **efectos secundarios** y complicaciones postratamiento.
- Estrategias de **seguimiento** y cuidados de soporte.

La AEEU está ultimando los detalles del programa definitivo. Invitamos a todos los socios y profesionales interesados a **reservar esta fecha** para un encuentro de alto nivel científico que potenciará la formación especializada en urología. Las inscripciones **para socios son gratis**. La Asociación destina 10 becas entre los socios para el desplazamiento. ¡Es tu oportunidad para asociarte!

¡Próximamente, toda la información sobre el programa e inscripciones en la web de la AEEU!

(NOTICIA 2)

Desde la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) nos planteamos la posibilidad de crear una consulta de enfermería en patología prostática. Esta idea surge en virtud de los nuevos roles que está empezando a desarrollar la enfermería en distintos ámbitos. En esta consulta, la enfermera, siguiendo un protocolo estandarizado, podría encargarse de la preparación del paciente. Esto incluye realizar la educación sanitaria y mejorar los estilos de vida. También se ocuparía del aprendizaje de los ejercicios perineales necesarios previos a una posible cirugía. Además, valoraría a los pacientes portadores de sonda vesical permanente y realizaría la posible indicación del autocateterismo. Así mismo, habría un seguimiento de los resultados analíticos de los valores del PSA y se encargaría de la educación de los pacientes ante posibles complicaciones de la cirugía, como la disfunción eréctil o la incontinencia urinaria.

Para valorar la idea entre los profesionales implicados, hemos diseñado una encuesta para objetivar la necesidad de crear dicha consulta y conocer los apoyos y barreras de la iniciativa.

Te invitamos a participar y compartir tu opinión a través del siguiente formulario:

👉 **Acceso a la Encuesta sobre la Consulta de Enfermería en Patología Prostática**

Tu experiencia es la base para seguir transformando nuestra profesión. ¡Gracias por colaborar!

(NOTICIA 3)

Coloplast y la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU-ENFURO) anuncian el inicio de una alianza estratégica orientada al impulso del conocimiento, la formación

continuada y el desarrollo profesional en el ámbito de la enfermería urológica.

Esta colaboración contempla el desarrollo de diversos proyectos y actividades científicas y formativas, con el objetivo de contribuir a la actualización de competencias, el intercambio de conocimiento y la mejora de la práctica

clínica basada en la evidencia.

Como primera iniciativa de esta alianza, se llevará a cabo un webinar formativo dirigido a todos los socios de ENFURO, previsto para el día 18 de febrero, a las 17:00 horas, que abordará contenidos de interés y relevancia para la práctica diaria de la enfermería urológica.

Ambas entidades reafirman, a través de este acuerdo, su compromiso con la formación de calidad, la innovación y el avance científico en el cuidado de las personas con necesidades urológicas.

(NOTICIA 4)

AEEU, Colaborador Clave del Curso TxThiel 2026 de Trasplante Renal

La Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) se enorgullece de anunciar su colaboración, por cuarto año consecutivo, en el desarrollo de la **14ª Edición del Curso TxThiel**, un curso consolidado de **formación y entrenamiento en técnicas quirúrgicas de extracción y trasplante renal**.

Esta participación subraya el compromiso de la AEEU con la **formación de excelencia** de la enfermería especializada en Urología y Trasplantes.

El curso, reconocido a nivel nacional e internacional, cuenta con el aval de entidades como la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Asociación Española de Urología (AEU), y está dirigido a la formación de profesionales, especialmente de quirófano.

¡5 Becas de Formación para Socios!

En el marco de esta colaboración, la **AEEU ofrece 4 becas** a sus socios para asistir a la formación.

Interesados: Los socios deben **escribir inmediatamente a la Secretaría Técnica** a la dirección **enfuro@enfuro.org,** indicando su interés en la beca TxThiel 2026.

La AEEU reitera que se está atento a la confirmación de las fechas definitivas de la 14ª edición, prevista para **febrero de 2026**, para seguir apoyando la especialización de la Enfermería Urológica en este campo vital.

(NOTICIA 5)

Clausurada con éxito la II Edición del Máster en Técnicas Urodinámicas HCSC-UCM

El Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) y la Universidad Complutense de Madrid (UCM) clausuraron con éxito la segunda edición de su **Máster de Formación Permanente en Técnicas Urodinámicas**. El programa, que dio comienzo el 5 de junio de 2025, finalizó satisfactoriamente el pasado **5 de diciembre de 2025**.

Este máster semipresencial, de **60 ECTS**, se consolidó como un referente de formación especializada y acreditada, diseñado para profesionales sanitarios interesados en la patología funcional del tracto urinario inferior, incluyendo incontinencia, trastornos vésico-uretrales y defectos pélvicos.

El programa estuvo dirigido por el Prof. Jesús Moreno Sierra y D. Carlos Lorenzo García, contando con un claustro docente de destacados profesionales de la UCM y el HCSC, y la participación del Prof. Jesús Salinas Casado como profesor honorífico.

El éxito de la segunda edición se vio reforzado por el aval de instituciones de prestigio como la Confederación Americana de Urología (CAU), FENIN, la Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG) y, muy

especialmente, la **Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU-ENFURO)**.

La AEEU felicita a todos los alumnos que completaron el máster por su nueva especialización, e informa que **la III edición del Máster ya se está preparando** para continuar ofreciendo esta formación de alta calidad en el campo de la Urología Funcional.

(NOTICIA 6)

La AEEU refuerza su presencia institucional en foros clave de la Enfermería

La Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) ha mantenido una activa representación institucional en diversos encuentros profesionales durante el mes de noviembre, visibilizando el rol experto de la enfermería urológica.

El Presidente y el Secretario de la AEEU en el homenaje a la Enfermería Oncológica de LA RAZÓN

El Presidente y el Secretario de la AEEU estuvieron presentes en la **Jornada «Enfermería Oncológica. Más allá de la vocación»**, organizada por el diario LA RAZÓN. Este foro se concibió como un homenaje y un espacio de reivindicación para la profesión, con el objetivo de visibilizar la labor integral de la enfermería y debatir sus demandas históricas pendientes.

El evento reunió a profesionales de referencia, representantes institucionales (como el Consejo General de Enfermería y el Consejo Internacional de Enfermeras) y expertos en gestión. La jornada se centró en la necesidad de impulsar **cambios estructurales** que permitan a las enfermeras desplegar plenamente su capacidad de liderazgo, como el **reconocimiento efectivo de su autonomía profesional**, la **mejora de las condiciones laborales**, el **aumento de las ratios** y el

acceso a un **desarrollo de carrera real** con plena participación en la toma de decisiones.

La participación de la AEEU en este encuentro subraya el apoyo de la Asociación a las reivindicaciones de toda la profesión y a la necesidad de otorgar a la enfermería el lugar que merece dentro del sistema sanitario, reconociendo su papel como motor de innovación y mejora continua.

Liderazgo Enfermero en Salud Masculina

Además, la AEEU estuvo presente en el encuentro profesional organizado por el Colegio Oficial de Enfermería de

Madrid (CODEM) bajo el lema: **"La enfermería toma la iniciativa en la salud masculina"**.

Celebrado el pasado **26 de noviembre de 2025**, este evento se alineó con el movimiento November para analizar los desafíos críticos que afectan a los hombres (cáncer de próstata y testicular, y salud mental). La AEEU estuvo representada por su Presidente, D. Carlos Lorenzo, y por la enfermera y socia de la AEEU, Dña. Silvia Trigos.

Durante el encuentro, se destacó el papel fundamental de la enfermera en el acompañamiento y la educación sanitaria del paciente urológico. Carlos Lorenzo afirmó que: "Se les ha impuesto un rol de fortaleza que les hace llegar solos, tarde y con miedo. Y en ese camino, **la enfermera es la figura que siempre está a su lado**".

La AEEU agradece al CODEM la invitación, que permite visibilizar el liderazgo enfermero en la transformación del cuidado masculino.

Arriba: Carlos Lorenzo, Daniel Jiménez, Juan Manuel Bahamonde, Andrea Lombardero y Silvia Trigos. Abajo: Juan Pedro de la Morena, Pedro Soriano, Jesús Paramio y Santiago Gómez.

(NOTICIA 7)

Últimas Novedades en la Web de la AEEU

Además de las noticias recientes, recordamos a todos los socios que la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) mantiene un archivo de novedades y comunicados en nuestra página web.

Entre las últimas noticias publicadas, se pueden encontrar:

- **Reconocimiento a la Excelencia:** La noticia del premio a la mejor comunicación obtenido por nuestra socia María Isabel Martínez en el Congreso Andaluz de Urología (noviembre de 2025).
- **Concienciación y Salud Masculina:** Información sobre la campaña de la AEEU de **concienciación del Cáncer de Próstata** y la participación de la Asociación en el movimiento **"Movember"** para romper tabúes sobre la salud sexual y mental masculina (noviembre de 2025).
- **Eventos Futuros:** El anuncio inicial para "reservar la fecha" de las **III Jornadas Nacionales AEEU** que se celebrarán en mayo de 2026 en el Hospital Universitario de Cuenca.

Para mantenerse al día con todos los comunicados, publicaciones de interés, detalles de las jornadas y otras actividades de la Asociación, les invitamos a consultar la sección de **Noticias** en la web oficial:

Asociación Española de Enfermería en Urología | Enfuro

ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

(NOTICIA 8)

Colaboración interprofesional en un nuevo documento sobre tratamiento con BCG

La **Asociación Española de Urología (AEU)**, la **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)** y la **Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU)** han unido fuerzas para elaborar el ***"Documento de consenso sobre la prevención y manejo de efectos secundarios asociados a la BCG para optimizar la adherencia al tratamiento"***.

Esta colaboración multidisciplinar tiene como objetivo principal mejorar el manejo de la terapia intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), una opción terapéutica fundamental en el tratamiento de algunos tumores vesicales. El documento ofrecerá a los profesionales sanitarios una guía práctica y actualizada sobre la prevención y gestión de los efectos adversos de este tratamiento.

La participación de la **AEEU** en este consenso subraya el papel crucial de la enfermería en el seguimiento y la educación de los pacientes, asegurando una mayor adherencia y el éxito terapéutico. Nuestra Asociación está representada por los socios Isaac Florido y Javier Olivares.

(NOTICIA 9)

Tenemos el placer de anunciar una fecha y un lugar muy especiales para la **Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU)**: la celebración de su **XLIII Congreso**.

Este congreso se llevará a cabo en la hermosa ciudad de **Alicante** durante los días **6, 7 y 8 de mayo de 2027**. El emplazamiento elegido para este evento conmemorativo es el **Hotel Meliá Alicante**, un marco ideal para acoger a todos los profesionales de la enfermería urológica.

La elección de estas fechas y lugar es de gran trascendencia, ya que el año **2027 marca el 50 aniversario de la Asociación**.

Por ello, la organización ya ha puesto en marcha los preparativos necesarios para asegurar que este XLIII Congreso sea un encuentro excepcional y memorable, acorde a tan importante efeméride.

Se espera que este congreso no solo mantenga el alto nivel científico y formativo habitual, sino que también sirva como una gran celebración y reconocimiento a las cinco décadas de dedicación de la AEEU a la especialidad.

(NOTICIA 10)

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.

(NOTICIA 11)

La Revista ENFURO es el órgano de difusión de la Asociación Española de Enfermería en Urología. Publica artículos sobre los cuidados de salud y la enfermería, fundamentalmente, pero no exclusivamente, la enfermería urológica. Comité Editorial y Normas de Publicación disponibles en https://revistaenfuro.com/

Nuestra revista 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.

También indexada en **DIALNET** (https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=8347). Dialnet es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad **a la literatura científica hispana.** La gestión está en manos de la Fundación Dialnet constituida por el Equipo de Gobierno de la Universidad de La Rioja.

Igualmente, indexada en **LATINDEX** - Sistema Regional de Información en línea para **Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal** (https://latindex.org/latindex/ficha/25810). Registrada en el folio 25810, sección Catálogo v2.0.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

(NOTICIA 12)

Además, queremos recordarles que nuestra **Secretaría Técnica** es **ORZÁN CONGRES**. Para cualquier consulta, pueden escribirnos a enfuro@enfuro.org.

Orzán Congres S.L.

Avda. Primo de Rivera, 11, 2º izqda.
15006 A Coruña, España
Tel.: 981 900 700
Móvil: 669 40 38 07
Fax.: 981 152 747
www.orzancongres.com

ORZÁNCONGRES

Worldproject: cuando el corazón dicta el camino

A veces, las revoluciones más grandes comienzan en silencio. No nacen en salas de reuniones ni se escriben en complejos planes estratégicos. Nacen de un instante, de una mirada, de un vuelco en el estómago que te dice: *"No puedo ignorar esto"*.

Worldproject es hoy un faro de esperanza que ilumina la vida de miles de personas en Uganda, pero su verdadera historia es la de una promesa silenciosa que cambió el destino de una comunidad entera.

El instante que lo cambió todo

Corría el verano de 2012. Lo que comenzó como un viaje de amigos para Manuel Luque y su grupo se transformó en un encuentro con la realidad más desnuda. Al cruzar las puertas de un orfanato en Entebbe y del hospital de Wakiso, no solo vieron carencias materiales; vieron la fragilidad humana en su estado más puro.

Hubo un momento decisivo: una niña con quemaduras severas. En sus ojos, Manuel y su equipo no vieron solo a una paciente; vieron un espejo de injusticia. **"No podíamos volver a casa como si nada"**, recuerda Manuel. Esa frase se convirtió en el primer ladrillo de Worldproject. No podían simplemente regresar a su comodidad; tenían que volver para curar.

Zinga: el arte de curar y soltar

En 2013, regresaron. Pero no solo con medicinas, sino con manos dispuestas a trabajar. En la isla de Zinga, entendieron que la salud no es únicamente ausencia de enfermedad, sino dignidad.

Durante cinco años, Worldproject no solo levantó una clínica; sembró vida. Construyeron escuelas, plantaron árboles, crearon panaderías y enseñaron a la tierra a dar frutos. Pero su acto de amor más grande no fue construir, sino **confiar**. Cuando la comunidad estuvo lista, hicieron lo más difícil para cualquier organización: entregaron las llaves y se marcharon, dejando un pueblo empoderado y autónomo. Porque la verdadera ayuda no crea dependencia, genera libertad.

Kikaya: esperanza en tiempos de oscuridad

El destino, caprichoso, los llevó a Kikaya justo cuando el mundo se detenía por la pandemia. Allí, el reencuentro con viejos amigos como Tony Bwanika y el equipo de Babies Uganda encendió una nueva llama.

Donde antes había una pequeña clínica alquilada, hoy se levanta el **Kikaya Medical Center**, un milagro de ladrillo y voluntad construido desde cero. Actualmente, este centro es el corazón palpitante de la región:

- Atiende a **1.500 almas al mes**.
- Es el lugar donde las madres dan a luz con seguridad y donde los niños reciben sus vacunas.
- Es donde la primera ambulancia de la zona —transformada y equipada por Worldproject— corre para salvar vidas, guiada por manos expertas formadas mediante simulacros dirigidos por técnicos de emergencias procedentes de Murcia.

Innovar para proteger la vida

El compromiso de Worldproject va más allá de las paredes del hospital. Han entendido que curar también es prevenir y cuidar el entorno:

- **Bioksanland** nació para sanar la tierra, enseñando agricultura ecológica y sostenible, porque una tierra sana alimenta a un pueblo sano.
- En las carreteras y en el lago, los cascos y chalecos salvavidas que distribuyen son escudos contra la tragedia.

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional** (CC BY 4.0).
Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

- Y con la mirada puesta en el futuro, la tecnología de realidad virtual ha llegado a las aldeas para enseñar a salvar vidas con las manos, uniendo la innovación más puntera con la humanidad más básica.

La huella de una madre, el alma de un enfermero

Detrás de cada logro de Worldproject hay una filosofía que tiene nombre y apellido: **Manuel Luque**. Enfermero por vocación desde los 13 años, Manuel creció viendo a su madre cuidar de vecinos y familiares con una entrega absoluta. Ella le enseñó que la enfermería no es solo una profesión; **es una forma de mirar el mundo**.

Esa mirada —compasiva, horizontal y transparente— es el ADN de Worldproject. No buscan gloria, ni agendas políticas. Su único objetivo es acompañar, fortalecer y, finalmente, dejar de ser necesarios.

Aunque Manuel hoy invente dispositivos médicos revolucionarios, que probablemente mejorarán la calidad de vida de los pacientes, su esencia sigue siendo la de aquel niño que admiraba a su madre. Porque Worldproject no es una ONG más; es la demostración de que cuando la vocación y el amor se encuentran, son capaces de transformar el mundo.

Es un honor tener en nuestras filas a profesionales que, como Manuel, se niegan a aceptar la desigualdad y utilizan su conocimiento para generar un impacto real y sostenible en el mundo. Al apoyar a Worldproject, no solo estamos ayudando a la salud general en Uganda, sino que estamos respaldando la visión de un compañero que llevó nuestra vocación a su máxima expresión.

TRIODOS BANK

ES40 1491 0001 2230 0010 0211

Asociación Worldproject Canarias

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

Bases beca “Francisco Estudillo” para proyecto de investigación de la Sociedad Española de Enfermería Urológica (AEEU)

Tema: Formación e Investigación en Enfermería Urológica

Dotación: 3.000,00 euros (1 beca)

Se convoca la beca “I Francisco Estudillo” a través de la AEEU para fomentar la formación e investigación en el ámbito de la enfermería urológica. En consecuencia, el proyecto deberá estar relacionado con los cuidados de enfermería en urología, incontinencia y andrología.

Podrán optar todos los enfermeros/as, a condición de que el investigador principal del proyecto tenga una antigüedad mínima de 2 años como socio de la Asociación Española de Enfermería Urológica (AEEU) y no forme parte de los órganos directivos de la AEEU en el momento de su presentación.

Con la solicitud se adjuntará la siguiente documentación:

1) Proyecto de investigación, en español, en impreso normalizado [impreso normalizado proyecto anexo I]
2) Curriculum normalizado del investigador principal Currículum normalizado de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) (https://cvn.fecyt.es/editor/#HOME).
3) Acreditación del Comité de Ética de Investigación del Centro (CEIC) y/o asesoramiento del Departamento de Epidemiología y/o Dirección de Enfermería

Para concursar se enviará a través de la siguiente dirección de correo electrónico: enfuro@enfuro.org toda la documentación anterior. La fecha límite de recepción de las solicitudes en la Secretaría de la AEEU será el día 11 de abril de 2025. Los proyectos recibidos con posterioridad a la fecha indicada serán rechazados.

La dotación del proyecto, que es de 3.000 euros, se entregará en tres fases:

1) La primera, de 1.000 euros, momento de su concesión, que coincide con el Congreso de la Asociación Española de Urología que se celebra del 15 al 17 de mayo del 2025
2) Una segunda de 1.000 euros transcurridos seis meses de la iniciación del proyecto, previo visto bueno del Comité Científico de la AEEU, y tras presentación de un informe de la evolución del trabajo, en la Secretaría de la AEEU.
3) La última de 1.000 euros, al presentar la aceptación final de publicación de los resultados de su investigación en la revista ENFURO de la AEEU, u otra revista científica.

La falta de cumplimiento de estos requisitos será valorada a la hora de la concesión de futuros proyectos, becas y premios de la AEEU. El plazo establecido para la publicación del trabajo finaliza el 31 de diciembre de 2027.

La selección será efectuada por el Jurado de becas y premios de la AEEU compuesto por su consejo directivo. La decisión del jurado será inapelable, pudiendo declararse desierto el proyecto, si a juicio de los evaluadores, ninguno de los trabajos presentados reuniese los criterios exigibles.

En caso de publicaciones deberá hacerse referencia al proyecto concedido por la Asociación Española de Enfermería urológica.

Nota explicativa:

Podrán optar a los Proyectos de Investigación y Becas, los miembros de la Sociedad Española de Enfermería Urológica que se encuentren al corriente de pago de la cuota de socio.

El Jurado de Proyectos de Becas y Premios de la Sociedad Española de Enfermería Urológica está compuesto por los miembros de la junta directiva de la asociación.

El Jurado valorará la evolución de los trabajos y decidirá la continuidad de la beca, en función del desarrollo del proyecto.

La AEEU se reserva el derecho de difundir el nombre del premiado, así como del proyecto a la comunidad científica a través de sus órganos de expresión.

La inversión en ayudas a la investigación se realiza a través de la AEEU mediante los presupuestos, con aportaciones adicionales de los Socios Estratégicos, a quienes agradecemos su contribución.

Para cualquier duda o aclaración no dude contactar con nosotros en la dirección enfuro@enfuro.org

Conforme a la normativa vigente de Protección de Datos Personales y, en particular, en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679), se informa de que todos los datos personales e información facilitada por los solicitantes, serán tratados por la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU), con CIF G78173119, y domicilio en Avda. Primo de Rivera 11, 15006 (A Coruña). Los datos serán tratados con la finalidad de gestionar la solicitud y valoración de esta. La base jurídica del tratamiento es la ejecución contractual. Los solicitantes pueden ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación, dirigiendo su solicitud a la dirección de correo electrónico enfuro@enfuro.org o por correo postal a la dirección anteriormente facilitada. Para más información acerca del tratamiento de sus datos personales, consulte nuestra política de privacidad en el siguiente enlace: https://enfuro.es/politica-de-privacidad/

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**.
Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

ORIGINAL ARTICLE

Clinical trial on the use of biofeedback prior to robotic prostate surgery

Ensayo clínico sobre el uso de biofeedback previo a la cirugía robótica de próstata

Carlos Lorenzo-García[1]*, Ana L. Guzman-Bellodas[1], Paloma Coronel-Rosado[1]

[1]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

*Correspondence: Carlos Lorenzo-García. carloslorenzogarcia@yahoo.es

Abstract

Background and objective: Prostate cancer is the leading cancer affecting males. The treatment is a radical prostatectomy, with its main complications being urinary incontinence and erectile dysfunction. Various studies demonstrate that exercises targeting the pelvic floor muscles help improve these complications, although sometimes, these exercises are not performed correctly, rendering the effort ineffective. To avoid this circumstance, a study comparing a group with biofeedback-guided learning led by a nurse expert in the technique against another without this learning method is designed. **Methods:** Randomized clinical trial with two arms; the study group underwent two biofeedback sessions prior to surgery for the identification of the muscles to work on, compared to another group where no prior learning of the muscles was done. These fifteen-minute sessions involved the placement of electromyography sensors for muscle contraction detection. Both groups followed the same care process, where the protocol for reinforcing the perineal muscles after the removal of the urinary catheter was explained. Data were collected through validated questionnaires. **Key findings and limitations:** The results obtained show a clear improvement in the prevalence of urinary incontinence and erectile dysfunction in patients who underwent two biofeedback sessions prior to surgery, as well as a high rate of adherence and satisfaction with the care received in both the control group and the study group, regardless of whether they experienced urinary incontinence and/or erectile dysfunction. **Conclusions and clinical implications:** Biofeedback is a safe method that helps reduce complications after prostatectomy.

Keywords: Radical prostatectomy. Urinary incontinence. Erectile dysfunction. Biofeedback.

Resumen

Antecedentes y objetivo: El cáncer de próstata es el tumor más frecuente en varones. El tratamiento consiste en la prostatectomía radical, cuyas principales complicaciones son la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil. Diversos estudios demuestran que los ejercicios dirigidos a los músculos del suelo pélvico ayudan a mejorar estas complicaciones; sin embargo, en ocasiones dichos ejercicios no se realizan correctamente, lo que hace que el esfuerzo resulte ineficaz. Para evitar esta situación, se diseña un estudio que compara un grupo con aprendizaje guiado mediante biofeedback, dirigido por una enfermera experta en la técnica, frente a otro grupo sin este método de aprendizaje. **Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado con dos brazos; el grupo de estudio realizó dos sesiones de biofeedback previas a la cirugía para la identificación de los músculos a trabajar, en comparación con otro grupo en el que no se realizó aprendizaje previo de dichos músculos. Estas sesiones, de quince minutos de duración, consistieron en la colocación de sensores de electromiografía para la detección de la contracción muscular. Ambos grupos siguieron el mismo proceso asistencial, en el que se explicó el protocolo de refuerzo de la musculatura perineal tras la retirada de la sonda urinaria. Los datos se recogieron mediante cuestionarios validados. **Hallazgos clave y limitaciones:** Los resultados obtenidos muestran una clara mejoría en la prevalencia de la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil en los pacientes que realizaron dos sesiones de biofeedback previas a la cirugía, así como una elevada tasa de adherencia y satisfacción con la atención recibida tanto en el grupo control como en el grupo de estudio, independientemente de que presentaran incontinencia urinaria y/o disfunción eréctil. **Conclusiones e implicaciones clínicas:** El biofeedback es un método seguro que contribuye a reducir las complicaciones tras la prostatectomía.

Palabras clave: Prostatectomía radical. Incontinencia urinaria. Disfunción eréctil. Biofeedback.

Citar este artículo como: Lorenzo-García C, Guzman-Bellodas AL, Coronel-Rosado P. Clinical trial on the use of biofeedback prior to robotic prostate surgery. Rev Enfuro. 2026; 150: 41-48. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.4

Reception: 10/12/2025
Acceptance: 10/29/2025
Publication: 01/29/2026

Rev. Enfuro 2026; 150: 41-48
https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.4
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Clinical implications

It has been demonstrated in many research works that strengthening the perineal muscles prior to robotic prostate surgery significantly improves the rates of urinary incontinence and erectile dysfunction after said surgery. This is because injuries, which occur in the neuromuscular bands that control the internal sphincter during surgery, can be compensated with a more developed randosphincter.

The purpose of the study we present is to check if good training of the pelvic floor muscles based on biofeedback, to ensure that the person develops the muscles that interest us, and guided by an expert professional, are efficient in terms of the results after the surgery, measured rates of urinary incontinence and erectile dysfunction.

To this end, we developed a randomized clinical trial with two arms, in one of which we carried out two sessions of guided biofeedback with a nurse expert in pelvic floor and bladder rehabilitation, with the purpose of ensuring the correct performance of the perineal exercises and achieving, through advice on the patient's involvement in their long-term treatment after surgery. The other arm of the study is made up of patients who are not trained with the help of biofeedback, so we do not really know if with the instructions that are given routinely the patient really learns the technique of the exercises.

The one-year follow-up of the patients shows that the improvement occurs mainly in the study arm in both erectile dysfunction and urinary incontinence, although statistical significance was not achieved, probably due to a small sample. Even so, it can be seen how the improvement in the study group is greater than in the control group.

Other variables are evident in the study, such as adherence to treatment above the average in long-term treatments and patient satisfaction with the service provided during their surgical process, in which the rate is satisfactory regardless of the degree of impotence and incontinence of patients.

Biofeedback is a simple, harmless, low-cost technique that improves the complications of robotic prostatectomy if performed correctly.

It is important to be accompanied by an expert professional in the indication and correction of performing pelvic floor exercises in order to guarantee that the exercise is done correctly.

Nursing is the professional responsible for providing the best care to the patient to guarantee the best possible care and improve their quality of life as much as possible.

Explanation for the patient

When a person is diagnosed with prostate cancer, their main concern is the complete cure of the tumour; they only care about having surgery as soon as possible to be clean of the cancer. After surgery, when postoperative complications begin, you realize that your life may be complicated by the intervention, and you are not willing to spend the rest of your days with urinary incontinence or erectile dysfunction.

The population that undergoes this surgery, with the advances that medicine has experienced, is increasingly younger due to an early diagnosis, and they are sexually active. So that, a drastic change in their life because of complications, represents stress that conditions their quality of life.

Therefore, it is important to dedicate time before surgery to strengthen the perianal muscles that can improve or prevent the appearance of complications after prostate surgery.

Performing pelvic floor strengthening exercises improves complications of robotic radical prostatectomy, but it is essential to perform the exercises correctly.

For this reason, we have designed this study to compare whether training with biofeedback improves the correct execution of the exercises and this implies an improvement in the rates of incontinence and erectile dysfunction after surgery.

We carried out a study in which half of those undergoing prostate surgery were taught by an expert nurse how to perform contractions guided by a computer program, which shows us the correct way to perform the exercises. That is, we make sure that the patient performs the exercises correctly, and then check this group with another in which this special dedication is not carried out and compare the rates of occurrence of urinary incontinence and erectile dysfunction, as well as their degree.

We believe that nursing, as responsible for providing the necessary care to patients, has a fundamental role in the preoperative period of this type of surgery, since this treatment requires consistency on the part of the patient and continuity over time. Good learning of the technique and the patient's awareness of the importance of carrying out an exercise program improves adherence and quality of life after surgery, as demonstrated in our work.

Introduction

Prostate cancer ranks first among cancers affecting males[1].

The age of affected patients is becoming younger, thus problems related to surgery such as sexual function, fertility, or urinary incontinence are increasingly of interest and concern for this younger and sexually active population[2].

The surgical treatment of choice is radical prostatectomy (RP), involving the complete removal of the prostate gland[3].

Potential complications of radical prostatectomy include erectile dysfunction (ED) and urinary incontinence (UI)[4,5].

Following radical prostatectomy, damage to the internal sphincter can be partially or totally compensated by the activity of the external sphincter, including the complex formed by the rhabdomyosfincter and the levator ani[6].

Greater preoperative strength of the pelvic floor muscles is associated with a lower postoperative incidence of urinary incontinence. Centemero et al. found that patients who began performing pelvic floor muscle strengthening exercises before radical prostatectomy had better rates of urinary incontinence 3 months after the operation (59.3% vs. 37.3%). Therefore, nursing interventions aimed at strengthening the pelvic floor muscles can reduce the incidence of urinary incontinence[7,8].

Additionally, many patients have difficulty differentiating between abdominal or rectal muscles and the perineal muscles; therefore, we consider prior training by a specialized professional necessary to help them identify the muscles they will subsequently work on.

We believe that the impact of pelvic floor training assisted by biofeedback can be an important tool in improving urinary incontinence after prostatectomy[9,10]. In this regard, the conclusions of a meta-analysis conducted in 2016 by Lan-Fang Hsu[10] state that biofeedback can be a complementary treatment to pelvic floor muscle training.

Methodology

This is a two-arm clinical trial, comprising an experimental group and a control group. Both groups included patients who were to undergo robotic radical prostatectomy.

For sample size calculation, we used the GRAMNO v7.12 program, which is related to the preceding population of patients undergoing surgery, robotic radical prostatectomy, in the years 2018 and 2019. Considering the two study groups, the sample size was calculated accepting an alpha risk of 0.05 and a beta risk of 0.2 in a bilateral test. It was determined that 29 subjects were needed in the first group and 29 in the second to detect a statistically significant difference between the two proportions. We could also calculate the sample size based on the work of Parra et al.[11] and Appoloni et al.[12], related to the incidence of patients developing urinary incontinence or erectile dysfunction after radical prostatectomy. Thus, accepting an alpha risk of 0.05 and a beta risk of 0.2 in a bilateral test, 34 subjects were required in the first group and 34 in the second to detect a statistically significant difference. A follow-up loss rate of 10% was estimated.

Given that the difference in sample sizes is not very large between the two calculation methods, we opted for the larger of the two. Therefore, we will recruit 34 patients in the study group and 34 in the control group.

Study group: Two pelvic floor training sessions assisted by biofeedback were conducted prior to surgery, where a nurse trained in the technique taught the identification of the muscles to work on, the correct performance of perineal contraction without the involvement of auxiliary muscles, and the two types of exercises for strengthening phasic and tonic fibers. After this, once admitted to the Urology unit, they received standard treatment

Control group: Upon admission to the Urology unit, they received standard treatment, consisting of explanation by the attending nurse on how to perform pelvic floor muscle strengthening exercises.

Upon admission to the Urology service for robotic radical prostatectomy, both groups completed the following questionnaires:

- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)[13].
- International Index of Erectile Function - 5 (IIEF-5)[14].
- Quality of Life Questionnaire (EPIC-CP)[15].

These are validated questionnaires in the Spanish language that allow determining the impact of urinary incontinence and erectile dysfunction prior to surgery.

After surgery, both groups were instructed to perform exercises, consisting of strengthening exercises for type I or tonic fibers, through prolonged contractions of ten seconds with a twenty-second rest, and strengthening exercises for type II or phasic fibers, through ten rapid contractions of one-second duration.

At 4 months post-hospital discharge, a second telephone call was made to complete the following questionnaires:

- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)[13].
- International Index of Erectile Function - 5 (IIEF-5)[14].
- Medication Adherence Report Scale - 8 (MMAS-8)[16].
- Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)[17].
- Quality of Life Questionnaire (EPIC-CP)[15].

At 12 months, a call was made to complete the same questionnaires and thus conclude the study with results 12 months after the intervention.

Results

The obtained results were as follows: out of the total participants (68), 34 were randomly assigned to the study group, and 34 to the control group. Finally, 4 patients were excluded from the study -(reoperation after surgery 2), (impossibility of follow-up 2)-. We did not find any adverse effects or complications associated with biofeedback in the patients belonging to the study group. Demographic Variables.

The study group consisted of 33 patients, with one loss during follow-up. The mean age was 62.85 years. Within this group, two patients were smokers and three had diabetes mellitus. One patient had received previous pharmacological treatment for erectile dysfunction, and none had been treated previously for urinary incontinence.

The control group included 31 patients, with three losses during follow-up, and a mean age of 62.00 years. In this group, three patients were smokers and five had diabetes mellitus. Previous medication for erectile dysfunction was reported in three patients, while one patient had received prior treatment for urinary incontinence.

These variables were considered primary variables for comparison between both groups.

Erectile Dysfunction Questionnaire (IIEF): After applying statistics such as Chi-Square (p=0.159), we can observe a difference of almost 5 times more patients without ED in the study group compared to the control group. Furthermore, we observe a significant difference in the severity of ED between both groups, noting that the control group has almost double the number of patients with severe ED compared to the study group. (**Figure 1**).

Urinary Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF): Applying again, as these are two descriptive variables, the Chi-Square test, we obtained a result with a significance level of 0.080, concluding that there is a relationship between the two variables. We observed clearly that almost double the number of patients in the study group do not have UI compared to the control group. Despite these data, there is a decrease in the number of UI cases between 4 and 12 months in both groups; from 66.7% of incontinent patients at 4 months to 39.4% at 12 months in the study group, and from 74.2% to 61.3% in the control group (**Figure 2**).

Quality of Life Questionnaire (EPIC-CP): This questionnaire contains 16 items divided into 4 domains; each domain contains 3 questions with Likert scale response options ranging from 0 to 4 points. Scores range from 48 points to 0 points, with lower scores indicating better perceived quality of life. Comparing the scores of both groups, we see a slight difference in the perceived quality of life at 12 months for patients in the study group (average score of 9.09) compared to the control group (average score of 11.97). Although their minimum and maximum values are the same (0-24), we can conclude that the perception of quality of life in patients in the study group is slightly higher than that perceived by the control group (**Figure 3**).

Similarly, comparing these results with those obtained in the two main questionnaires, we can draw certain conclusions.

Quality of Life and Erectile Dysfunction: Patients without ED have an average score of 2.33.

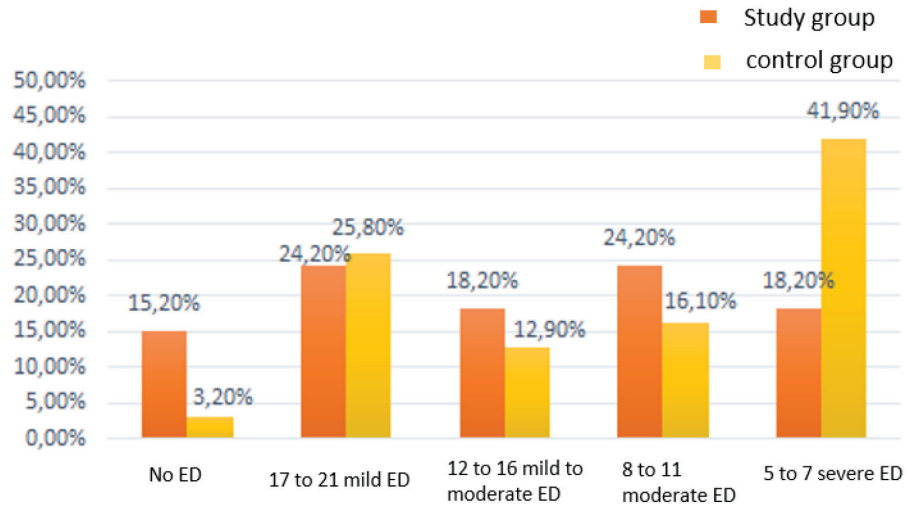


Figure 1. IIEF scale values for erectile dysfunction, at twelve months, according to group membership.

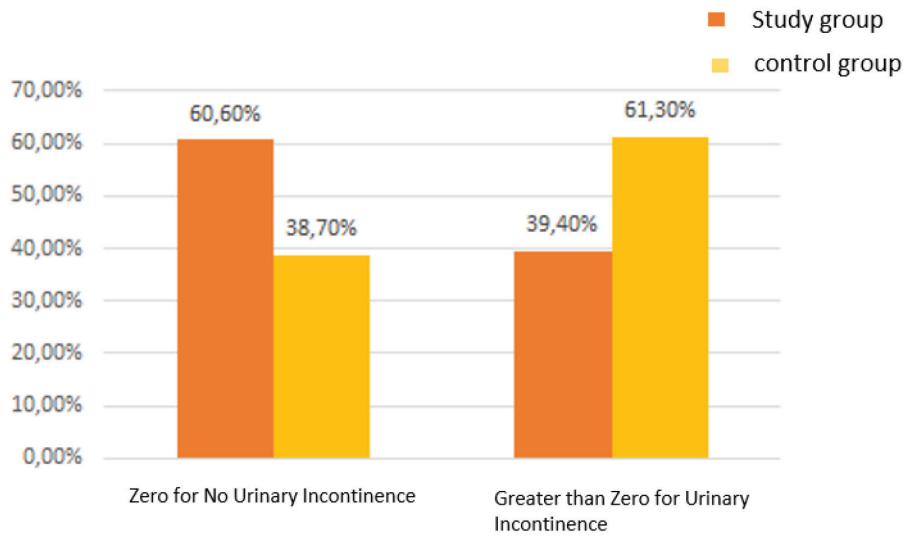


Figure 2. ICIQ-SF scale values for uninary incontinence, at twelve monts, according to group membership.

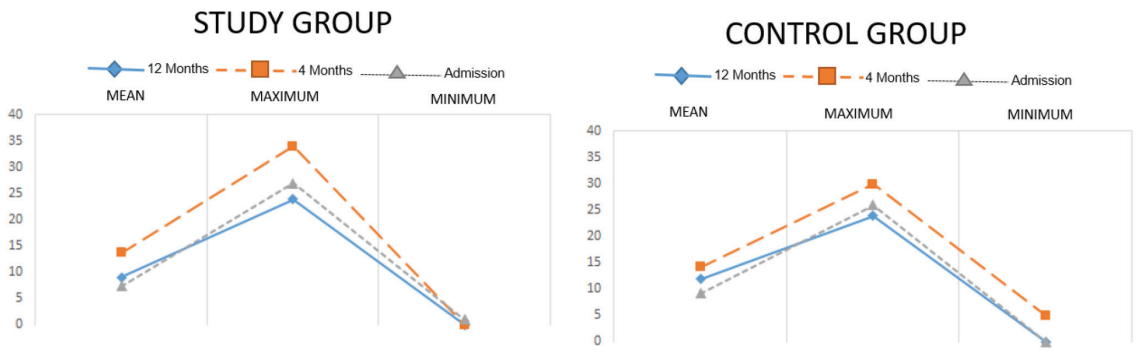


Figure 3. Perceived quality of life by patients at admission, 4 months, and 12 months post-surgery; in the control group and the study group.

With ED, the difference from patients without ED also varies, and among the ED subgroups, the average score increases as the severity of ED increases. Thus, the correlation between the perception of quality of life and erectile dysfunction is clearly observed.

Quality of Life and Urinary Incontinence: Patients without urinary incontinence have a lower average score (8.47) than those with urinary incontinence (12.50). Therefore, the perceived quality of life by patients without urinary incontinence is higher than that perceived by patients with incontinence. (**Figure 4**)

Medication Adherence Questionnaire (MMAS-8): This questionnaire, validated by Morisky (2008)[18], consists of several questions with YES/NO responses (scored as YES=0 points/NO=1 point), and one question scored on a Likert scale (0-4). Scores thus range across various ranges:

Low Adherence <6, Moderate Adherence: 6 or 7, and High Adherence: 8.

The results obtained in our study show an overall high adherence (70.3%). By cross-referencing the data obtained in the MMAS-8 test with those of the urinary incontinence questionnaire, we obtain the following results, where there is a high adherence to treatment in both patient groups. There are almost 10% more patients with UI who adhere strictly to treatment (**Figures 5 and 6**).

Level of Satisfaction with the Service (CSQ-8): This questionnaire is based on 8 questions with evaluations ranging from 1 to 4 points, and satisfaction is directly related to the number of points. Differentiating by groups, the results obtained are as follows (**Figure 7**):

Study Group: 30.12 points (**Figure 8**);

Control Group: 29.23 points.

The significance level after performing Mann-Whitney T-tests is 0.199, concluding that there are no differences between both groups. Analyzing the results together with the results obtained in the UI and ED questionnaires, we obtain the following results: based on this data, we can conclude that both groups present a high level of satisfaction regardless of the group they belonged to and regardless of whether they currently have UI and/or ED.

Discussion

After surgery and immediate postoperative period, other problems arise that have not been previously described in most cases, and once the fear of tumour consequences is overcome, it jeopardizes their new daily life. Erectile dysfunction and urinary incontinence are aspects that determine the quality of life of the patient.

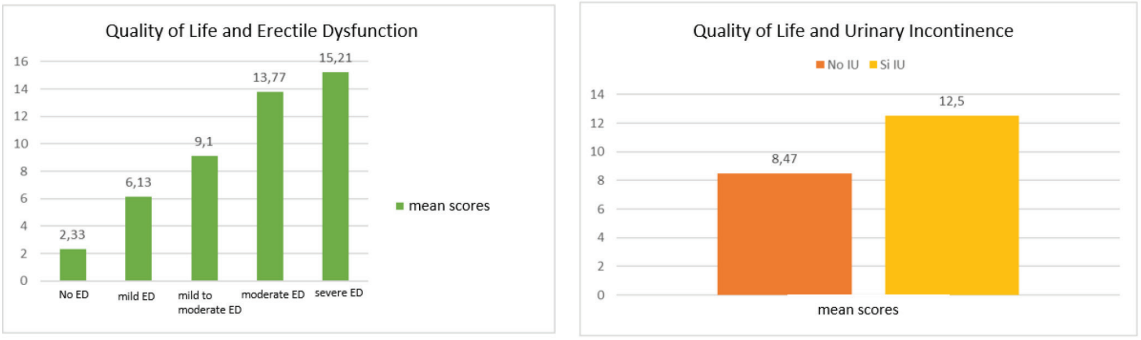


Figure 4. Quality of life in patients with erectile dysfunction or urinary incontinence.

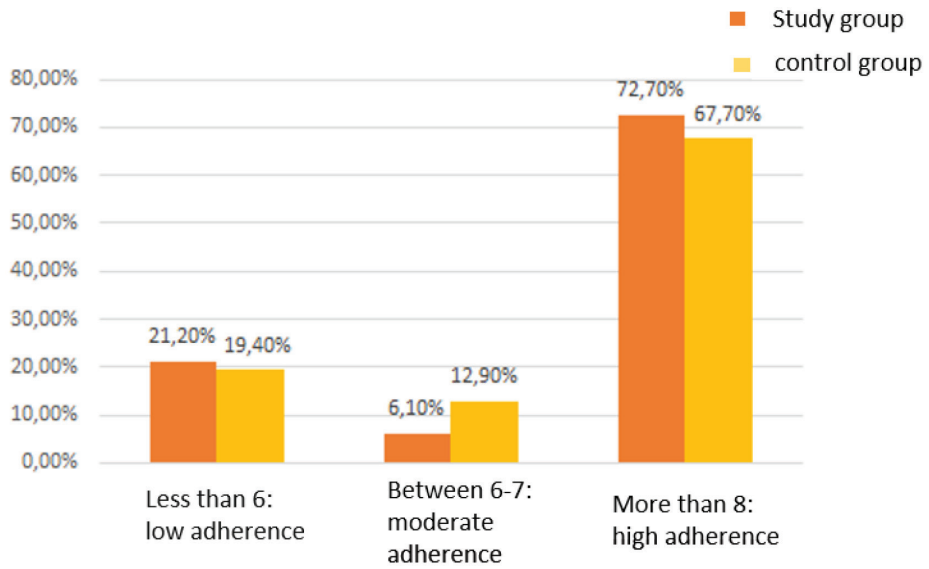


Figure 5. Adherence to pharmacological treatment (MMAS-8), At 12 months, according to group distribution.

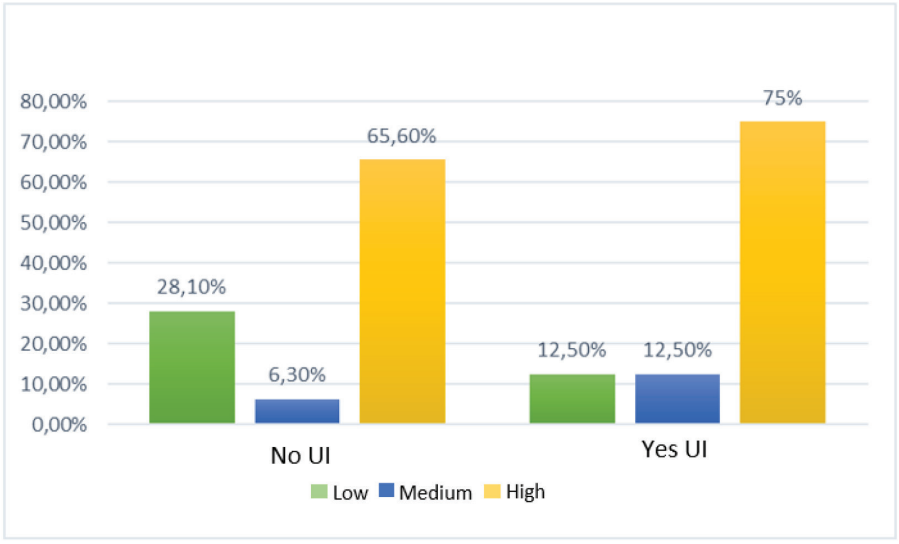


Figure 6. Adherence to treatment in the presence or absence of urinary incontinence (UI).

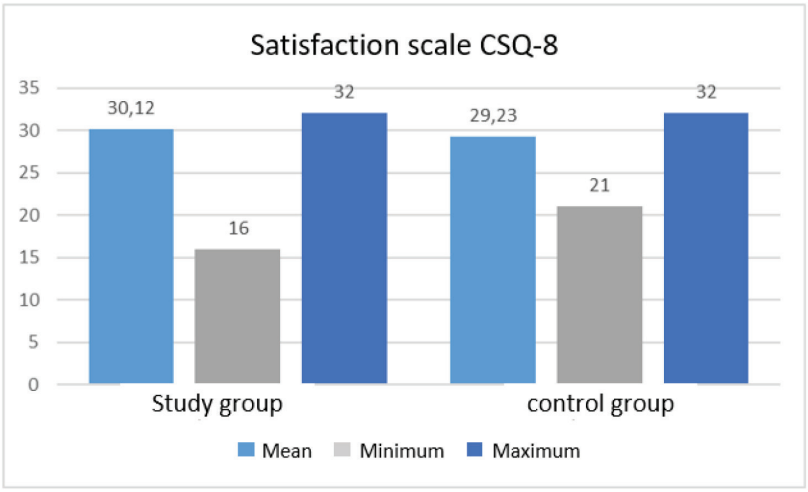


Figure 7. The level of satisfaction measured by the CSQ-8 scale, compared between the control and study groups.

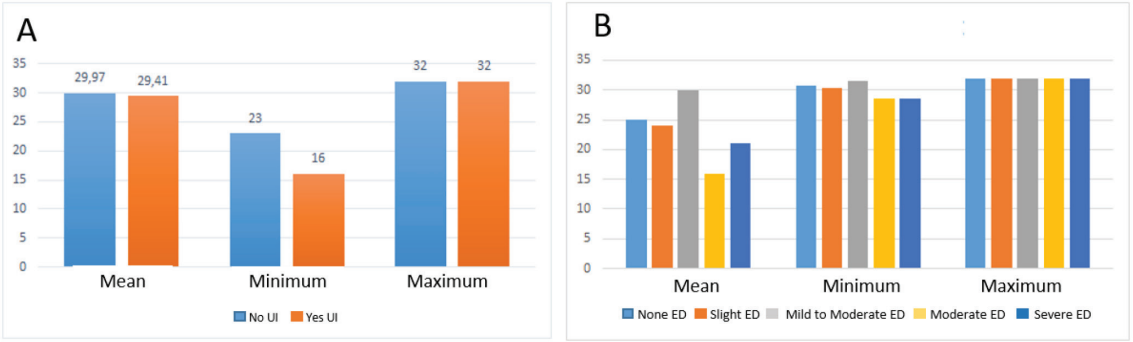


Figure 8. In figure A, the satisfaction level of patients based on the presence or absence of urinary incontinence (UI). In figure B, the satisfaction level of patients based on the presence and severity, or absence of erectile dysfunction (ED).

Hence, the importance of preoperative health education, not only to recover the perineal musculature as soon as possible or for the patient to perform the exercises correctly, but also for the patient to know from the very beginning the real possibility of experiencing incontinence and/or erectile dysfunction.

We cannot attribute the lack of statistical significance in the study of variables to the diversity of personnel in the performance of the biofeedback technique, as the same professional was responsible for carrying out the training with this technique.

The degree of adherence obtained in our series is relevant, if we take as a reference the work of Morris et al.[18], where they estimate between 30% to 50% the lack of adherence to a treatment regardless of the disease, prognosis, or treatment. In our

series we achieved an adherence of 70% in performing perineal rehabilitation at one year.

As Girotti et al.[20], in a prospective cohort study of 60 patients performing intermittent catheterization where the adherence rate at 6 months (61.7%) was similar to that at one year (58%); in our series, there are also no significant differences in adherence at 4 months and at one year.

The erectile dysfunction rates vary for robotic surgery between 3-51% in the literature. Other authors speak of erectile dysfunction rates of 30%, while others speak of recovery to pre-surgery states in only 33%.

In our series, we observed moderate/severe dysfunction rates of 42% for the study group compared to 58% for the control group, indicating an improvement in rates in the study group. This improvement is observed in all subdivisions, including patients who do not have erectile dysfunction, who are up to 5 times more numerous in the study group. Severe dysfunction is present in double the number of patients in the control group compared to the study group.

Regarding urinary incontinence, the literature speaks of rates of up to 80%. In our work, we observed rates of incontinence that double in the case of the control group, maintaining a rate of incontinence in the study group of 39%.

Our work coincides with other studies such as LF Hsu et al.[10], where time is crucial for continence recovery. In our series, for the study group, we went from incontinence rates of 66% at 4 months to incontinence rates of 39% one year after surgery. This improvement is not reflected in the control group to the same extent.

These long-term incontinence results are similar to those obtained by Dijkstra-Eshuis et al.[21], who, after randomizing 122 patients into two groups, one with prior biofeedback technique and the control group, obtained an incontinence rate at one year of 32.8% (in our work 38.7% in the study group; 61.3% in the control group), without a clear improvement in the study group. However, Grabbert et al.[22], who, on a sample of more than 4,000 patients and a median follow-up of 42 months, obtained incontinence rates of 77% (ICIQ = 0), in our work the study group ICIQ = 0 is obtained by 60.6% of the patients and in the control group only 38.7%.

Johansson E et al.[23], in a sample of 182 patients undergoing radical prostatectomy with a median follow-up of 12.2 years, obtained urinary incontinence rates of 41%, similar to the control group in our series.

Erectile dysfunction results also improve in the long term, coinciding with the work of Grabbert, M et al.[26], who obtained erectile dysfunction rates of 39% with an IIEF-5 score greater than 20 points. In our study, this score is only obtained by the study group (39.4% IIEF-5 >17 points) and not by the control group (29.0% IIEF-5 >17 points). This author identifies time as a risk factor in quality of life.

Johansson E et al.[22] obtained erectile dysfunction rates of 84%, very similar to the rates obtained in the study group (84.8%) of the present work and differing from the control group, which obtained much higher rates (96.8%).

Conclusions

The use of biofeedback as a supportive element in preventing urinary incontinence and erectile dysfunction in patients undergoing robotic radical prostatectomy is a safe technique that can provide advantages in helping patients learn pelvic floor muscle strengthening exercises more easily and rigorously.

With the use of biofeedback, we have improved the incidence of urinary incontinence and erectile dysfunction in patients undergoing robotic prostatectomy at the Hospital Clínico San Carlos in Madrid, with a 50% improvement in the rates of urinary incontinence and severe erectile dysfunction.

Although the sample distribution is very homogeneous between the two groups, and there is an evident improvement in the incidence of urinary incontinence and erectile dysfunction in patients who have undergone biofeedback sessions, a significant proportion between its use and the improvement of the study variables is not achieved. We can attribute this to an insufficient sample size as a possible cause, despite observing a favorable trend, we do not obtain a statistically significant relationship.

In conclusion, we would like to emphasize the importance of continuing studies related to the role of nursing in radical prostatectomy, where it can be seen that helps to improve UI and ED, as well as the quality of life of patients undergoing these types of interventions.

This clinical trial highlights the need for more studies in this area, where nursing can develop an important and decisive role in the perioperative care of these patients, directly influencing an improvement in their quality of life.

Funding

No funding was received for the research, authorship, and/or publication of this article.

Author contributions

The authors certify that they contributed equally to the conception, design, scientific and intellectual content, and writing of the manuscript.

Conflict of interest

No commercial, financial, or personal conflicts of interest were identified in relation to the research, authorship, and/or publication of this article.

Use of AI

The authors declare that no artificial intelligence tools were used at any stage of the manuscript preparation.

References

1. SEER. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2016 [Internet]. [citado 9 may 2024]. Disponible en: https://seer.cancer.gov/csr/
2. Teloken P, Valenzuela R, Parker M, Mulhall J. The correlation between erectile function and patient satisfaction. J Sex Med. 2007 Mar;4(2):472-476. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515315101
3. Bianco FJ, Scardino PT, Eastham JA. Radical prostatectomy: long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function ("trifecta"). Urology. 2005 Nov;66 (5 Suppl):83-94. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16194712/
4. Kundu SD, Roehl KA, Eggener SE, Antenor JAV, Han M, Catalona WJ. Potency, continence and complications in 3,477 consecutive radical retropubic prostatectomies. J Urol. 2004 Dec;172(6 Pt 1):2227-2231. Disponible en: https://www.auajournals.org/doi/10.1097/01.ju.0000145222.94455.73

5. Documento de consenso sobre disfunción eréctil. SEMERGEN Med Fam. 2003;29(5):255-263. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359303741884
6. Valero R, Ko YH, Chauhan S, Schatloff O, Sivaraman A, Coelho RF, et al. Cirugía robótica: historia e impacto en la enseñanza. Actas Urol Esp. 2011;35(9):540-545. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.acuro.2011.04.005
7. Santos DRF dos, Silva FBL e, Saldanha EA, Lira ALBC, Vitor AF. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa [Internet]. 2012 [citado 9 may 2024]. Disponible en: https://repositorio.ufrn.br/handle/1/11716
8. Nascimento Oliveira DM, Lima da Nóbrega MM, Lima de Andrade L, Silva AF, Lopes Costa MM, Abrantes de Carvalho MW. Diagnoses, results and nursing interventions for the prostatectomized patient. J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE. 2017;11(11).
9. Sciarra A. Un programa guiado por biorretroalimentación o estimulación eléctrica de los músculos del suelo pélvico puede mejorar la recuperación temprana de la continencia urinaria después de una prostatectomía radical: metanálisis y revisión sistemática [Internet]. Int J Clin Pract. 2021 [citado 9 may 2024]. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.14208
10. Hsu LF, Liao YM, Lai FC, Tsai PS. Beneficial effects of biofeedback-assisted pelvic floor muscle training in patients with urinary incontinence after radical prostatectomy: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2016 Aug;60:99-111. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27297372/
11. Parra López ML, Lozano Blasco JM, Osman García I, Congregado Ruiz B, Conde Sánchez JM, Medina López RA. Climacturia after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. Rev Int Androl. 2021;19(1):49-52. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32147377/
12. Appoloni EA, Napoleão AA, Carvalho EC. Intervenciones de enfermería en pacientes con disfunción eréctil después de prostatectomía radical: revisión integrativa. Enferm Glob [Internet]. 2016 Abr [citado 9 may 2024];15(42):424-439. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412016000200015&script=sci_arttext
13. Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Med Clin (Barc). 2004;122(8):288-292. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775304742128
14. Pacenza NA, Ponzo O, Pierini A, Sinay IR. Utilidad de la versión abreviada del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5) para la evaluación de la severidad de la disfunción eréctil y de la respuesta al tratamiento con sildenafil. Prensa Med Argent. 2005:501-506.
15. Chang P, Szymanski KM, Dunn RL, Chipman JJ, Litwin MS, Nguyen PL, et al. Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice: development and validation of a practical health-related quality of life instrument for use in the routine clinical care of patients with prostate cancer. J Urol. 2011 Sep;186(3):865-872. Disponible en: https://www.auajournals.org/doi/10.1016/j.juro.2011.04.085
16. Muntner P, Joyce C, Holt E, He J, Morisky D, Webber LS, Krousel-Wood M. Definición del cambio mínimo detectable en las puntuaciones en la escala de adherencia a la medicación de Morisky de ocho ítems [Internet]. 2011 [citado 9 may 2024]. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1345/aph.1P677
17. De la Higueras J, Anguita F, Bueno A, Castellanos P, De la Montaña C, Fernández M, et al. Cuestionario de satisfacción Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) personas usuarias y familiares [Internet]. En: Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Vol. 6. 2010 [citado 22 jul 2021]. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-3_CSQ.pdf
18. Morisky DE. Retracted: Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting [Internet]. J Clin Hypertens. 2008 [citado 9 may 2024]. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
19. Morris LS. Cumplimiento del paciente: descripción general [Internet]. J Clin Pharm Ther. 1992 [citado 9 may 2024]. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2710.1992.tb01306.x
20. Sabaté E, editor. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
21. Girotti ME, MacCornick S, Perissé H, Batezini NS, Almeida FG. Determining the variables associated to clean intermittent self-catheterization adherence rate: one-year follow-up study. Int Braz J Urol. 2011 Dec;37:766-772. Disponible en: https://www.scielo.br/j/ibju/a/MTrFgS8hM5fVM6FQvHfDmfR/?lang=en
22. Ruiz-Aragón J, Márquez-Peláez S, Luque Romero LG. Erectile dysfunction in patients with prostate cancer who have undergone surgery: systematic review of the literature. Actas Urol Esp Engl Ed. 2010 Jan;34(8):677-685. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S2173-5786(10)70169-4
23. Alper K, Ozgur Y, Akif E, Cubuk A, Murat T, Onder C, et al. Long-term erectile function results of radical perineal prostatectomy. Rev Int Androl. 2022 Jul;20(3):152-157. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35331662/
24. Vida después de la prostatectomía radical: un estudio longitudinal [Internet]. J Urol. [citado 9 may 2024]. Disponible en: https://www.auajournals.org/doi/10.1016/S0022-5347%2805%2965989-7
25. Dijkstra-Eshuis J, Van den Bos TWL, Splinter R, Bevers RFM, Zonneveld WCG, Putter H, et al. Effect of preoperative pelvic floor muscle therapy with biofeedback versus standard care on stress urinary incontinence and quality of life in men undergoing laparoscopic radical prostatectomy: a randomised control trial. Neurourol Urodyn. 2015 Feb;34(2):144-150. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22523
26. Grabbert M, Buchner A, Butler-Ransohoff C, Kretschmer A, Stief CG, Bauer RM. Long-term functional outcome analysis in a large cohort of patients after radical prostatectomy. Neurourol Urodyn. 2018 Sep;37(7):2263-2270. Disponible en: https://doi.org/10.1002/nau.23557
27. Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson JE, Nyberg T, Ruutu M, et al. Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. Lancet Oncol. 2011 Sep;12(9):891-899. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21821474/

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

PROTOCOLO DE CUIDADOS

Manejo de nefrostomía percutánea con apósito de fijación

Management of percutaneous nephrostomy with a fixation dressing

Javier Olivares-Corral*

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

***Correspondencia:** Javier Olivares-Corral. javierolivarescorral@gmail.com

Resumen

La nefrostomía percutánea es un procedimiento urológico fundamental para el drenaje de la vía urinaria superior, indicado principalmente por obstrucciones causadas por litiasis o patología tumoral. El manejo ambulatorio del catéter de nefrostomía se centra en su fijación segura para prevenir el desalojo y en el estricto control de la asepsia en el punto de punción. Este artículo describe el protocolo de cuidados utilizado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, centrado en el uso del dispositivo de fijación sin suturas SKATER™ Fix, y lo compara con el método alternativo de la bolsa de urostomía. Tras una revisión de la literatura, se concluye que no existe evidencia clínica de Nivel I que demuestre la superioridad de un sistema de drenaje sobre otro en términos de prevención de complicaciones o infecciones. Por lo tanto, el éxito en el cuidado de la nefrostomía percutánea reside en la aplicación rigurosa de protocolos de higiene y en la selección del sistema más funcional que garantice la calidad de vida y la adaptación del paciente.

Palabras clave: Nefrostomía percutánea. Cuidados de enfermería. Apósito de fijación. SKATER fix. Catéter. Urología.

Abstract

Percutaneous nephrostomy is an essential urological procedure for draining the upper urinary tract, primarily indicated for obstructions caused by lithiasis or tumoral pathology. Outpatient management of the nephrostomy catheter focuses on secure fixation to prevent dislodgement and strict aseptic control at the puncture site. This article describes the care protocol used at Hospital Clínico San Carlos in Madrid, centered on the use of the sutureless fixation device SKATER™ Fix, and compares it with the alternative method of the urostomy bag. Following a literature review, it is concluded that there is no Level I clinical evidence demonstrating the superiority of one drainage system over another in terms of preventing complications or infections. Therefore, the key to successful percutaneous nephrostomy care lies in the rigorous application of hygiene protocols and the selection of the most functional system that ensures the patient's quality of life and adaptation.

Keywords: Percutaneous nephrostomy. Nursing care. Fixation dressing. SKATER fix. Catheter. Urology.

Introducción

Un catéter de nefrostomía es un tubo delgado y flexible que se inserta a través de la piel en la zona lumbar, extendiéndose hasta la pelvis renal. Su propósito fundamental es drenar la orina directamente del riñón al exterior, un procedimiento necesario cuando el flujo natural de orina está obstruido[1-4]. Las indicaciones para la colocación de un catéter de nefrostomía son variadas y abarcan desde causas benignas hasta condiciones más complejas. La causa más frecuente de obstrucción son los cálculos renales (litiasis)[4]. No obstante, también se utiliza para tratar tumores pélvicos, fibrosis retroperitoneal, infecciones graves que no responden a tratamientos convencionales o para el manejo de fístulas urinarias[2,6].

Es crucial establecer una distinción fundamental entre dos tipos de catéteres de drenaje percutáneo que a menudo se confunden: el catéter de nefrostomía y el catéter de nefroureterostomía. La diferenciación es vital, ya que el tipo de catéter determina la funcionalidad y, en parte, la selección del sistema de drenaje. Un catéter de nefrostomía drena la orina exclusivamente desde el riñón hacia una bolsa externa[7]. En contraste, un catéter de nefroureterostomía se inserta de manera que el extremo distal atraviesa la obstrucción en el

Citar este artículo como: Olivares-Corral J. Manejo de nefrostomía percutánea con apósito de fijación. Rev Enfuro. 2026; 150: 49-54. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.5

Recepción: 16/10/2025
Aceptación: 27/11/2025
Publicación: 29/01/2026

Rev. Enfuro 2026; 150: 49-54
https://doi.org/10.70660/aeeu.i150.5
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

uréter y llega hasta la vejiga. Aunque se conecta a una bolsa externa, este catéter también permite, en ciertos casos, el drenaje de orina hacia la vejiga, lo que puede explicar por qué algunos pacientes continúan orinando de manera natural a pesar de llevar un dispositivo externo[7,8]. Esta comprensión es esencial, ya que el paciente o cuidador podría experimentar una función urinaria residual que, lejos de ser un signo de mal funcionamiento, es una característica del catéter específico que se le ha implantado. El cuidado meticuloso del catéter es la piedra angular para prevenir complicaciones graves, como infecciones del tracto urinario y el desalojo accidental del dispositivo[2,6,9].

Existen fundamentalmente dos métodos para el cuidado y la fijación del catéter de nefrostomía (que comúnmente es un catéter *pigtail*): la cura con un apósito de sujeción oclusivo en el punto de punción[5] o, alternativamente, el uso de una bolsa de urostomía que permite el drenaje directo[3,9]. En ambos casos, el catéter (o la bolsa de urostomía) se conecta posteriormente a una bolsa colectora de orina de mayor capacidad (de pierna para el día o de 2 litros para la noche)[2,10].

En el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, nuestro protocolo establece la cura con un apósito de sujeción, como el SKATER™ Fix, para asegurar el catéter *pigtail* a la piel y sellar el punto de punción[2,5]. No empleamos la bolsa de urostomía para este fin.

La cuestión sobre la "evidencia" de una forma de curación sobre otra es una cuestión central para la vida de los pacientes. Un análisis de la literatura disponible revela que no existe una evidencia clínica de Nivel I (ensayos controlados aleatorizados a gran escala) que demuestre una superioridad de un sistema de drenaje sobre otro en términos de prevención de infecciones o complicaciones. En cambio, la evidencia disponible apunta a que la elección del sistema de drenaje es una decisión funcional[3,11].

A continuación, se resumen las diferencias clave entre los dos métodos de fijación:

Tabla 1. Comparativa de sistemas de fijación para catéteres de Nefrostomía.

	Apósito de fijación Oclusivo	Bolsa de Urostomía
Objetivo	Sellar el punto de punción y fijar el catéter con doble seguridad	Gestionar el drenaje y la fuga pericatéter encapsulando el catéter.
Ventajas	Alta fijación, minimiza tirones, permite la ducha si el apósito es impermeable y facilita la observación directa del punto de punción.	Maneja eficazmente el débito o fugas persistentes sin requerir cambio inmediato del sistema de sujeción.
Inconvenientes	Si el débito es alto, el apósito puede humedecerse y requerir un cambio fuera de la pauta semanal.	Puede ser menos discreto bajo la ropa y podría ofrecer menos control sobre el catéter, dependiendo del modelo.

Nota: Elaboración propia basada en la práctica clínica del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) y la síntesis comparativa de la literatura referenciada[2,3,5,9,10,16].

La verdadera clave para el éxito no reside en el dispositivo en sí, sino en la aplicación meticulosa de los protocolos de higiene y en la selección del sistema más adecuado para la actividad diaria del paciente. Por ello, la solución más práctica y extendida es la combinación de la bolsa de pierna durante el día con la bolsa de cama durante la noche[4,6,10,11].

El dispositivo de fijación SKATER™ Fix se utiliza para asegurar el catéter una vez realizada la limpieza del punto de punción con clorhexidina. Su diseño permite que el personal de enfermería inspeccione el punto de punción cada 2-3 días sin necesidad de retirar todo el apósito, simplemente despegando la lengüeta de velcro para observar la zona y volver a cerrarla, facilitando así la vigilancia del sitio de inserción por parte del paciente o cuidador[2].

Es un sistema especializado y sin suturas. Su diseño busca proporcionar una doble seguridad mediante una base adhesiva

Tabla 2. Características apósito SKATER™ Fix.

	Descripción y Función
Base Adhesiva	Compuesta generalmente por una fina capa de hidrocoloide o un material adhesivo hipoalergénico. Esta base proporciona una fijación segura a la piel, lo que ayuda a prevenir la irritación y las úlceras por presión causadas por el movimiento constante del catéter.
Mecanismo de Sujeción	En el centro del apósito, incorpora una pieza de espuma blanda que está provista de cintas de velcro. El catéter se coloca sobre esta pieza y se sujeta mediante una banda adhesiva y los cierres de velcro, lo que permite una fijación robusta y ajustable.
Ventajas	Su principal ventaja radica en que proporciona una doble seguridad: la adhesión del apósito a la piel y la sujeción mecánica del catéter mediante el velcro. Esto minimiza el riesgo de tirones y desalojo accidental del catéter, una de las complicaciones más graves. Permite inspeccionar el sitio de punción sin necesidad de cambiar el apósito por completo, y se ajusta a catéteres de 5 a 16 French.

Nota: Elaboración propia a partir del análisis del dispositivo y la síntesis de protocolos clínicos y la literatura especializada[2,5,15].

hipoalergénica y un mecanismo central de velcro que sujeta mecánicamente el catéter. Esta fijación robusta minimiza el riesgo de tirones y salida del catéter. Además, facilita la observación directa del punto de punción al desdoblar el velcro, lo que permite la vigilancia periódica de la zona. Su inconveniente reside en que, si el débito es alto, el apósito puede humedecerse y requerir un cambio fuera de la pauta habitual[2,5,10].

Cuidado del catéter de nefrostomía

El mantenimiento del catéter de nefrostomía y su sitio de inserción es un proceso que requiere una técnica cuidadosa y rigurosa para prevenir infecciones.

1. **Preparación del material:** El primer paso es reunir todos los suministros necesarios, lo que puede incluir guantes estériles, apósitos de gasa, solución salina o suero fisiológico, un antiséptico como clorhexidina o povidona yodada, y un dispositivo de fijación. Antes de manipular cualquier material, es imprescindible realizar un lavado de manos exhaustivo con agua y jabón[2,10,11].

2. **Retirada del apósito previo:** El apósito anterior debe ser retirado con extrema delicadeza. Se recomienda sostener la piel alrededor del punto de inserción para evitar cualquier tirón sobre el catéter que pudiera causar su desalojo accidental, una complicación que a menudo requiere una nueva intervención[2,10].

3. **Limpieza del sitio de inserción:** Tras retirar el apósito, se deben usar guantes nuevos, preferiblemente estériles, para la fase de limpieza. La zona alrededor del catéter se limpia con gasas estériles humedecidas en suero fisiológico, realizando movimientos circulares desde el centro hacia afuera para alejar los contaminantes. Posteriormente, se seca la piel con una gasa estéril limpia y se aplica un antiséptico en aerosol o solución[2,4,10,11,12].

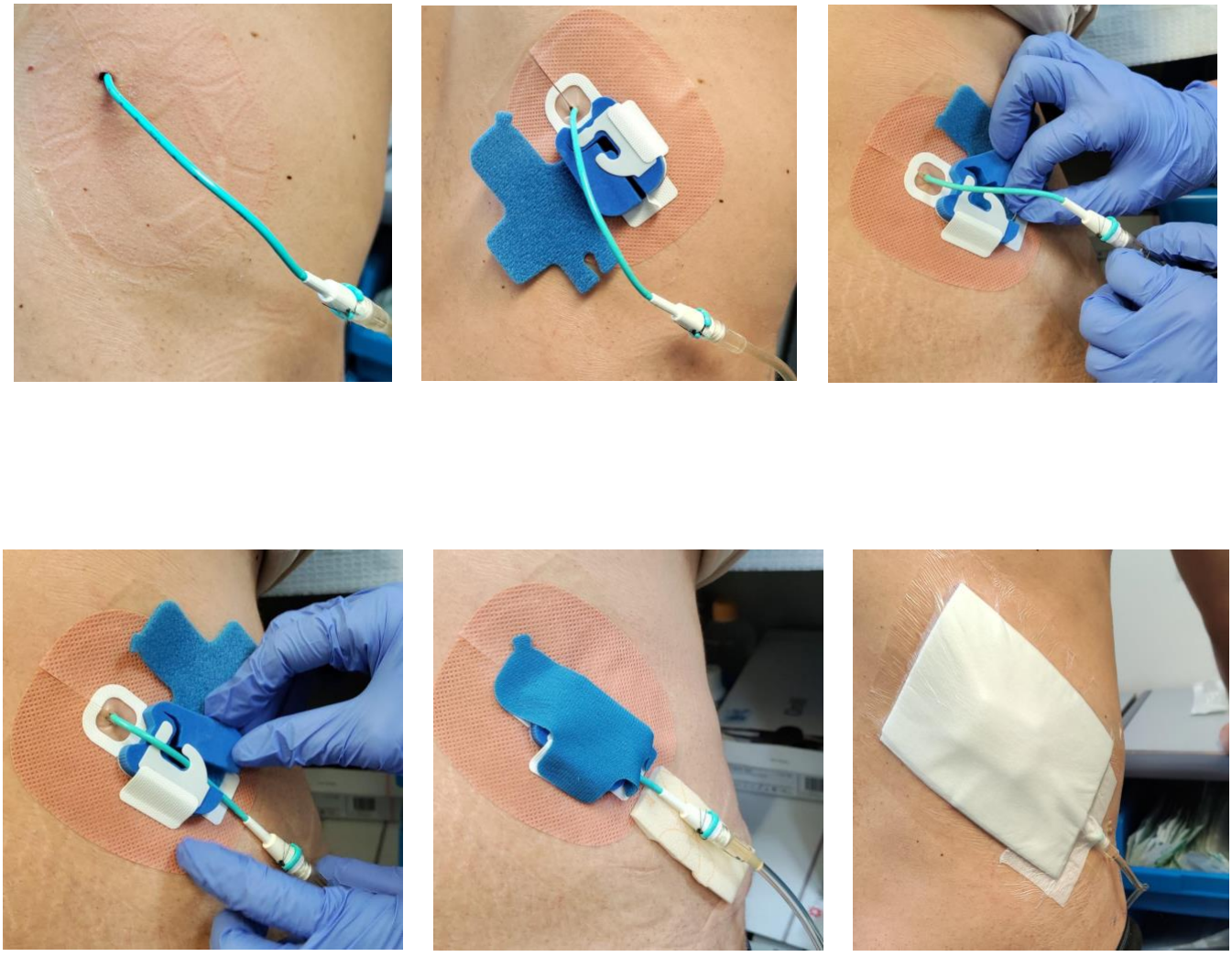
4. **Colocación del nuevo apósito:**

   Fijación. Aplicar el apósito de sujeción SKATER™ Fix para asegurar el catéter *pigtail* a la piel.

   Conexiones. Sustituir la alargadera de conexión a la bolsa colectora (Angilo-Line™) en cada cura. Almohadillar la conexión *pigtail*-alargadera para evitar úlceras por presión.

   Oclusión. Colocar una compresa limpia y cubrir con un apósito adhesivo impermeable (nosotros utilizamos Leukomed® T, 15 x 20 cm). Esto permite el sellado y aseo personal (ducha).

5. El *pigtail* y la alargadera Angilo-Line™ se conectan a una bolsa colectora de orina (pierna o noche), que será prescrita por el personal de enfermería para el cambio cuando sea necesario.



Figuras 1-6. Secuencia de la cura y fijación del catéter de nefrostomía.

Nota: Fotografías clínicas realizadas por el autor ilustrando el protocolo de cuidados en el HCSC. Se ha obtenido el consentimiento informado del paciente para la publicación, garantizando la completa anonimidad.

La frecuencia del cambio de apósito varía considerablemente en las recomendaciones clínicas, lo que puede resultar confuso. Algunas fuentes sugieren un cambio diario, mientras que otras lo recomiendan cada 3 días o incluso semanalmente. Esta aparente discrepancia no es un error, sino un reflejo de la diversidad de protocolos de atención y de los materiales utilizados. Por ejemplo, los apósitos especializados, como los hidrocoloides o los transparentes, pueden permanecer en su lugar por periodos más prolongados que los apósitos de gasa, que se humedecen con facilidad. La decisión sobre la frecuencia debe ser siempre guiada por el profesional, basándose en la condición de la piel del paciente, la cantidad de exudado y el tipo de apósito utilizado. La pauta general es cambiar el apósito inmediatamente si se moja, se ensucia, se suelta o se despega de la piel[4,7,10,13-16].

Mantenimiento y permeabilidad del catéter

La correcta funcionalidad del catéter es vital para asegurar el drenaje adecuado de la orina y prevenir la acumulación que podría dañar el riñón.

- **Vigilancia de la posición:** Muchos catéteres de nefrostomía tienen una marca negra o una señal impresa cerca del punto de inserción. Esta marca es un indicador de la posición correcta del catéter dentro del riñón. Si esta marca se mueve o la distancia entre ella y la piel cambia, es una señal de que el catéter se ha desplazado. Ante esta situación, se debe contactar de inmediato a un profesional de la salud[2,7].

- **Prevención de obstrucciones:** Es crucial evitar acodamientos o pinzamientos en el tubo de drenaje. Un catéter doblado puede impedir el flujo de orina, provocando dolor y un estancamiento que favorece las infecciones. El lavado interno o "flushing" del catéter es una técnica para mantener su permeabilidad, pero solo debe realizarse por un profesional sanitario o bajo su estricta instrucción. La cavidad renal es muy sensible y su capacidad es limitada (aproximadamente de 4 a 8 cc), por lo que la inyección de un volumen excesivo o la aplicación de una fuerza indebida puede dañar el riñón[3,5-8,17].

Complicaciones y señales de alerta

Es vital que los pacientes y cuidadores estén capacitados para diferenciar los síntomas esperados de las señales de un problema clínico que requiere atención urgente. Si bien es normal experimentar una leve molestia en el sitio de inserción, o notar pequeñas cantidades de sangre o coágulos en la orina (especialmente con la actividad física), la aparición de ciertos signos y síntomas es motivo de consulta médica inmediata.

- **Infección:** Los signos de infección son la principal señal de alarma. Estos incluyen fiebre, escalofríos, orina turbia, maloliente o con pus, dolor intenso en la región lumbar o en el costado, y enrojecimiento, inflamación o calor local en el sitio de inserción del catéter. Las infecciones relacionadas con los catéteres son comunes y pueden ser más difíciles de tratar[3,9,10].

- **Obstrucción:** Una obstrucción del catéter es una complicación grave. La señal más clara es la ausencia de flujo de orina hacia la bolsa de drenaje a pesar de una ingesta de líquidos adecuada, o la salida de orina alrededor del catéter. Si se detecta una obstrucción, no se debe intentar empujar o manipular el catéter sin indicación médica[3,6,10].

- **Salida accidental:** El desalojo o salida accidental del catéter es una emergencia médica. Si este se sale, no se debe intentar reinsertarlo. En su lugar, el paciente o cuidador debe sujetarlo suavemente y buscar atención médica inmediata. El conducto creado por la nefrostomía tiende a cerrarse rápidamente (en 24-48 horas), lo que puede complicar una reintervención[6,10].

Adaptación a la vida cotidiana

El impacto de vivir con un catéter de nefrostomía va más allá de los procedimientos técnicos. Afecta la movilidad, el cuidado personal y las actividades diarias, lo que puede asociarse a malestar emocional o ansiedad, lo que requiere acompañamiento y educación sanitaria[11].

- **Higiene personal:** Existen discrepancias en las recomendaciones sobre si se puede mojar el apósito durante la ducha. Algunas fuentes sugieren cubrir el área con una bolsa de plástico para mantenerla seca, mientras que otras indican que la ducha es segura, siempre que el apósito sea impermeable. Esta diferencia de opinión subraya la importancia de seguir las indicaciones del profesional, ya que la recomendación depende del tipo de apósito y de la condición del sitio de inserción. Los baños de inmersión, piscinas o jacuzzis deben evitarse por completo, ya que aumentan significativamente el riesgo de infección[3,4,13].

- **Actividad física y vestimenta:** El paciente puede seguir trabajando y haciendo ejercicio, siempre y cuando evite movimientos que puedan tirar del catéter o causarle tensión. Se recomienda usar ropa holgada para evitar la presión o los roces sobre el tubo y la zona de inserción. La elección de un sistema de drenaje discreto como la bolsa de pierna es un factor clave que permite a los pacientes mantener una vida social y laboral activa[2,4,13].

- **Soporte psicosocial:** Reconocer y abordar las dificultades psicológicas de vivir con una nefrostomía es tan importante como el cuidado físico. La adaptación requiere un periodo de aprendizaje y apoyo. La comunicación abierta con el equipo médico y los cuidadores es esencial para resolver dudas, manejar la ansiedad y encontrar soluciones que promuevan la independencia.

Recomendaciones para el paciente y cuidador

La monitorización constante por parte del paciente o cuidador es crucial para la intervención médica oportuna.

Recomendaciones clave para el paciente

1. **Revisión del punto de punción:** Cada 2-3 días, el paciente debe revisar la zona despegando suavemente la lengüeta de velcro del apósito SKATER™ Fix para buscar signos de infección (enrojecimiento, pus).

2. **Permeabilidad:** Evitar acodamientos o pinzamientos en el tubo de drenaje. La bolsa de drenaje siempre debe estar por debajo del nivel del riñón.

3. **Higiene:** La ducha es segura con apósito impermeable, pero deben evitarse por completo los baños de inmersión, piscinas o jacuzzis, ya que aumentan el riesgo de infección.

4. **Vigilancia de posición:** Muchos catéteres tienen una marca negra cerca del punto de inserción. Si esta marca se mueve o la distancia a la piel cambia, es señal de desplazamiento y se debe contactar a un profesional.

5. **Hidratación:** El paciente debe beber abundante líquido (2 a 3 litros al día, salvo contraindicación) para mantener el flujo de orina.

6. **Lavados (*Flushing*):** El lavado interno del catéter para mantener la permeabilidad debe ser realizado exclusivamente por un profesional sanitario o bajo su estricta instrucción, ya que un exceso de presión puede dañar el riñón.

Señales de alarma (acudir a Urgencias inmediatamente)

- **Infección:** Fiebre, escalofríos, orina turbia, maloliente o con pus, dolor intenso en la región lumbar/costado.
- **Obstrucción:** Ausencia de flujo de orina hacia la bolsa a pesar de la ingesta de líquidos, o salida de orina alrededor del catéter.
- **Salida accidental.** No se debe intentar reinsertar el tubo, sino sujetarlo suavemente y buscar atención médica inmediata, ya que el conducto puede cerrarse rápidamente (en 24-48 horas)[18].

Conclusiones

El cuidado de un catéter de nefrostomía es un proceso multifacético que requiere una combinación de conocimientos técnicos y adaptación práctica. La revisión de la evidencia disponible y las recomendaciones de expertos indica que no existe un sistema de drenaje intrínsecamente "mejor" que el otro en términos de resultados clínicos.

Una estrategia de cuidado exitosa se fundamenta en los siguientes pilares:

1. **Higiene rigurosa:** La aplicación de una técnica aséptica meticulosa en el cambio de apósitos es el factor más importante para prevenir infecciones, la complicación más común.
2. **Fijación segura:** Asegurar el catéter de forma adecuada, verificando su posición y evitando tirones accidentales, minimiza el riesgo de salida accidental, una de las complicaciones más graves.
3. **Elección informada:** El paciente debe tomar una decisión consciente sobre el sistema de drenaje que mejor se adapte a su rutina diaria, utilizando la bolsa de pierna para la movilidad durante el día y la bolsa de cama para el descanso nocturno.
4. **Monitoreo constante:** La capacidad del paciente o cuidador para reconocer las señales de alerta de infección, obstrucción o salida accidental es crucial para una intervención médica oportuna y la prevención de daños mayores.

En definitiva, la verdadera "evidencia" radica en el enfoque holístico y personalizado del cuidado, donde la autonomía y la calidad de vida del paciente son tan prioritarias como la integridad del sistema de drenaje. Con el conocimiento adecuado y el apoyo necesario, es posible vivir una vida activa y plena con una nefrostomía.

El abordaje integral del paciente con nefrostomía requiere protocolos estandarizados y acompañamiento enfermero continuo que garantice seguridad, autonomía y calidad de vida.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Contribución de los autores

Javier Olivares-Corral: Conceptualización, Metodología, Redacción – borrador original, Revisión y edición.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

Referencias

1. **Alonso, M.** Cuidados de las nefrostomías [Vídeo en Internet]. En: XLII Congreso AEEU - Encuentro de la Enfermería Urológica; Bilbao, España: Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU); 2025 May 15-17 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://enfuro.es/xlii-congreso-aeeu-2025/
2. **Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.** Protocolo de cuidados de enfermería en paciente sometido a nefrostomía percutánea [Internet]. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/d5c4caab8b957be18a79c202c39e3436.pdf
3. **Preevid.** ¿Cuáles serían las recomendaciones de cuidados más adecuadas para un paciente portador de nefrostomía? [Internet]. Murcia: Murcia Salud; 2011 Mar 15 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/preevid/18577
4. **Coloplast Professional.** Guía profesional para el manejo adecuado de nefrostomías [Internet]. Coloplast Professional; [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/es/guia-nefro_isbn.pdf
5. **Argon Medical Devices.** SKATER™ Fix Catheter Fixation Device [Internet]. Argon Medical Devices; [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.argonmedical.com/product/skater-fix-catheter-fixation-device/
6. **Hollister.** Protocolo de cuidados de enfermería (Nefrostomía - Primera Ayuda Guía Educativa) [Internet]. Hollister; 2023 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a273f8170cc54478360c1463d125913d.pdf
7. **Asociación Española de Urología (AEU).** Nefrostomía percutánea. Guías de la AEU [Internet]. AEU; 2024 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/rinon/litiasis/nefrostomia-percutanea/
8. **Memorial Sloan Kettering Cancer Center.** Catéter de nefrostomía y Catéter de nefroureterostomía [Internet]. MSKCC; 2023 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.mskcc.org/es/pdf/cancer-care/patient-education/about-your-percutaneous-urinary-drainage-catheter?mode=large
9. **MD Anderson Cancer Center Madrid.** Cuidados para el paciente con nefrostomía [Internet]. MD Anderson Cancer Center Madrid; 2018 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://mdandersonhospiten.es/soy-paciente/en-el-domicilio/cuidados-para-el-paciente-con-nefrostomia
10. **HM Hospitales.** Cuidados para pacientes portadores de catéter de nefrostomía [Internet]. HM Hospitales; 2022 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.hmhos

pitales.com/usuariohm-hm/documentosinteres-hm/preparacionpruebas-hm/Recomendaciones%20al%20alta/10%20PP-GHM-DG-10-54%20Cuidados%20para%20pacientes%20portadores%20de%20cat%C3%A9ter%20de%20nefrostom%C3%ADa.pdf

11. **SciELO.** Impacto de la nefrostomía en la calidad de vida [Internet]. SciELO; 2017 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rlae/a/g4SgBrC64GXcvZ9YXcCccqt/?lang=es
12. **Hospital Universitario Río Hortega.** Guía de ayuda para pacientes con nefrostomía. [Internet]. 2023 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://acyleu.es/wp-content/uploads/2023/06/Guia-Nefrostomia-202111665.pdf
13. **Drugs.com.** Cuidados del apósito de nefrostomía. [Internet]. 2024 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://www.drugs.com/cg_esp/el-cuidado-de-la-sonda-de-nefrostom%C3%ADa.html
14. **TraumaCare.** Apósitos hidrocoloides. [Internet]. 2023 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://traumacare.gr/es/c/96-apositos-hidrocoloides/products
15. **MedlinePlus.** Bolsas de drenaje de orina. [Internet]. 2023 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000142.htm
16. **Cleveland Clinic.** Catéteres y bolsas. [Internet]. 2023 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://my.clevelandclinic.org/health/articles/14832-catheter-bags
17. **MedlinePlus.** Infecciones del tracto urinario. [Internet]. 2023 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000483.htm
18. **Hospital Clínico San Carlos.** Nefrostomía percutánea: Instrucciones y recomendaciones al alta para pacientes (Código DI-URO-012-2025) [Protocolo en Internet]. Madrid: Hospital Clínico San Carlos, Servicio de Urología; 2025 [citado 2025 Nov 15]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicosancarlos/sites/clinicosancarlos/files/inline-files/DI-URO-012-2025%20Nefrostom

Ponle cara

Elena Alcaraz Zomeño

Soy **Elena Alcaraz Zomeño**, diplomada en Enfermería por la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) en 2006. Nada más finalizar la carrera, me trasladé a Madrid para comenzar mi trayectoria profesional en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde inicié mi andadura en un centro de especialidades dependiente del hospital, Pedro González Bueno. Fue allí donde tuve mi primer contacto con la Urología, concretamente en el ámbito de las consultas, una especialidad que marcaría mi camino profesional.

En enero de 2012 comencé a trabajar de forma más específica en el área de urodinámica y en la realización de diferentes pruebas urológicas como cistoscopias, biopsias de próstata, ecografías, flujometrías y dilataciones, consolidando así mi especialización en este campo. Además, he tenido experiencia en el ámbito privado como enfermera instrumentista.

Con el objetivo de seguir creciendo profesionalmente, continué mi formación realizando el Máster de Enfermería Urológica y posteriormente el Experto en Urodinámica, reafirmando mi compromiso con una atención especializada y de calidad.

En 2021 se me ofreció la oportunidad de formar parte de la Junta Directiva de ENFURO como tesorera, un reto que acepté con ilusión. Actualmente desempeño el cargo de **vicepresidenta**, una experiencia muy enriquecedora por todo lo aprendido y compartido junto a mis compañeros.

En septiembre de 2024 regresé a mi ciudad de origen, Cuenca, donde actualmente presto servicio en la planta de Urología, compaginando el trabajo con otras especialidades.

Desde pequeña, ser enfermera y ayudar a los demás ha sido uno de mis sueños. Hoy puedo decir que la Urología es mi identidad profesional, el área donde me siento cómoda, realizada y plenamente comprometida.

Órgano oficial de
ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Optimizada con
index