

enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 126. Abril 2014

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPANOLA DE A.T.S. EN UROLOGIA

NUM. 1 - 1980



**ENFURO**

nº 126 /Abril 2014

Año IX

JUNTA DIRECTIVA AEEU**Presidenta:** Ana Quintanilla Sanz**Vicepresidente:** Francisco Estudillo González**Secretario:** Francisco Milla España**Tesorera:** Mercè Folguera Arnau**Vocal 1º:** Concepción Martínez Casamayor (Zaragoza)**Vocal 2º:** Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)**Vocal 3º:** Ana Isabel García Martín (Madrid)**REDACCIÓN****Directora:** Ana Quintanilla Sanz**Jefe de Redacción:**

Francisco Estudillo González

Consejo de Redacción:

Francisco Milla España

Mercè Folguera Arnau

Concepción Martínez Casamayor

Mercedes Martín Valenciano

Ana Isabel García Martín

Traducción:

Montserrat Gea Sánchez

Edita: Asociación Española de Enfermería
en Urología

Depósito legal: M-18042-1980

ISSN: 0210-9476

Soporte válido S.V.R. 246

Realización: QAR Comunicación (Madrid)

Portada: Portada de la primera revista de la Asociación
Española de Enfermería en Urología, 1980.**ENFURO** - Revista de la Asociación Española de
Enfermería en Urología (Urología-Andrología e
Incontinencia Urinaria)

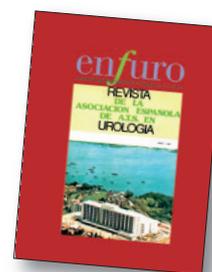
Secretaría y sede administrativa: Colegio de Enfermería.

C/ Paer Casanovas, 37-altillo. 25008 Lleida

Teléfono: 973 24 37 60. Fax: 973 24 60 69

Correo electrónico: enfuro@enfuro.orgWeb: www.enfuro.es**SUMARIO**

- Editorial..... 3
- Nuevas perspectivas profesionales: la enfermera de práctica avanzada en Urología
Camacho-Bejarano, Rafaela; Calvo-González, Germán; Romero-Ruiz, Adolfo 4
- Experiencia de Enfermería Urológica en el paciente TVNMI tratado con quimio-hipertermia
Piñero Díaz, I.; Sousa Escandón, A.; Díaz del Castillo, M.; Vázquez López, M.C.; Martínez Albalat, S. 13
- Nefrectomía transvaginal híbrida por cáncer renal
Miguel Romeo, C.; Sagardoy Muniesa, L. 17
- Seguridad clínica y educación al paciente
Diana María Castelblanco 20
- Tratamiento en consulta de Enfermería de Urología de las dos secuelas más frecuentes en pacientes sometidos a prostatectomía radical
Martínez Ruiz, M.J.;
Escrivá de Romaní Veseterra, A. 30



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.

CAMACHO-BEJARANO, RAFAELA¹; CALVO-GONZÁLEZ, GERMÁN²; ROMERO-RUIZ, ADOLFO³

¹ Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva.

² UGC Bloque Quirúrgico. Hospital de Riotinto (Huelva).

³ UGC Hematología y Laboratorio. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

Nuevas perspectivas profesionales: la enfermera de práctica avanzada en Urología

RESUMEN

La Enfermería de Práctica Avanzada es un modelo emergente en España, con gran trayectoria en el contexto anglosajón, y que está empezando a desarrollarse en otros países europeos. Estos nuevos perfiles avanzados toman como base una mayor capacitación de las enfermeras en cuatro vertientes: clínica avanzada, gestión, docencia e investigación, y se materializa en distintas figuras, entre las que cabe destacar la Nurse Practitioner (actualmente denominada Advanced Practitioner) y la Nurse Consultant, caracterizadas por una capacitación específica que les permite desarrollar tareas de mayor nivel de complejidad, basada en la toma de decisiones autónoma y una cartera de servicios propia que va más allá de las actividades tradicionales establecidas en nuestro contexto, y donde la enfermera de práctica avanzada lidera la valoración y el seguimiento de los pacientes e incluso, en el caso de la Nurse Consultant, con participación activa en el diseño de estrategias de salud y como asesora en materia de investigación, gestión y clínica avanzada.

En el campo de los cuidados urológicos existen diferentes figuras, conocidas como Advanced Urology Nurse o Urology Nurse Practitioner, cuyo desarrollo ha tenido lugar en EEUU, Canadá e Inglaterra principalmente, con puestos específicos definidos y un sistema de acreditación profesional propio, y que se está planteando como la clave a los modelos más tradicionales en muchos sistemas sanitarios europeos, mejorando la accesibilidad a los servicios a través de una gestión compartida de la demanda asistencial partiendo de un nuevo diseño de los mapas competenciales de los distintos profesionales y, por ende, contribuyendo a la coste-eficiencia de los sistemas sanitarios.

Palabras clave: Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), práctica avanzada en Urología, gestión clínica, competencias.

SUMMARY

The Advanced Practice Nursing is an emerging model in Spain, with great experience in the Anglo-Saxon context, which is being developed in other European countries. These new profiles are based on an advanced further training of nurses in four areas: advanced clinical competencies, clinical management, teaching and research. The Advanced Practice Nursing has two main figures: Nurse Practitioner (also known as Advanced Practitioner) and Nurse Consultant, characterized by a specific training orientate to perform tasks of greater complexity based on autonomous decision making and defined catalogue of services which goes beyond traditional activities set in our context, and where the nurse Advanced Practice leads patient assessment and follow up. The Nurse Consultant also performs health policy design and consultancy functions.

Within the urologic care field, different roles have emerged in the U.S., Canada and England known as Advanced Urology Nurse or Urology Nurse Practitioner with defined professional positions and specific professional accreditation systems. These new orientation is being proposed as the key to more traditional models in many European health systems, improving access to healthcare services through a shared management of the clinical demand based on the design of a new competency map for healthcare practitioners and, therefore, contributing to the cost-efficiency of health systems.

Keywords: Advanced Practice Nurse, Urology Nurse Practitioner, Clinical Management, Competencies.

INTRODUCCIÓN

Los modelos de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) están avalados por la trayectoria de países como EEUU, Canadá, Reino Unido y Australia, entre otros, y cuentan ya con más de treinta años de evolución. El desarrollo de estos nuevos roles ha estado condicionado por el contexto histórico de cada país, en función de sus características sociales, económicas y sanitarias. Este camino, sin duda no exento de dificultades, muestra un denominador común en todos los países: la evaluación de los resultados obtenidos respalda la necesidad de potenciar el progresivo desarrollo de los distintos

perfiles de EPA y su integración en los nuevos niveles competenciales (1, 2).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) propuso la siguiente definición: "Una enfermera de práctica avanzada es una enfermera titulada universitaria que ha adquirido un conocimiento experto, con habilidades para la toma de decisiones complejas y con competencias clínicas ampliadas, y cuyas características están definidas por el contexto o país en el cual se ha regulado su práctica, siendo necesario estar en posesión del nivel de máster o doctorado como requisito de acceso" (3).

Según la *Association des Infirmières et Infirmiers du Canada* (AIIC): "La práctica

avanzada de Enfermería como expresión global describe un nivel avanzado de la práctica enfermera que maximiza la utilización de competencias especializadas y de saber enfermero a fin de responder a las necesidades de los usuarios en materia de salud a través de un cuidado holístico, integral y completo, integrando el conocimiento teórico y la experiencia clínica" (4).

Las EPA, en general, gozan de un importante grado de autonomía y capacidad de decisión, basado en una sólida formación, un amplio bagaje clínico y profesional y una clara definición de sus funciones dentro de un programa de acreditación de competencias profesio-

nales específico que, a su vez, sirve de marco legal para regular la práctica asistencial, debido a que la integración de estas figuras de práctica avanzada implica una redistribución de los roles profesionales y una firme apuesta por una gestión compartida de la demanda asistencial, como viene siendo evidenciado por la incapacidad del sistema para atender las crecientes demandas de la población. Y, además, implica la definición de una cartera de servicios propia, ofreciendo nuevas prestaciones, mejorando las existentes y cubriendo vacíos asistenciales, lo que permitiría agilizar los circuitos de atención sanitaria (5).

De manera opuesta a lo que cabría esperar, estos nuevos modelos han sido inicialmente propuestos y defendidos en los países donde se gestaron por el colectivo médico, encontrando importantes ventajas a su incorporación tales como una mejor distribución de las cargas asistenciales y, por tanto, una reducción de la sobrecarga de trabajo, causada en gran medida por la atención a procesos de poca complejidad y susceptibles de ser atendidos por una EPA, permitiendo así una mayor dedicación de los médicos generalistas y especialistas a los casos más complejos.

Los resultados del buen funcionamiento de las consultas de las EPA queda manifiesto por el excelente grado de satisfacción de los usuarios, que destacan la calidad de la información recibida, la amabilidad y cercanía en el trato así como la capacidad resolutoria (6). Algunos estudios van más allá, y comparan la atención ofrecida por las EPA con las consultas médicas, mostrando niveles de satisfacción similares (7, 8).

Asimismo, en la literatura se observa una reducción de la tasa de reingresos a nivel hospitalario (9) y mejoras en la distribución de la carga asistencial, suponiendo una disminución de las listas de espera en las consultas médicas, que se reorientan para atender a los casos de mayor complejidad, según los datos que demuestran que parte de la demanda actual de consultas médicas podría ser atendida por enfermeras de práctica avanzada con los criterios adecuados (10).

La inclusión de EPA potencia el trabajo en equipo y supone un refuerzo a la continuidad asistencial, tal y como lo perciben las propias enfermeras que desem-

Los modelos de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) están avalados por la trayectoria de países como EEUU, Canadá, Reino Unido y Australia, entre otros, y cuentan ya con más de treinta años de evolución

peñan estos roles, sirviendo de incentivo para el desarrollo profesional (11, 12).

Según el análisis realizado por Delamare y La Fortune en 12 países (Australia, Bélgica, Canadá, Chipre, República Checa, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Polonia, Reino Unido y EEUU) dentro del marco de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la tendencia internacional se orienta al desarrollo de roles avanzados para las enfermeras como alternativa a la falta de médicos en algunos países y como sistema de contención del gasto, al tiempo que significa una apuesta por la calidad de la atención sanitaria, una racionalización de los recursos existentes y la oportunidad de desarrollo para un colectivo profesional con gran potencial (13).

Este informe destaca la consolidación de este marco de práctica avanzada en países como EEUU, Canadá, Reino Unido y Finlandia, y la reciente incorporación de estos roles en países como Irlanda y Australia que, a pesar de su corta experiencia, han realizado una firme apuesta a nivel formativo y asistencial, definiendo la incorporación de estos roles en la práctica clínica. Entre las principales aportaciones de la EPA se destaca la mejora en la accesibilidad, la reducción de las listas de espera y su aplicabilidad en el seguimiento de pacientes de baja complejidad. A pesar de la notable variabilidad en el marco regulador de cada país, e incluso en la denominación de estos nuevos roles, todos coinciden en la necesidad y pertinencia de su implementación, haciendo mención a que en muchos países existen formas incipientes de práctica avanzada que requieren de un marco regulador. Entre los denominadores comunes de esta práctica se incluye la atención como primer punto de acceso al sistema, el

seguimiento de procesos crónicos, capacidad de derivación a otros profesionales, prescripción farmacológica y petición e interpretación de pruebas diagnósticas.

En España ha empezado a hablarse de la EPA durante la última década, cuando se plantea su posible contextualización en nuestro entorno. Se propone como una evolución del modelo existente (modelo biomédico), un cambio de paradigma en la atención sanitaria donde el principal cometido es la búsqueda de nuevas fórmulas organizativas que mejoren las limitaciones existentes y proporcionen un salto cualitativo hacia la excelencia; un modelo que tome como verdadero protagonista al usuario y su familia (14, 15).

Sin embargo, existen serias amenazas que cuestionan el completo desarrollo de estos modelos, relacionadas con la falta de evidencia científica de calidad (16), la rigidez de las estructuras organizativas tradicionales y de la legislación vigente (13) y, en el caso de España, por la existencia de un modelo casi lineal de carrera profesional, que no contempla la equivalencia entre el nivel competencial y retributivo, la formación académica y el puesto desempeñado.

A veces, estas limitaciones suponen una merma de la capacidad del propio colectivo enfermero para asumir nuevas responsabilidades, llegándose a cuestionar su pertinencia para asumir el verdadero papel que corresponde como elemento de continuidad y de integralidad en los procesos asistenciales (17).

El ejemplo más cercano a la EPA en nuestro país es la enfermera gestora de casos, un rol avanzado que ha supuesto una gran contribución al manejo del paciente con problemas crónicos de salud (2). Gradualmente, este campo se va ampliando, con proyección a otras áreas clínicas donde se desarrollan prácticas avanzadas, aunque no estén reconocidas como tales (18).

LA ADVANCE UROLOGY NURSE PRACTITIONER

Como en el resto de áreas clínicas donde ha surgido la necesidad de crear un perfil específico de EPA para dar respuestas a nuevas demandas en salud, en el campo de la Urología se han ido identi-

ficando gradualmente lagunas de atención o áreas donde era pertinente incluir la figura de una enfermera de práctica avanzada, incluso a veces como alternativa plausible frente a la ampliación del número de médicos especialistas. Esta iniciativa responde a un análisis profundo de las nuevas necesidades de la población y a la (in)capacidad de los sistemas sanitarios de ofrecer alternativas viables.

De manera similar al resto de áreas clínicas, la falta de disponibilidad de especialistas en Urología motivó en EEUU un rediseño de la estructura organizativa de algunas unidades, introduciendo nuevos profesionales y modificando el modelo de atención existente y dando paso a las Urology Nurse Practitioners (UNP), Advanced Practice Registered Nurse in Urology (APRNs) o Advanced Urology Nurse..

La *American Urological Association Education and Research* analiza la creciente necesidad de incorporar EPA en los servicios de Urología, tanto adulta como pediátrica, señalando que su desarrollo es vital para garantizar la atención sanitaria a profesionales especializados en áreas rurales y geográficamente aisladas. Cabe destacar el papel de la enfermera de práctica avanzada en Urología (EPAU) en el abordaje de disfunciones del tracto urinario y en casos de vejiga neuropática, con capacidad de realización de citoscopias, estudios urodinámicos y circuncisiones a recién nacidos, así como su coste-efectividad y la calidad de la atención prestada. Es fundamental la formación y acreditación de estas profesionales para garantizar los estándares de calidad, planteando programas formativos conjuntos con residentes en Urología (19).

Formación y sistema de acreditación

Tal y como señala Ramírez García (14) y otros organismos internacionales (12, 13), como cualquier EPA, el desarrollo de la EPAU debe ir acompañado de la creación de un marco de legitimación. De acuerdo con los requisitos que marca el Comité Nacional de Acreditación estadounidense, y según la propia definición del rol, las EPAU son profesionales con un perfil y una capacitación especí-

Las principales funciones de las enfermeras de práctica avanzada en Urología se centran en actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y patologías asociadas, intervención temprana, programas específicos de educación sanitaria orientados a los pacientes urológicos y a sus familias con el objetivo de mejorar su calidad de vida

ficos, con capacidad para llevar a cabo sus funciones de manera independiente según indique su acreditación en cada país, con formación posgraduada a nivel de máster o doctorado (20).

Para una adecuada incorporación de la práctica avanzada en general, y de manera específica en la atención al paciente urológico, es fundamental contar con una estructura formativa de posgrado que permita la capacitación necesaria para asumir nuevos roles e integrar competencias avanzadas a nivel clínico, en gestión e investigación. Los contenidos formativos en general incluyen un módulo de fisiopatología avanzada, farmacología y valoración física, y una parte de formación práctico-clínica cuya duración puede oscilar entre 500 y 750 horas de desempeño en la categoría específica (20).

Perfil competencial y ámbitos de aplicación

Las principales funciones de las enfermeras de práctica avanzada en Urología se centran en actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y patologías asociadas, intervención temprana, programas específicos de educación sanitaria orientados a los pacientes urológicos y a sus familias con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Su ámbito de actuación puede estar orientado a la población adulta, geriátrica, pediátrica y también a nivel familiar

y comunitario. Su labor se desempeña de manera autónoma y en colaboración con otras disciplinas dentro del equipo sanitario con el objetivo de proporcionar una atención de calidad, coordinada, coste-efectiva e individualizada, que promueva un entorno seguro y consiga el máximo nivel de bienestar de la persona. Las enfermeras de práctica avanzada en Urología pueden realizar valoraciones, establecer diagnósticos y tratamientos de manera autónoma y sin supervisión médica, con capacidad para derivar pacientes a otros profesionales según el nivel de complejidad y de asumir pacientes derivados de otros profesionales (20).

El perfil profesional de la EPA urológica ha sido definido por distintos organismos a nivel internacional y con distintas perspectivas, destacando la inclusión de competencias clínicas avanzadas, competencias en gestión clínica, investigación y docencia, como grandes ámbitos de actuación (21-24) e incluso incorporando la aplicación de las TIC y otras herramientas innovadoras (25).

Tomando como referencia la definición del perfil profesional del Bolton Hospital en el Reino Unido (26), las funciones de la EPAU se establecen en seis áreas:

Práctica clínica

- Facilitar la accesibilidad del paciente urológico a los servicios sanitarios y agilizar su circuito asistencial.
- Realizar el seguimiento y la valoración rutinaria de los procesos crónicos a través de una atención integral.
- Valoración pre y posquirúrgica en cirugía urológica.
- Realización e interpretación de pruebas urológicas que incluyan pruebas urodinámicas, ecografía, estudios radiológicos y pruebas de laboratorio.
- Prescripción farmacológica y de otros productos sanitarios.
- Educación terapéutica y asesoramiento de la calidad de vida en pacientes con problemas urológicos.
- Prevención de las enfermedades urológicas, tales como infecciones de las vías urinarias, incontinencia urinaria, disfunciones miccionales en la infancia, procesos oncológicos y problemas obstructivos (cálculos renales, etc.).

- Diagnóstico, evaluación y tratamiento de situaciones críticas (hematuria, retención urinaria, lesiones urológicas agudas y dolor agudo del tracto urinario, etc.).
- Valoración y manejo de:
 - Problemas masculinos de afecciones del pene y/o escroto, incluyendo el examen testicular.
 - Síntomas del tracto urinario inferior en mujeres con problemas de suelo pélvico.
 - Síntomas del tracto urinario inferior en hombres, incluyendo examen rectal.
 - Solicitudes de vasectomía y derivación quirúrgica.
- Diagnóstico, evaluación y tratamiento de enfermedades en curso (tales como trastornos de la próstata, incontinencia urinaria, problemas urinarios derivados de otros problemas de salud –espina bífida, tetraplejia, etc.–, alteraciones del suelo pélvico, disfunciones sexuales y problemas de fertilidad).
- Ser un agente de cambio para promover la práctica basada en la evidencia y proporcionar unos cuidados excelentes.
- Potenciar la coordinación dentro del equipo asistencial, actuar como mentores en la formación de otros miembros del personal.
- Desarrollar y/o participar en la investigación para mejorar la atención al paciente y su calidad de vida.
- Proporcionar asesoramiento a otros profesionales.

Comunicación

- Asistir, cuando sea necesario, a la sala principal / reuniones departamentales para garantizar el conocimiento de la evolución en el ámbito de la práctica y los objetivos de la institución.
- Mantener una red eficaz de comunicación, escrita, verbal y la información en cascada electrónica al personal de menor rango.
- Informar al personal de alto nivel de todos los asuntos fuera de su función/ámbito de competencia.
- Comunicarse con otros proveedores de servicios para apoyar la eficiencia y eficacia de la superficie de la práctica especializada.

- Establecer comunicaciones positivas y las relaciones con el público.
- Establecer y mantener vínculos efectivos con los profesionales de atención primaria de salud.

Gestión

- En su caso, gestionar y dirigir el equipo de enfermería especializado.
- Facilitar y dirigir el trabajo en equipo, la innovación y el desarrollo de la práctica.
- En su caso, turnos de servicio del plan apropiado, asegurar las aptitudes necesarias.
- Maximizar el uso de mano de obra y recursos, y promover nuevas formas de trabajar.
- Asegurar y coordinar la contribución de todos los profesionales de la salud para satisfacer las necesidades del paciente.
- Llevar a cabo las tareas delegadas conforme a lo solicitado por la enfermera principal / matrona moderna.
- Contribuir a la visión corporativa, ayudando en el logro de los objetivos y mejorar el ambiente de trabajo.
- Informar y registrar todos los incidentes adversos.
- Desarrollar políticas, directrices y procedimientos para el manejo de pacientes en el grupo de clientes.

Prevención de las infecciones nosocomiales

- Prevenir la propagación de infecciones mediante la adopción de medidas adecuadas a la situación, y la participación en la educación del personal, los pacientes y los cuidadores.
- En su caso, contribuir a las auditorías y la aplicación de planes de acción ambiental.
- Cumplir con las políticas para la correcta eliminación de los residuos clínicos y otros sostenidos, y la ropa sucia, y garantizar que todo el personal se adhiere a estas políticas.
- Mantener los estándares de limpieza e higiene de manos.

Desarrollo profesional

- Asegurarse de que los programas de

iniciación de personal nuevo son efectivos en el área de especialización.

- Asegurar un ambiente de aprendizaje efectivo, y el seguimiento anual de la calidad, incluyendo mentores y tutores clínicos.
- Desarrollar el plan anual de desarrollo personal para identificar a su propia formación y las necesidades de desarrollo, en consonancia con los objetivos personales y organizacionales.
- Participar en y, en su caso, asegurar que todo el personal tenga evaluación anual.
- Proporcionar oportunidades de desarrollo para el personal de acuerdo con la evaluación y el plan de desarrollo personal.
- Impartir programas de capacitación y educación especializados para el personal y los estudiantes.
- Acceder y participar en la supervisión clínica.
- Formular y coordinar los programas de educación y de formación especializada para el personal y los estudiantes.
- Promover y facilitar nuevas formas de aprendizaje, por ejemplo e-learning y el aprendizaje basado en el trabajo.

Práctica basada en la evidencia, calidad y estándares

- Mantenerse al día con las tendencias actuales dentro de la especialidad y garantizar la práctica basada en la evidencia. En la discusión con el gerente de línea, promover cambios en el cuidado / actividad, donde la evidencia señala la necesidad.
- Establecer y supervisar las normas en relación con el área de la práctica especializada.
- Contribuir a la investigación de los accidentes, quejas, defectos en equipos, cuasi accidentes y los incidentes adversos, y producir informes según lo solicitado por el gerente de línea. Participar activamente en la revisión de auditoría clínica.
- Tomar parte activa en y donde las iniciativas de liderazgo necesario, CNST gestión clínica y de investigación y desarrollo.
- Mantener un enfoque profesional para el personal, los pacientes y los

Tabla 1

Requisitos de la Urology Nurse Practitioner

	Requisitos básicos	Requisitos deseables	Evaluación
ASPECTOS GENERALES	Capacidad de liderazgo Habilidad para motivar a los demás Puntualidad y asistencia Comunicación fluida	Buen estado de salud	Entrevista Valoración de medicina preventiva
NIVEL DE FORMACIÓN	Enfermera graduada Formación de posgrado en Urología	Certificado en informática Máster específico Certificado de aptitud pedagógica Certificado en urodinámica	Solicitud Portfolio
EXPERIENCIA	Evidencia de desarrollo profesional reciente Tres años de experiencia en Urología o algún área especializada relacionada Experiencia docente Experiencia en gestión y trabajo en equipo Experiencia en implementación y gestión de cambios	Experiencia en investigación y sistemas de auditoría	Solicitud entrevista Referencias portfolio
HABILIDADES	Buenas habilidades interpersonales Habilidades en gestión Capacidad de análisis Toma de decisiones Habilidades en comunicación Capacidad investigadora Puntualidad y responsabilidad Capacidad de priorización Capacidad para trabajar bajo presión Habilidades tecnológicas Habilidades en búsqueda de evidencia científica Capacidad de resolución de problemas	Habilidades en exposición	Solicitud entrevista Referencias Portfolio Presentación ejercicio práctico de gestión
CONOCIMIENTO	Capacidad para demostrar un conocimiento altamente especializado y experto		Solicitud entrevista Referencias
OTROS	Capacidad para trabajar con niños y adultos en situación vulnerable		Certificado de antecedentes penales

Fuente: Bolton Hospital Trust (26).

visitantes y colegas. Tratar a todos por igual, con dignidad y respeto.

- Desarrollar protocolos, directrices y procedimientos normalizados de trabajo para el área de la práctica especializada.
- Desarrollar y formular programas de mejora continua.
- Realizar investigaciones y auditorías clínicas para el área de la práctica especializada.

Responsabilidades profesionales

- Cumplir responsablemente las políticas y procedimientos del departamento.
- Mantener un ambiente seguro para el profesional y los usuarios, ofreciendo un cuidado razonable para evitar

lesiones. Colaborar con la institución para cumplir con los requisitos legales.

- Declarar los incidentes adversos, según los protocolos establecidos.
- Se establecen, asimismo, requisitos para el desempeño de las funciones como EPAU (tabla 1).

Resultados de su implementación

Las consultas de las enfermeras de práctica avanzada en Urología han supuesto un aumento de la satisfacción de los usuarios, un mejor seguimiento de los procesos y una notable reducción de las listas de espera (27).

Algunas experiencias pilotos en el campo de la urología pediátrica muestran resultados altamente satisfactorios.

El estudio llevado a cabo en el Arkansas Children Hospital valora un nuevo modelo clínico basado en la introducción de dos EPA especializadas en urología pediátrica en lugar de más especialistas en urología (28). Una de las EPA coordina los ingresos, altas y las interconsultas, organizando el flujo de pacientes dentro de la unidad, y otra se encarga de la atención directa con su propia consulta en el servicio de consultas externas, atendiendo a pacientes en el postoperatorio inmediato, valoraciones urodinámicas, retiradas de catéteres y el manejo de problemas urológicos pediátricos rutinarios tales como fimosis, infecciones recurrentes del tracto urinario, incontinencia, eneuresis, alteraciones del tracto urinario inferior y reflujos vesico-uretrales leves. Ambas EPA, con formación en pediatría a nivel

de máster, cuentan con una amplia trayectoria y están integradas en el equipo asistencial, desde donde derivan a los urólogos pediátricos los casos más complejos.

Como resultado de este nuevo modelo se mejoró la productividad del servicio, con un aumento significativo en el volumen de pacientes atendidos en un 77,1%, pasando de 153 a 271 visitas mensuales ($p < 0,0001$), así como una mayor capacidad en cuanto a intervenciones quirúrgicas. Del total de consultas realizadas en el año 2010 (3.179), 1.806 correspondieron al urólogo pediátrico, 1.040 al pediatra, 274 a la EPA y el resto al urólogo de adultos.

Entre las principales conclusiones, este estudio destaca la pertinencia de integrar estos nuevos modelos que suponen un menor gasto, una disminución de la estancia hospitalaria y una disminución de las complicaciones, al tiempo que la redistribución de la demanda supuso una mejora de la calidad, del acceso, de la continuidad asistencial y de la satisfacción de los usuarios. El estudio señala que durante el primer año de implementación es necesario definir los servicios y las responsabilidades de cada profesional, y realizar una distribución adecuada de los pacientes para garantizar y optimizar los recursos disponibles, y aumentar la capacidad de la consulta de la EPA una vez se consolida la oferta a la población.

La literatura internacional muestra la relevancia del papel de las EPAU en la prevención y la detección precoz de la incontinencia (29) y la mejora de los resultados en la población más vulnerable (30), así como la realización e interpretación de estudios urodinámicos (31) atendiendo en consultas propias a pacientes con diferentes problemas urológicos problemas, con resultados altamente satisfactorios en adultos (32, 33).

Estos resultados son extensibles a las consultas de reeducación vesical de las EPAU en la edad pediátrica-adolescente, con numerosas aportaciones en cuanto a la valoración, al tratamiento y al abordaje integral de este problema (33, 34).

Otro de los roles más desarrollados con éxito de la EPA urológica está relacionado con la prevención del cáncer de próstata y la realización de biopsias (35, 38).

Tabla 2
Subáreas de Práctica Clínica Avanzada en Urología

Urología pediátrica
Andrología / infertilidad
Salud sexual
Urología femenina
Incontinencia
Urología general
Urología oncológica
Cálculos / obstrucciones
Uro-ginecología

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA UROLÓGICA EN ESPAÑA

Origen de la formación enfermera en Urología en España

Tal y como se describe en diversos trabajos, la formación de las enfermeras en Urología tiene una gran tradición en nuestro país, con documentos del siglo XVII donde se hace referencia a la Enfermería Urológica y a los contenidos de su formación, sentando las bases de los conocimientos indispensables que toda enfermera debía poseer en este campo (39).

Posteriormente, con el desarrollo de la formación de los ayudantes técnicos sanitarios (ATS), aparece la especialidad de Enfermería Urológica en 1975. Tras la integración de los estudios de Enfermería como titulación universitaria, se plantean de nuevo las especialidades, aunque no verán la luz hasta el año 2005, con el RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, donde esta área de conocimiento se incluye en la especialidad de Cuidados Médico-Quirúrgicos. Sin embargo, esta nueva definición no contempla el desempeño de puestos específicos ni un mayor nivel de responsabilidad, como ocurre en algunas de las demás especialidades.

Estos cambios, a los que se suman las crecientes demandas de la población y la necesidad de plantear alternativas eficientes que garanticen la prestación de servicios dentro del actual modelo sanitario, nos obligan a realizar un ejercicio de reflexión, al margen de intereses cor-

porativistas, que nos permitan buscar soluciones, como ha ocurrido en otros países de referencia, que sean viables y ofrezcan garantías de resultados en un marco de sostenibilidad.

Experiencias en consulta de Enfermería Urológica

Tal y como demuestran algunas experiencias, la consulta de Enfermería en una unidad de litotricia parece un instrumento eficaz en la prevención de la aparición de nuevos procesos litiasicos y que se podría hacer extensiva a otras patologías urológicas (anomalías congénitas, derivaciones, estenosis uretrales, etc.) (40).

Otras áreas, tales como las consultas de patología quirúrgica ambulatoria en urología, pueden ser susceptibles de ser operativizadas por enfermeras, potenciando la continuidad asistencial con atención primaria, realización de la anamnesis y exploración física inicial de los pacientes, gestión de la lista de espera quirúrgica, y potenciación del trabajo en equipo basado en actuaciones protocolizadas establecidas y coordinación del proceso asistencial (41).

Existen áreas, tales como la incontinencia urinaria, donde el papel de las enfermeras podría tener una mayor relevancia. Aunque en España las primeras consultas de pacientes afectadas por IU son realizadas por médicos de Atención Primaria y ginecólogos, un pequeño porcentaje son atendidas en las consultas especializadas de Urología. Sin embargo, muchas pacientes son remitidas posteriormente a Urología, como lo demuestra el hecho de que en nuestro medio el 10% de las primeras consultas urológicas sea por incontinencia urinaria. Las enfermeras pueden jugar un papel importante tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento y valoración de los tratamientos de la incontinencia (42).

En algunas experiencias llevadas a cabo en el contexto nacional se demuestra la aportación de distintas intervenciones enfermeras en pacientes urológicos. La elaboración de planes de cuidados específicos que permitan estandarizar intervenciones y evaluar los resultados con una metodología sistemática y que incluya las características personales

y necesidades específicas de cada paciente (43).

La aplicación de las nuevas tecnologías puede ser un instrumento muy útil en la agilización de citas en acto único, disminución de la duplicidad de pruebas diagnósticas y número de citas, así como una mejor gestión organizativa, reduciendo en un mayor tiempo de atención al usuario (44).

Algunos autores destacan el papel de las enfermeras en la realización de determinadas pruebas diagnósticas y terapéuticas, entre las que destacan la colocación de catéteres vesicales, estudios urodinámicos (flujometría, perfil de presión uretral, videocistografía, cistomanometría, etc.) y estudios de fertilidad, consultas de andrología, administración de citostáticos por vía uretral, educación sanitaria y cuidados en pacientes portadores de nefrostomías y urostomías y en el refuerzo del suelo pélvico (45).

Un ensayo clínico realizado en 256 mujeres con incontinencia urinaria muestra que el plan de cuidados enfermeros fue beneficioso tanto en el grado como en la reducción del volumen de las pérdidas de orina, en la disminución del número de compresas usadas y en el incremento de las puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida (46).

Otros estudios analizan la satisfacción de los pacientes en relación a la atención recibida en los servicios de consultas externas de Urología. Entre los resultados de este estudio cabe destacar que un 22,9% de los pacientes atendidos en los centros de especialidades considera que el tiempo de consulta en el que fueron atendidos fue "escaso" o "muy escaso", existiendo diferencias significativas al comparar la satisfacción entre los distintos centros respecto a las variables información sobre riesgos del diagnóstico y tratamiento, instrucciones dadas tras el alta y descripción de los síntomas por los que el paciente debe consultar de nuevo al urólogo. A pesar de que la satisfacción obtenida en este estudio es mayor en las consultas hospitalarias, el 32,3% de los pacientes realizó sugerencias de mejora relacionadas principalmente con un trato más personalizado, el sistema de citas, la reducción de la lista de espera, aumento del tiempo dedicado a la consulta y una adecuada información sobre el diagnóstico y el tratamiento (47).

En España son muchas las consultas de Enfermería Urológica que están funcionando con una orientación de práctica avanzada, aunque careciendo de algunos elementos indispensables para que pueda ser considerada como tal, como por ejemplo una acreditación específica según la capacitación o una definición del rol y de las responsabilidades profesionales

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE DESARROLLO

La amplia trayectoria de la Enfermería Urológica en nuestro país avala la capacidad de liderazgo de las enfermeras en el desarrollo de consultas propias de asesoramiento y seguimiento de los pacientes con problemas urológicos y demuestra el potencial de las enfermeras para asumir nuevas competencias y responsabilidades.

En España son muchas las consultas de Enfermería Urológica que están funcionando con una orientación de práctica avanzada, aunque careciendo de algunos elementos indispensables para que pueda ser considerada como tal, como por ejemplo una acreditación específica según la capacitación o una definición del rol y de las responsabilidades profesionales, así como el consiguiente respaldo y reconocimiento institucional. Según la regulación establecida en los distintos países, la EPA solo será tal si reúne todos los criterios establecidos en su propia definición.

Existe un extenso bagaje profesional de enfermeras urológicas que han liderado la atención individualizada a pacientes a través de consultas con un amplio abanico de servicios. Desafortunadamente, en demasiadas ocasiones este desempeño depende de la buena disposición de algunos profesionales,

careciendo de un amparo legal para el desempeño de sus funciones y pasando inadvertido para muchos otros profesionales, por lo que no está adecuadamente integrado dentro de las organizaciones, derivando en una falta de reconocimiento a todos los niveles. Si bien una adecuada definición de competencias es necesaria, también lo es profundizar en la eficacia de las intervenciones prestadas para poder avalar y justificar la pertinencia de estos servicios.

En cuanto a la capacitación profesional, en muchos casos, bastaría con establecer los sistemas de acreditación pertinentes e incluirlos dentro de la carrera profesional, aprovechando la "infraestructura académica" existente para establecer los distintos niveles competenciales con una equivalencia real en la práctica.

Según un informe realizado por la OCDE, España es de los países más medicalizados de Europa, pero con unas ratios de enfermera / paciente muy por debajo de los estándares recomendados internacionalmente, lo que de nuevo añade elementos de juicio para replantear la solución (48). En los últimos tiempos, y como fruto de las nuevas políticas de recortes, vemos cómo se están mermando las plantillas de enfermeras generalistas, reduciendo a mínimos históricos la actual dotación del sistema, y con una seria amenaza a la seguridad del paciente y a la calidad de los cuidados. Lejos de solucionar el problema del sistema sanitario, estas medidas están acrecentando la ineficiencia de algunos servicios y, por ende, aumentando listas de espera, dificultando el acceso a algunas especialidades y masificando las consultas de algunos especialistas que se ven desbordados e incapaces de atender la demanda satisfactoriamente.

En este universo, y aunque la situación de partida difiere ligeramente de la de otros países, existen elementos comunes: necesidad de dar respuesta a la población de manera eficiente y económica, y eso solo se podrá alcanzar con una nueva orientación de la atención sanitaria, con sistemas de gestión más eficaces y personal cualificado para asumir nuevos roles.

La respuesta está encima de la mesa: se hace necesaria la redefinición de los roles profesionales. El primer paso, iniciado en algunas comunidades autóno-

mas como Andalucía, sería realizar un análisis de las necesidades existentes, determinar las áreas prioritarias y establecer perfiles de EPA ajustados a las necesidades identificadas. Existen áreas claramente definidas tales como atención primaria, procesos crónicos, servicios de urgencias, cirugía, y en el caso de los cuidados urológicos existen precedentes que respaldan su implementación.

CONCLUSIONES

En un país como España, con un potente sistema sanitario, público y con una amplia cobertura de la población, nos vemos obligados a plantear propuestas que implican una reorganización de las estructuras existentes para ser capaces de dar respuesta a las crecientes demandas de los usuarios, potenciar una mayor eficiencia de las intervenciones y garantizar la sostenibilidad del sistema en tiempos difíciles. En un intento de evitar gastos innecesarios, a veces se prescinde justo de lo esencial, aquello que funciona y en lo que hay que apoyarse para robustecer la base del sistema sanitario.

Según la experiencia de otros países, el desarrollo de las figuras de práctica avanzada en Enfermería ha aportado un gran valor a la atención sanitaria y ha servido para posibilitar una verdadera gestión compartida de la demanda asistencial, al tiempo que mejorar la satisfacción de los usuarios y su percepción del sistema.

Sin duda, una adecuada implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada requiere de una definición de los roles y perfiles, un adecuado marco formativo, un sistema de acreditación específico y la reestructuración organizativa que dé cabida a esta nueva oferta dentro del servicio sanitario y regule su ámbito de aplicación, con el correspondiente respaldo legal. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Miranda, L; Hermens, J; Braspenning, B (2004). Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomized controlled trial. *British Medical Journal* (versión online).
- Goodman, C; Morales-Asencio, JM; De la Torre-Aboki, J. La contribución de la enfermera de práctica avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas de Enfermería* 2013; 16 (9): 20-25.
- International Council of Nurses. Nurse Practitioner/ Advanced practice nurse: definition and characteristics 2002 http://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. La pratique infirmière avancée. Cadre National. Ottawa: AIIIC, 2000.
- Padilla-Marín, C; Terol-Fernández, E; Camacho-Bejarano, R; Padín-López, S. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para Enfermería? *Enfermería Clínica* 2012; 22 (5): 237-238.
- Danielson, C; Rushton, HG. Non-physician provider fellowship training: meeting patient needs in a time of physician shortages. *J Urol* 2011 Mar; 185 (3): 771-773.
- Kinnersley, P; Anderson, E; Parry, K; Clement, J; Archard, L; Turton, P; Stainthorpe, A; Fraser, A; Butler, C and Rogers, C. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in Primary Care. *British Medical Journal* 2000; 320: 1043- 1048.
- Horrocks, S; Anderson, E; Salisbury, C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324: 819-823.
- Huw, DW; Cashmore, D; Newcombe, RG; Roberts, C; Vincent, J and Elwyn, G (2008). Impact of case management by advanced practice nurses in primary care under unplanned hospital admissions: a controlled intervention study. *BMC Health Services Research*, 8: 115.
- Miranda, L; Hermens, J; Braspenning, B (2004). Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomized controlled trial. *British Medical Journal* (versión online).
- Ball, J (2005). Maxi nurses. Advanced and specialist nursing roles. Results from a survey of RCN members in advanced and specialist nursing roles. Royal College of Nursing, London.
- Royal College of Nursing (2012). Advanced Nurse Practitioners. A RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation. Royal College of Nursing, London.
- Delamaire, M and G Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Ramírez García, P; Hernández Vián, O; Sáenz de Ormijana Hernández, A; Reguera Alonso, AI; Meneses Jiménez, MT (2002). Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enfermería Clínica*; 12 (6): 286-9.
- Goulet, C; Lauzon, S and Ricard, N (2003). Enfermería de Práctica Avanzada: un tesoro oculto. *Enfermería Clínica*, 13 (1): 48-52.
- Morales Asencio, JM; Morilla Herrera, JC; Gonzalo Jiménez, E; Del Río Urenda, S; Martín Santos, FJ; Terol Fernández, FJ (2006). La larga y penosa travesía de los cambios en los hospitales: Enfermería de Práctica Avanzada en atención especializada en el entorno anglosajón. Evaluación de una revisión cualitativa. *Evidentia*, 3 (7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/185articulo.php>. Consultado el 24-11-09.
- Hernández Yáñez, JF (2010). Enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Documento de Trabajo 162. [Acceso 22-10-2013] Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>
- Romero Ruiz, A; Parrado Borrego, G; Caparrós Miranda, IM; Rodríguez González, J; Vargas Lirio, MI; Ortiz Fernández, P. Una experiencia de Enfermería de Práctica Avanzada en pacientes con anticoagulación

- oral. *Metas Enferm* 2011; 8 (14): 75-78.
19. Danielson, C; Rushton, HG. Non-physician provider fellowship training: meeting patient needs in a time of physician shortages. *J Urol* 2011, Mar; 185 (3): 771-773.
 20. Society of Urologic Nurses and Associates. The Role of the Advanced Practice Registered Nurse in Urology. SUNA, 2010 [09-1-2013] Disponible en: <http://www.suna.org/resource/role-advanced-practice-registered-nurse-urology-fact-sheet>
 21. Gidlow, A; Roodhouse, A (1998). The urology nurse practitioner. *Nursing Standard* 12: 42, 49-53.
 22. Gidlow, A (2001). Developing the nurse practitioner role in urology. *Urology News* 5: 4, 12-15.
 23. Kleier, JA. Procedure competencies and job functions of the urologic advanced practice nurse. *UrolNurs* 2009 Mar-Apr; 29 (2): 112-117.
 24. Quallich SA. A survey evaluating the current role of the nurse practitioner in urology. *UrolNurs* 2011 Nov-Dec; 31 (6): 328, 330-6.
 25. E Brocksom, J. Digital engagement in nursing: a urology nurse's journey. *Br J Nurs* 2013 Oct 9; 22 (18): S23-8.
 26. Bolton Hospital. Urology Nurse Practitioner job description. NHS Trust; 2004. [Acceso 13-10-2013] Disponible en: http://www.innovationinurology.nhs.uk/pathways/continence/admission/bolton/job_description.pdf
 27. Lane, L; Minns, S. Empowering advanced practitioners to set up nurse led clinics for improved outpatient care. *Nurs Times* 2010 Apr 6-12; 106 (13): 14-15.
 28. Canon, S; Basham, K; Canon, HL; Purifoy, JA; Swearingen, C. Alternative approaches to expanding pediatric urology services and productivity. *J Urol* 2012 Oct; 188 (4 Suppl): 1639-1642.
 29. Keyock, KL; Newman, DK. Understanding stress urinary incontinence. *Nurse Pract* 2011 Oct; 36 (10): 24-36; quiz 36-7.
 30. Newman, DK. Talking to patients about bladder control problems. *Nurse Pract* 2009 Dec; 34 (12): 33-45.
 31. Gray, M. WOC nurse consult: interpreting urodynamic test results. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010 May-Jun; 37 (3): 311-313.
 32. Greenwood, J. Nurse-led clinics for assessing men with lower urinary tract symptoms. *Professional Nurse* 2003; 19 (4): 228-32.
 33. Sanders, C; Bray, L. Young people's evaluation of a nurse-led bladder training service: working towards developing a patient reported experience and outcome measure. *International Journal of Urological Nursing*, 2013 7 (1): 25-32.
 34. Noto, PF. NPs in urology. Treating voiding dysfunction in children. *Adv Nurse Pract* 2010 Jul; 18 (7): 27-29.
 35. James, N; Eastwood, J. The role of the uro-oncology CNS Cancer. *Nursing Practice*. 4 (8): 36-39.
 36. James, N; McPhail, G. The success of a nurse-led, one-stop suspected prostate cancer clinic. 2008; 7 (3): 28-32.
 37. Skolarus, TA; Holmes-Rovner, M; Northouse, LL; Fagerlin, A; Garlinghouse, C; Demers, RY, et al. Primary care perspectives on prostate cancer screening. *Nurse Pract* 2011 Jun; 36 (6): 39-44.
 38. Shah, J; Baston, E. Standard prostate biopsies undertaken by nurse practitioners. *Cancer Nursing Practice*. 2013; 12 (2): 32-35.
 39. García Martínez, MJ; García Martínez, AC; Terán Oliveros, L; Ramos Suárez, JM; Mármol López, R; Domínguez Fernández, B. La enseñanza de la Enfermería Urológica en la primera escuela de enfermeras de España. *Enfuro* 2012; 123: 8-14.
 40. Muñoz Balaguer, C; Martí Peiró, V; Morillo Serrano, C; Devis Álvarez, JM; Calatayud Suñer, E. Experiencia de una consulta de Enfermería en una unidad de litotricia. *Enfuro* 2003; 86: 41-42.
 41. Gamarra Galán, M; López Padilla, MC. Implicación del personal de enfermería en la puesta en marcha y funcionamiento de una consulta de patología quirúrgica ambulatoria en Urología. *Enfuro* 2009; 3 (111): 23.
 42. Guillén del Castillo, A; Espada Puedo, A; Legarra Muruzábal, S; García López, M; Garayoa Arizcuren, B. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida. Estudio desde la consulta de Urología. *Enfuro* 2008; 106: 9-12.
 43. Ramos Sánchez, ME; Domínguez Domínguez, S; García Domínguez, Y; De la Corte Sánchez, M. Proceso enfermero en la consulta de Urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente. 2009; 110: 23-27.
 44. Ramos Sánchez, ME; Domínguez Domínguez, S; García Domínguez, Y; De la Corte Sánchez, M; Rico Cuevas, F. Aportación de las TIC a nuestra consulta de Urología. *Enfuro* 2010; 114: 14-15.
 45. Alarcón Polo, JJ. Innovaciones tecnológicas en Enfermería Urológica; papel de enfermería. *Enfuro* 2002; 83: 24-28.
 46. Nieto Blanco, E; Moriano Béjar, P; Serrano Molina, L; Dávila Álvarez, V; Pérez Llorente, M. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. *Actas Urológicas Españolas*. 2007; 31 (5): 493-501.
 47. Pérez-Blanco, V; García-Caballero, J; Cisneros, J; Taberner, A. Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18 (8): 628-35.
 48. Buchan, J; Calman, L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce. *Nurses in Advanced Roles*. OECD Health Working Papers nº 17. OECD Publishing; 2005. [Acceso 7-10-2013] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/743610272486>

PIÑEIRO DÍAZ, I.¹; SOUSA ESCANDÓN, A.²; DÍAZ DEL CASTILLO, M.³; VÁZQUEZ LÓPEZ, M.C.³; MARTÍNEZ ALBALAT, S.⁴
 HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS (LUGO)

¹ Hospital de Día. ² Urología. ³ Farmacia. ⁴ S. Técnico

Experiencia de Enfermería Urológica en el paciente TVNMI tratado con quimio-hipertermia

INTRODUCCIÓN

El papel del profesional de enfermería en el manejo preoperatorio del paciente con cáncer vesical no músculo invasivo (TVNMI) es crucial. El perfil más común de pacientes a los que administramos tratamientos endovesicales por tumores vesicales son varones de entre 60 y 80 años que acuden por primera vez o han presentado recidiva tumoral tras algún tratamiento endovesical previo.

Según un estudio epidemiológico publicado en 2012, la incidencia de cáncer vesical en España varía entre 30 y 55 nuevos casos/100.000 habitantes/año (1). En el área de referencia del hospital de Monforte de Lemos, dicha incidencia está próxima a los 150 nuevos casos/100.000 habitantes/año. Probablemente dicha incidencia es mayor en nuestro centro por tratarse del área con mayor envejecimiento poblacional de toda Galicia y entre las tres áreas más envejecidas del Estado español.

Estadísticamente, hasta el 70% de los TVNMI presentará recurrencia tumoral en los siguientes 24 meses que implicará nuevas resecciones transuretrales vesicales (RTUV) y tratamientos adyuvantes postoperatorios (2). Debido a ello, el cáncer vesical constituye la patología más costosa en cuanto a atención médica recibida desde su diagnóstico hasta la muerte, en EEUU dichos gastos están valorados en unos 96.553 dólares por paciente (3).

Por lo general, a los pacientes de riesgo medio de recidiva se les pauta tratamiento adyuvante con mitomicina C (MMC). En el caso del hospital de Monforte, este tratamiento consiste en 4 instilaciones semanales seguidas de 11 instilaciones mensuales para un tratamiento total de un año.

Por el contrario, a aquellos que tienen un riesgo alto de recurrencia y/o han

recidivado a un tratamiento anterior con MMC se les pautan instilaciones con BCG (6 semanales seguidas de 10 mensuales, en el caso de nuestro hospital). Por lo general, las instilaciones intravesicales de MMC y BCG las realiza el servicio de Enfermería Urológica en consulta o en otra localización específica. En el Hospital Comarcal de Monforte, todos los tratamientos oncohematológicos y oncourológicos se centralizaron en el hospital de día a partir del año 2000.

Distintos estudios demuestran que el calor potencia la efectividad de los tratamientos antineoplásicos por un mecanismo de acción multifactorial. Por una parte, el calor tiene un efecto citotóxico directo y, por otra, produce alteraciones en la cinética de la MMC. En conjunto, la hipertermia posee una acción directa sobre el ADN, produce desnaturalización de proteínas estructurales y de membrana, induce los fenómenos de la apoptosis e inhibe la angiogénesis (4).

La hipertermia tiene un efecto radiosensibilizador con un factor de mejora de respuesta de 1,5 y quimiosensibilizador con un factor de mejora que varía en función del fármaco utilizado y de la patología estudiada (4). La MMC asociada a hipertermia ha sido estudiada ampliamente en el tratamiento profiláctico intraperitoneal tras citorreducción quirúrgica completa de tumores metastásicos de ovario, hígado y colon.

De igual forma, la quimiohipertermia endovesical con MMC ha sido estudiada en el TVNMI tanto para el tratamiento adyuvante (como profilaxis de recidivas tumorales tras la RTUV) como para el tratamiento neoadyuvante (como ablación tumoral o previo a la RTUV).

Un metaanálisis publicado en 2012 concluye que la quimiohipertermia endovesical adyuvante consigue una reducción de las recurrencias tumorales del 59% (5).

Cualquier innovación terapéutica que

Figura 1
Equipo de recirculación



quiera instaurarse en nuestro campo debe aportar beneficios clínicos, pero también constituir un proyecto viable desde el punto de vista del sistema sanitario, en general, y la consulta urológica de cada centro, en particular. En este sentido, es necesario abordar aspectos como la localización del equipo de hipertermia, el tiempo empleado por el profesional de enfermería en adoptar la nueva técnica, cómo afecta a la dinámica de su trabajo y qué riesgos adicionales implica. Todos estos factores condicionan la puesta en marcha de este nuevo sistema de tratamiento potencialmente más efectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de 2010 iniciamos en Monforte un tratamiento con quimiohipertermia neoadyuvante en TVNMI en el contexto de un estudio Fase I con el equipo de recirculación Combat BRS® (figura 1).

Este sistema funciona mediante el calentamiento de la MMC, disuelta en suero fisiológico, de forma externa y recirculándolo a través de la vejiga utilizando una sonda vesical de doble luz de 16F tipo Foley (figura 2).

El equipo Combat BRS® se maneja de forma sencilla a través de una pantalla

Figura 2
Fungibles

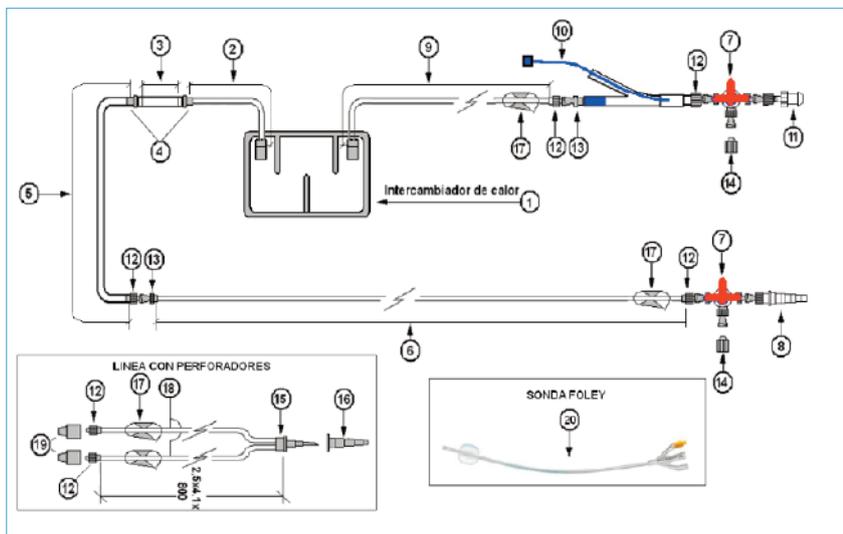


Tabla 1
Características basales del grupo de neoadyuvancia y tras la RTUV

Pac. Nº	Características basales	Evolución
1	Tumor mixto de gran tamaño (ocupa más del 50% de la vejiga)	RP
2	Tumor vesical recidivante, múltiples lesiones con tumor principal >3 cm mixto	RP
3	Multirrecidivante tras BCG desde 2008 con tumores múltiples superficiales	RC
4	Multirrecidivante desde 2008 pT1 GII con tumores múltiples superficiales	RC
5	Multirrecidivado desde 2009 pT1 GII/Falsa vía uretral con tumores múltiples superficiales	RC
6	Multirrecidivado desde 2005 pT1 GII con tumores múltiples superficiales	RC
7	Multirrecidivado desde 2007 pT1 GII con tumores múltiples superficiales	RC
8	Cardiopata, ASA IV, tratamiento compasivo con siembra papilar	RP
9	Siembra herbácea, biopsia fría pTa GIII	RC
10	Siembra herbácea, biopsia fría pT1 GIII, diabética	RC
11	Multirrecidivado tras BCG desde 2009 con tumor mixto	RC
12	Tumor mixto de gran tamaño (ocupa más del 50% de la vejiga)	RP
13	Multirrecidivante tras BCG desde 2004 con tumores múltiples superficiales	RP
14	Siembra herbácea, biopsia fría pTa GIII	RC
15	Multirrecidivado desde 2005 pT1 GII con tumores múltiples superficiales	RP

táctil y dispone de varios automatismos que controlan tanto la temperatura como la presión, garantizando la seguridad del procedimiento sin necesidad de manipulación específica. Así, la temperatura intravesical se mantiene constante en 43 °C, con una oscilación máxima de 0,5 °C.

Hemos tratado 15 pacientes con TVNMI de alto riesgo de recidiva mediante 8 dosis semanales de quimiohipertermia endovesical con 80 mg MMC disueltos en 50 ml de suero fisiológico (dosis doble) a 43 °C durante 60 minutos.

Una o dos semanas después de la última dosis se realizó RTUV para evaluar el estado tumoral posquimiohipertermia. En caso de que no existiese tumor en el tejido resecaado (pT0), el paciente fue evaluado como respuesta completa (RC) y no se le administró tratamiento adyuvante alguno. Por el contrario, en el caso de que existiese una reducción tumoral >50%, se consideró como respuesta parcial (RP) y de no respuesta (NR) si dicha reducción fue menor del 50% de volumen. Las características basales del grupo y tras la RTUV se pueden ver en la tabla 1.

Los pacientes con RP o NR fueron tratados con 40 mg de MMC disueltos en 50 ml de suero fisiológico a temperatura ambiente (4 dosis semanales + 11 mensuales). Al final del tratamiento, los pacientes fueron intervenidos mediante una RTUV mapeo de control postratamiento para comprobar la ausencia de tumor.

Además de los pacientes incluidos en el estudio, hemos tratado otros 20 pacientes mediante quimiohipertermia adyuvante tras la RTUV con 40 mg MMC disueltos en 50 ml de suero fisiológico (dosis estándar) a 43 °C durante 60 minutos. En forma conjunta, hasta la fecha en el Hospital Comarcal de Monforte hemos realizado 378 instilaciones endovesicales en caliente. En los resultados descritos a continuación podemos ver la experiencia general desde el punto de vista del profesional de enfermería y el impacto en la carga asistencial y en el consumo de recursos de esta innovadora estrategia de tratamiento.

RESULTADOS

Eficacia antitumoral de la quimiohipertermia neoadyuvante

La respuesta oncológica de los 15 pacientes tratados en neoadyuvancia fue: 9 presentaron RC (60%) y los 6 restantes tuvieron RP (40%). Estos últimos recibieron tratamiento adyuvante mediante MMC en frío tras la RTUV (figura 3).

Tras dos años de seguimiento, un paciente con RP que había recibido además tratamiento adyuvante recidivó, otro se excluyó de seguimiento por ser un paciente de 98 años. El resto continúa libre de enfermedad tras 24 meses de seguimiento.

Tolerancia a la quimiohipertermia mediante recirculación

Después de 88 instilaciones en neoadyuvancia y otras 290 en adyuvancia, los efectos secundarios observados con quimiohipertermia son similares a los experimentados por los pacientes tratados con MMC a temperatura ambiente, habiendo completado todos los pacientes todas las instilaciones hipértmicas

Figura 3
Respuesta oncológica

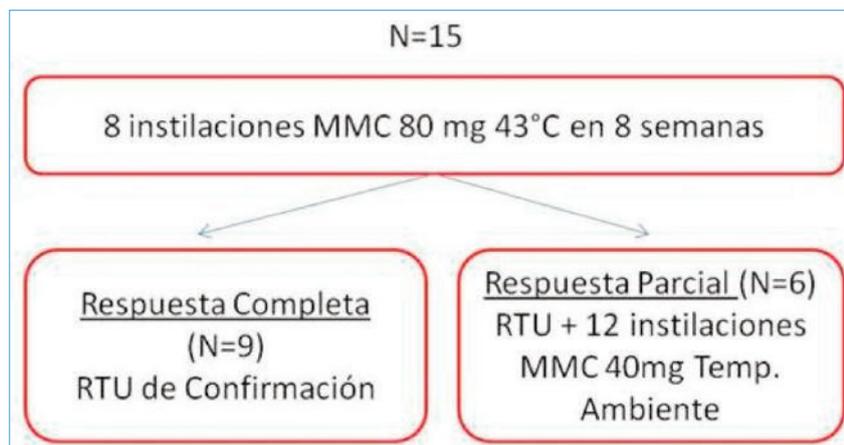


Tabla 2
Incidencia de efectos secundarios por dosis (N=378)

Efectos secundarios	Frecuencia CTC grado I (%)
Síntomas del tracto urinario inferior < 48 hs	27,42 [4,57 CTC grado II]
Dolor durante el tratamiento	10,28 [2,85 CTC grado II]
Espasmos de vejiga	8,28 [2,28 CTC grado II]
Malestar general < 48 hs	4,57
Hematuria macroscópica	2,28
Alergia [rash cutáneo]	0,57
Infección urinaria	1,42

Tabla 3
Incidencia de efectos secundarios por paciente (N=35)

Efectos secundarios	Frecuencia CTC grado I (%)
Síntomas del tracto urinario inferior < 48 hs	34,28 [8,57 CTC grado II]
Dolor durante el tratamiento	17,14 [5,7 CTC grado II]
Espasmos de vejiga	11,42% [2,8 CTC grado II]
Malestar general < 48 hs	8,57
Bladder capacity reduction	5,7
Hematuria macroscópica	5,7
Alergia [rash cutáneo]	5,7
Infección urinaria	5,7
Cistitis incrustante calcificada	5,7
Estenosis uretral	2,8

pautadas. Un caso se interrumpió por molestias durante una de las instilaciones y se reanudó la recirculación tras la administración de analgésico vía endovenosa.

Las molestias reportadas por los pacientes fueron leves o moderadas en casi todos los casos y normalmente asociadas al sondaje. La sensación de calor no fue causa de molestia y los efectos secundarios posteriores a la instilación son similares a los observados con el tra-

tamiento con MMC a temperatura ambiente. Un resumen de los efectos secundarios ocurridos a los 35 pacientes durante las 378 dosis administradas puede verse en las tablas 2 y 3.

Desde el servicio de enfermería, en colaboración con el especialista de urología, desarrollamos una herramienta informativa para el paciente. Así se le explicó al paciente en qué consiste el nuevo tratamiento para que se encuentre más seguro y evite los temores típi-

cos e implícitos a todo nuevo tratamiento.

Resultados en términos de utilización de recursos sanitarios

En el caso de la instilación de MMC a temperatura ambiente, mantenemos al paciente tumbado en la camilla, cambiando de postura cada 15 minutos (decúbito supino, prono, lateral derecha y lateral izquierda) para que la MMC, más densa que la orina, pueda entrar en contacto con todas las caras de la vejiga.

En el caso de la quimiohipertermia con MMC, el paciente permanece tumbado los 60 minutos, con lo que no se incrementa la duración del tratamiento (figura 4).

El tiempo adicional para la instilación hipertérmica comparado con la normotérmica es de 5 minutos, correspondiente con la puesta en marcha del equipo; pero una vez que se inicia la recirculación, la supervisión del tratamiento puede simultanearse con otras actividades. Para la retirada del fármaco y el sondaje se emplean otros 5 minutos, pero tiene la ventaja de poder eliminar el citostático de forma segura y controlada en una bolsa desechable en el contenedor de material biopeligroso en lugar de que el paciente orine en cualquier baño, como se hace en muchos centros hospitalarios.

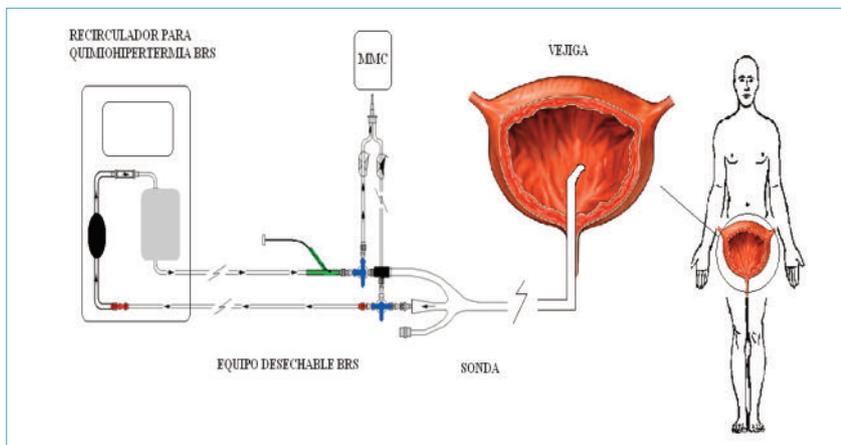
Es importante destacar que desde 2010 se realiza quimiohipertermia intravesical con MMC en el hospital de día de Monforte, de forma que se pueden simultanear estos tratamientos con los de otro tipo.

En definitiva, la incorporación de las instilaciones hipertérmicas en 1 de cada 3 pacientes a los que se les pauta MMC no ha representado un cambio demasiado significativo en los recursos empleados en el hospital de día.

DISCUSIÓN

La hipertermia oncológica es el tratamiento de procesos cancerígenos mediante la administración de energía térmica, de manera invasiva o no, para conseguir el calentamiento del tumor a temperaturas entre 41 y 44 °C con el

Figura 4
Esquema de tratamiento



mínimo calentamiento posible de los tejidos adyacentes.

Los estudios experimentales han demostrado que las células tumorales, tanto in vivo como in vitro, son más susceptibles al calor que el tejido normal, esta característica significativa ha despertado un gran interés en el tratamiento potencial solo o como adyuvante a la quimioterapia y la radioterapia (5).

Los tejidos menos vascularizados son más sensibles al calor, por su escasa capacidad de reducir dicho calor mediante la circulación constante de sangre a 37 °C. Esto hace que en tumores poco vascularizados la aplicación de terapias oncológicas basadas en la hipertermia presenten efectos muy beneficiosos sobre la destrucción tumoral.

Gracias al poder citotóxico del calor y a su efecto potenciador de la sensibilidad de las células cancerígenas a los agentes quimioterápicos, la hipertermia se está usando en oncología desde los años 70, como un agente sensibilizador de las células tumorales a los efectos de la radio y la quimioterapia.

En 1986, la Clínica Universitaria Großhadern de Múnich, bajo la dirección del profesor Rolf Issels, comenzó a aplicar la hipertermia combinada con quimioterapia sistémica en el tratamiento de distintos tumores.

Tras la realización de más de 5.000 tratamientos, y unos prometedores resultados, el equipo del profesor Issels obtuvo en 1991 el "Premio alemán a la lucha contra el cáncer" por esta labor pionera.

La vejiga urinaria es un órgano particularmente adecuado para la aplicación de la hipertermia local, su pared puede ser calentada por microondas o con una solución en caliente de un agente quimioterápico.

Observaciones clínicas iniciales han sugerido que el cáncer de vejiga responde bien a hipertermia local, sobre todo en combinación con otras modalidades de la terapia del cáncer como la quimio y la radioterapia.

La hipertermia aumenta la absorción del fármaco a nivel de la pared vesical, desnaturaliza proteínas esenciales de las células tumorales, promueve la apoptosis e inhibe la reparación del ADN en las células neoplásicas (3).

Cuando utilizamos la MMC a temperatura ambiente como tratamiento adyuvante para prevenir las recidivas tumorales, nos encontramos que después de 3 a 5 años de seguimiento apenas se consiguen reducciones del 15% en el número de recidivas frente a aquellos pacientes a los que solo se les practicó una RTUV y no se les dio tratamiento adyuvante endovesical (6).

Por el contrario, la quimiohipertermia con MMC basada en microondas ya ha demostrado reducciones del 59% en el número de recidivas frente a la MMC a temperatura ambiente (4). Sin embargo, esta tecnología es cara y se asocia con efectos secundarios más graves relacionados con la antena emisora de microondas introducida en la vejiga.

Gracias a este estudio, diseñado para evaluar la tolerancia y la eficacia de un nuevo dispositivo de quimiohiperter-

mia endovesical mediante recirculación de MMC a una temperatura de 43 °C +/- 0,5 °C, hemos podido comprobar que dicho sistema es seguro, con escaso número de efectos secundarios y con una elevada capacidad antitumoral.

CONCLUSIONES

El tratamiento neoadyuvante de los TVNMI de alto riesgo mediante quimiohipertermia con MMC a 43 °C durante 60 minutos tiene una elevada eficacia antitumoral (60% de RC) y es bien tolerado por los pacientes.

El sistema Combat BRS® constituye un sistema preciso y seguro para aplicar el tratamiento de quimiohipertermia endovesical, sin representar un cambio sustancial en la dinámica del servicio de Enfermería Urológica. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. G. Urrutia, C. Serra, X. Bonfill, et al. Incidencia del cáncer de vejiga urinaria en un área industrializada de España. Gac. Sanit. 16 (4): 2002.
2. EAU Guidelines on Non-muscle-invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: Update 2013. Marko Babjuk, Maximilian Burger, Richard Zigeuner, Shahrokh F. Shariat, Bas W.G. van Rhijn, Eva Compérat f, Richard J. Sylvester, Eero Kaasinen, Andreas Böhle, Joan Palou Redorta, Morgan Rouprêt.
3. The Health Economics of Bladder Cancer: A Comprehensive Review of the Published Literature. Marc F. Botteman, Chris L. Pashos, Alberto Redaelli, Benjamin Laskin and Robert Hauser.
4. Status of Clinical Hyperthermia. Olav Dahl, Ronny Dalene, Baard Christian Schem and Olav Mella. Acta Oncológica Vol. 38, nº 7, pp. 863-873, 1999.
5. The Role of a Combined Regimen With Intravesical Chemotherapy and Hyperthermia in the Management of Non-muscle-invasive Bladder Cancer: A Systematic Review Rianne. J.M. Lammers, J. Alfred Witjes, Brant A. Inman, Ilan Leibovitch, Menachem Laufer, Ofer Nativ, Renzo Colombo.

MIGUEL ROMEO, C.¹; SAGARDOY MUNIESA, L.²¹ DUE Hospital Universitario Miguel Servet² DUE Hospital Rojo Villanova

Nefrectomía transvaginal híbrida por cáncer renal

RESUMEN

La cirugía NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) es una modalidad quirúrgica que utiliza las vísceras huecas para acceder a la cavidad peritoneal, evitando así incisiones en la piel. Si combinamos este tipo de cirugía con la laparoscopia convencional, obtenemos una técnica híbrida que nos permitirá abordar órganos grandes, como el riñón, disminuyendo al máximo las incisiones cutáneas.

Palabras clave: Nefrectomía radical, NOTES híbrida, transvaginal, cirugía mínimamente invasiva.

SUMMARY

NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) is a surgical modality that uses empty organs as an access to the peritoneal cavity, avoiding skin incisions. If we combine this surgery with the classical laparoscopic approach, a new hybrid technique is obtained. This approach will permit us to work on wide operating fields with large organs, as the kidney, minimizing skin incisions.

Keywords: Radical nephrectomy, Hybrid NOTES, Transvaginal, Minimally invasive surgery.

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía laparoscópica transvaginal-NOTES (cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales) representa una alternativa eficaz para el tratamiento de mujeres con cáncer renal.

Desde 1993, la vagina había sido descrita en nefrectomías, fundamentalmente para la extracción de la pieza operatoria por Breda (1); e incluso antes de la denominación del abordaje NOTES, Gettman en 2002 exploró la posibilidad de hacer nefrectomías porcinas solamente a través de la vagina, siendo exitoso el procedimiento en uno de seis casos (2), y en el mismo año Gill realiza un abordaje y disección laparoscópicos con tres trocares finalizando la extracción por vía vaginal en humanos (3). Posteriormente, en el año 2008, Branco et al. (4) describen una nefrectomía transvaginal híbrida con el uso de dos puertos abdominales en una paciente con riñón no funcionante.

Este tipo de nefrectomía está indicado en pacientes con tumores renales en estadio T1b y T2, que tienen una vía vaginal sin alteraciones, atrofia o problemas de distensión.

Una de las limitaciones para esta opción terapéutica es la obesidad, ya que estas pacientes suelen tener un alto porcentaje de grasa perirrenal, además de que la pelvis suele ser estrecha. Cuando la pieza de

Figura 1



Imagen cedida por el doctor J. Rioja Zuazu [Hospital Miguel Servet, Zaragoza].

nefrectomía supera los 600 g la intervención suele ser muy laboriosa, lo que eleva el riesgo de posibles complicaciones.

La incidencia del cáncer renal es superior en mujeres; por ello, la vía transvaginal cobra una especial importancia para el abordaje de esta patología.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Nefrectomía vaginal por tumor renal derecho

Bajo anestesia general, la paciente se

coloca en decúbito lateral izquierdo y las piernas en posición de litotomía moderada para permitir el acceso vaginal (figura 1).

El neumoperitoneo se consigue a través de un trocar de 12 mm colocado en flanco derecho a unos 4 cm del ombligo. La presión intraabdominal se mantiene en todo momento a 12 mm Hg. Se introduce en la cavidad peritoneal una óptica de laparoscopia convencional de 0° y bajo visión directa se coloca un puerto adicional en flanco derecho de 5 mm. Mediante una pinza se procede a la retracción del útero y exposición del

Figura 2



Imagen cedida por el doctor J. Rioja Zuazu (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Figura 3

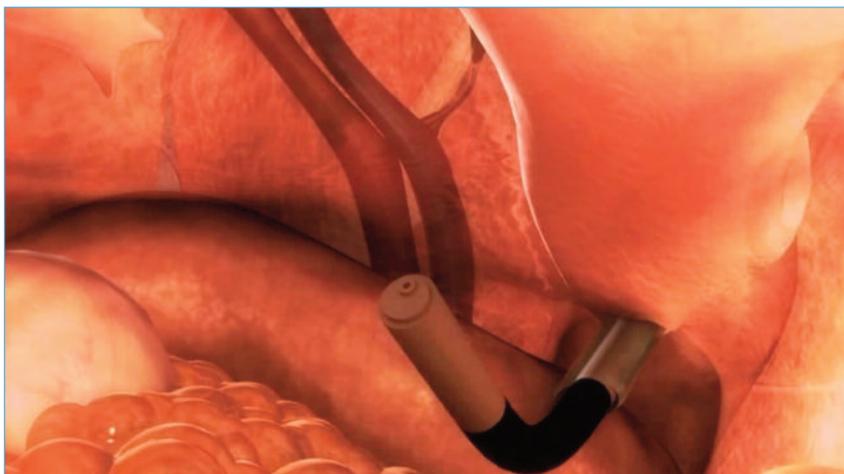


Imagen cedida por el doctor J. Rioja Zuazu (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Figura 4



Imagen cedida por el doctor J. Rioja Zuazu (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Este tipo de nefrectomía está indicado en pacientes con tumores renales en estadio T1b y T2, que tienen una vía vaginal sin alteraciones, atrofia o problemas de distensión

fondo de saco vaginal. Bajo visión directa se coloca un trocador especial de cirugía bariátrica de 12 mm a través de la vagina, perforando el fondo de saco vaginal (figura 2).

Se retira la óptica convencional y a través del trocador vaginal se introduce una óptica de 0° con extremo flexible, que es la que se utiliza para el resto de la cirugía (figura 3).

Se inicia la cirugía con la incisión en la línea de Toldt y se moviliza el colon derecho hasta identificar el músculo psoas. Se identifica y disecciona el uréter derecho mediante ligasure. Se alcanza el hilio renal tras liberación del polo inferior del riñón derecho, la arteria se disecciona y liga mediante clips tipo hemo-o-lock, realizándose el mismo procedimiento con la vena renal derecha (figura 4).

Se libera la parte posterior del riñón y el polo superior preservando la glándula suprarrenal. Se embolsa la pieza de nefrectomía radical derecha a través de endobag introducido por el trocador abdominal (figura 5) y se procede a la exteriorización del espécimen quirúrgico a través de la vagina (figura 6). La colpotomía se sutura con puntos sueltos de Vycril 2/0.

CONCLUSIONES

La nefrectomía por vía vaginal aprovecha el canal del parto mediante una incisión que no es visible en la parte interna de la vagina para extraer el tumor. Permite que la paciente operada tenga un postoperatorio corto y con poco dolor (ya que la vagina posee menos terminaciones nerviosas que la piel), además evitando una herida visible de aproximadamente 7-8 cm en abdomen que se utiliza en la laparoscopia convencional para

Figura 5

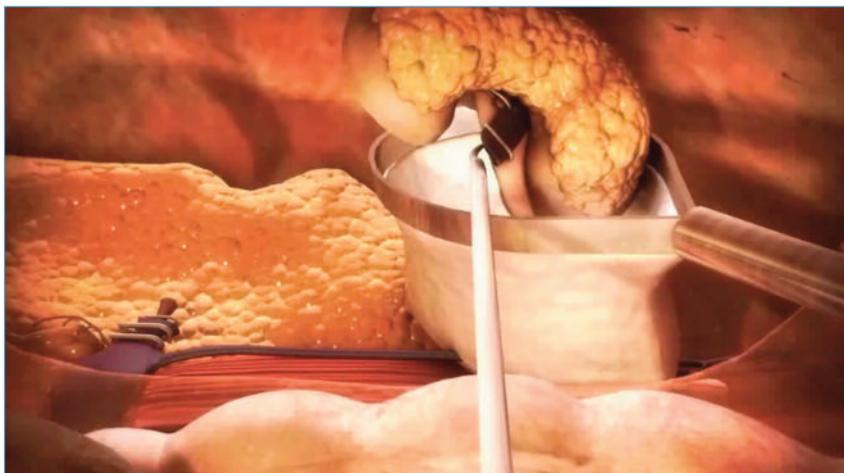


Imagen cedida por el doctor J. Rioja Zuazu (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Figura 6

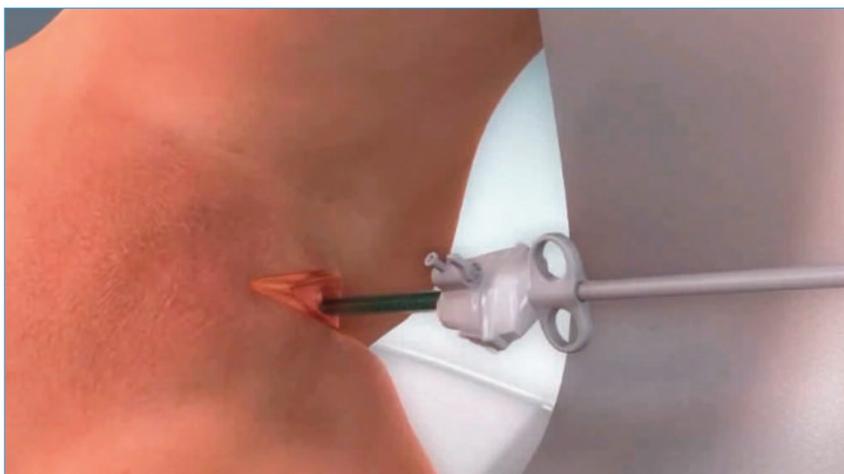


Imagen cedida por el doctor J. Rioja Zuazu (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

la extracción de la pieza, minimizando el impacto estético, ya que la cicatriz es interna. Además de disminuir la estancia hospitalaria posquirúrgica, menos uso de analgésicos y una incorporación a la vida normal más rápida.

La nefrectomía con extracción vaginal es una técnica quirúrgica reproducible, siendo una opción válida en pacientes

mujeres en las que se debe extirpar un riñón y, si la indicación es correcta, la técnica no tiene que afectar la funcionalidad de la vagina. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Breda, G; Silvestre, P; Guinuta, A;

La nefrectomía por vía vaginal aprovecha el canal del parto mediante una incisión que no es visible en la parte interna de la vagina para extraer el tumor. Permite que la paciente operada tenga un postoperatorio corto y con poco dolor

Xausa, D; Tamai, A; Gherardi, L. Laparoscopic nephrectomy with vaginal delivery of the intact kidney. *Eur Urol* 1993; 24 (1): 116-117.

2. Gettman, MT; Lotan, Y; Napper, CA; Cadeddu, JA. Transvaginal laparoscopic nephrectomy: development and feasibility in the porcine model. *Urology* 2002; 59 (3): 446-450.

3. Gill, IS; Cherullo, EE; Meraney, AM; Borsuk, F; Murphy, DP; Falcone, T. Vaginal extraction of the intact specimen following laparoscopic radical nephrectomy. *J Urol* 2002; 167 (1): 238-241.

4. Branco, A; Branco Filho, A; Kondo, W. Hybrid Transvaginal Nephrectomy. *Eur Urol* 2008; 53: 1290-1294.

5. Castillo, O; Vidal-Mora, I; Campos, R; Fonerón, A; Feria-Flores, M; Gómez, R; Sepúlveda, F. Nefrectomía laparoscópica simple con asistencia de NOTES transvaginal y uso de instrumentos laparoscópicos estándar. *Actas Urol Esp* 2009; 33 (7): 767-770.

6. Alcaraz, A; Peri, L; Molina, A; Goicoechea, I; García, E; Izquierdo, L; Ribal, MJ. Feability of Transvaginal NOTES-Assisted Laparoscopic Nephrectomy. *Eur Urol* 2010; 57 (2): 233-237.

DIANA MARÍA CASTELBLANCO

Enfermera especialista, Clínicas Urológicas, Fundación Santa Fe de Bogotá. diana.castelblanco@fsfb.org.co

Modelo de atención de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a procedimientos urológicos ambulatorios y quirúrgicos en una clínica especializada de Urología de alta complejidad

Seguridad clínica y educación al paciente

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la experiencia de la aplicación de un modelo de atención de enfermería en Urología basado en la educación al paciente y seguridad clínica en una unidad urológica de alta complejidad. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos una búsqueda de literatura internacional sobre programas de educación al paciente y su familia realizada por enfermeras de Urología y el reporte de los resultados obtenidos de los indicadores de gestión mensual de nuestra unidad desde enero de 2009 hasta agosto de 2013. **RESULTADOS:** Reportamos la experiencia basada en procesos de seguridad clínica y educación al paciente, en la cual incluimos cuatro indicadores de gestión: Indicador 1: Seguimiento personal o telefónico a pacientes posterior a procedimientos menores ambulatorios (PMA) con una muestra de 4.199 PMA realizados sobre 3.559 seguimientos (85%), Indicador 2: Complicaciones presentadas posteriormente a la realización de PMA N=5.026 PMA / 90 complicaciones (1,9%). Indicador 3: Bacteriemias presentadas posteriormente a biopsia de próstata N=1.520 / 37 bacteriemias presentadas (2,4%). Indicador 4: Total de pacientes educados N=4.011 / 4.259 pacientes atendidos (94%). **CONCLUSIÓN:** La estandarización del proceso de atención y educación al paciente y su familia es una herramienta de trabajo que protocoliza las actuaciones del personal de enfermería en nuestro servicio, y corresponde a la necesidad sentida de nuestros pacientes. Nuestros indicadores son el fiel reflejo de cómo minimizan los eventos adversos y complicaciones en las atenciones de salud en Urología.

Palabras clave: Programas de educación al paciente por enfermeras, atención de Enfermería en Urología, educación al paciente, seguridad del paciente.

SUMMARY

OBJECTIVE: To describe our experience in the application of a Nurse's patient care model in urology based on the patient's education and security in a high complexity urologic unit. **MATERIALS AND METHODS:** We searched the international literature on education programs for the patient and their families done by the nurses from the urological department and the results from the monthly indicators of our unit, from January 2009 to August 2013. **RESULTS:** We reported the experience based on clinical security processes and patient education in which we included four management indicators: 1) Personal or telephonic follow up after minor ambulatory procedures (MAP), with a total of 3559 follow up (85%) done on 4199 MAP. 2) Complications after MAP, 90 (1.9%) of 5026 MAP. 3) Post prostate biopsy sepsis 37 (2.4%) of 1520 prostate biopsies. 4) Total educated patients 4011 (94%) of 4259 patients. **CONCLUSION:** The standardization of the patient and family care and education processes is a working tool that protocolizes personnel actions in our unit and fulfills our patient needs. Our results show how adverse events and complications are minimized in urological health care.

Keywords: Nurse's patient education programs, nurse care in Urology, patient education, patient security.

INTRODUCCIÓN

Un centro especializado en el manejo de las patologías urinarias permite al paciente y su familia un diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados. Sin embargo, los cuidados de enfermeras profesionales y especializadas en el área de urología permiten que el proceso de atención al paciente arroje mejores resultados, ya que lo involucra en actividades tendientes al autocuidado. Por tal razón este artículo busca ser referencia para otros centros nacionales e internacionales que manejan este tipo de pacientes, centrando la atención en un modelo de seguridad clínica y de educación al paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de literatura a nivel global sobre programas de educación al paciente y su familia realizados por enfermeras de Urología en *Pub Med*, *Medline*, *Lilacs* y revistas de asociaciones de enfermeras en Urología. Posteriormente se realiza una descripción del modelo de atención de Enfermería en Urología basado en educación al paciente y en seguridad clínica en una unidad de Urología de alta complejidad. Se describen los resultados obtenidos de los indicadores de gestión mensual de nuestra unidad desde enero de 2009 hasta agosto de 2013, como el indicador de seguimiento y vigilancia a com-

plicaciones posteriores a procedimientos menores ambulatorios; complicaciones presentadas posteriormente a procedimientos menores ambulatorios, bacteremias presentadas posteriormente a biopsia de próstata y el indicador de educación al paciente y su familia.

DISCUSIÓN

El papel protagónico del profesional de enfermería exige poseer una actitud y aptitud efectivas como producto de conocimientos, destrezas, habilidades y principios éticos; elementos que contribuirán a una atención precisa y oportuna.

tuna dirigida a las necesidades reales de pacientes con patologías urológicas. Del mismo modo es importante resaltar que a estos elementos se le suma un proceso de educación y seguridad al paciente que le permita involucrarse como estrategia principal de autocuidado y recuperación.

La educación al paciente y su familia ayuda a los pacientes a participar mejor en su autocuidado así como a participar en las decisiones que se tomen sobre su atención, es lo expresado por la enfermera L. Luengas en una institución hospitalaria de alta complejidad en Colombia. Hoy por hoy se entiende y se acepta que, así como la atención de la salud se debe brindar en todos los lugares, la educación no debe ser ajena a los centros hospitalarios; infortunadamente este es un tema que no ha sido de gran desarrollo en nuestro medio y las experiencias se limitan a pocos centros (1). Estas experiencias, en su intento de dar lugar a esta pedagogía, se unen al concepto integral de la educación, el cual no es solamente la transmisión de conceptos, saberes, conocimientos al paciente en los procesos de atención de su enfermedad y hospitalización, sino influir de manera personalizada en sus necesidades, entendidas no tanto como realizar acciones con cada individuo, como podría pensarse, sino que para ellos se acerca más a la concepción de autonomía y autocuidado en cada sujeto (2).

Las enfermeras tienen un papel crucial en la educación del paciente, pero a menudo evidencian la falta de conocimiento de ellos en este proceso. Globalmente se describen diversos programas de educación dirigidos al paciente, la mayoría de estos americanos, europeos y asiáticos. Siendo pocas las descripciones en Latinoamérica.

Estos programas de educación al paciente y su familia por enfermeras se centran en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad enfocados a pacientes hipertensos, diabéticos, con enfermedad coronaria, niños con cáncer en su mayoría; siendo muy poca la evidencia de estos programas en pacientes con afecciones urológicas.

En Suramérica, los estudios de programas de educación al paciente y su familia destacan la actitud de la enfermera

Hoy por hoy se entiende y se acepta que, así como la atención de la salud se debe brindar en todos los lugares, la educación no debe ser ajena a los centros hospitalarios

frente a la atención al paciente para la reducción de la ansiedad de estos sujetos en el preoperatorio, por lo que se sugieren el desarrollo de programas de educación permanente en salud a los pacientes en el pre y postoperatorio (3). Sin embargo existen dificultades en este proceso para que las enfermeras eduquen a sus pacientes, identificando barreras como falta de tiempo disponible para educarlos, falta de personal de enfermería, condiciones psicológicas no aptas de los pacientes durante su atención y material educativo existente poco didáctico (4). Las soluciones planteadas abarcan desde la creación de un rol educativo exclusivo de una enfermera en el servicio hasta la estandarización y optimización del programa de educación existente en las diferentes unidades de atención, objetivo principal de nuestro modelo de atención.

En un estudio finlandés, las enfermeras describen que la gestión exitosa de los programas de educación al paciente deben ser parte de la práctica diaria, para así lograr un empoderamiento en los pacientes acerca del cumplimiento de múltiples objetivos propuestos y planeados para su tratamiento y recuperación (5). Por otra parte, enfermeras iraníes reportan en sus programas de educación que uno de los problemas más frecuentes durante o después de cirugías relacionadas con el cáncer es el dolor; para el alivio de este en el postoperatorio existen diferentes intervenciones no farmacológicas, como la comunicación enfermera-paciente, apoyo psicológico, educación preoperatoria y la consulta de enfermería; estrategias usadas para reducir el dolor postoperatorio; ellas lo sustentan en su estudio que tuvo por objetivo la implementación de un programa de cuidados que consistió en brindar educación sobre el manejo del dolor, del cual concluyen que un progra-

ma educativo en el manejo del dolor a través de la consulta de enfermería, educación y evaluación tiene un efecto clínico positivo en el paciente sobre la reducción en la intensidad del dolor después de la cirugía del cáncer (6). En Francia, las enfermeras evalúan las necesidades y expectativas de los pacientes antes de iniciar un programa de educación, realizan un estudio cualitativo mediante entrevistas a 351 pacientes para identificar sus necesidades de educación; del total de la población solo el 29% afirmó haber hablado con las enfermeras después de la consulta médica y de este total, el 83% estaba satisfecho con la consulta de enfermería, ya que estas profesionales explicaron todo en cuanto a su tratamiento y recuperación. Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de mejorar la capacidad del paciente para expresar sus necesidades y que, además de la implementación de un programa de educación, se incluyan programas de apoyo psicosocial (7).

Otros estudios describen que los programas educativos para pacientes supervisados por personal no médico se están volviendo cada vez más populares, pero la comparación de su efecto sobre el resultado con el de la enseñanza médica es limitada, sin embargo son los mismos médicos quienes afirman que el éxito de la recuperación de sus pacientes los impulsa a continuar con esta forma de educación al paciente (8). Adicionalmente, las acciones de enfermería en este proceso permiten minimizar complicaciones prevenibles y evitar reingresos hospitalarios (9).

Existen otros estudios que muestran resultados estadísticamente no significativos al comparar pacientes que recibieron educación por enfermería antes de intervenciones quirúrgicas contra los que no recibieron educación; es el caso de un centro que capacitó a una enfermera para que su intervención educativa fuera la de proporcionar información en el alta del paciente. Analizaron dos grupos, el primero recibió atención estándar, que incluyó una breve entrevista con carta de alta de los pacientes dictada por la enfermera. El grupo de intervención recibió la intervención educativa, es decir, una entrevista en la cual se usó una lista de verificación para educar a los pacientes sobre información general, cuidado de heridas, problemas fisi-

co-sociales. Los resultados mostraron que los pacientes necesitan información acerca de: enfermedad, tratamiento, efectos secundarios, actividad física, el impacto en el funcionamiento, la duración del tiempo de recuperación y el impacto en la calidad de vida. La intervención educativa no tuvo un efecto significativo sobre las necesidades de información o el nivel de satisfacción con la información recibida por parte de enfermería (10).

Por su parte, la clínica de próstata del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá -Colombia (HUFSEB) ha implementado un programa de educación sustentado en la atención de necesidades reales y particulares que contribuyen a la recuperación y la prevención de complicaciones durante su estancia en el hospital y posteriormente en su hogar, potenciando los conocimientos del paciente y su familia en cuanto a su enfermedad, proceso de recuperación y rehabilitación, facilitándole su adaptación al medio ambiente y a la vida familiar (11).

Paralelo al proceso de educación al paciente y su familia vemos cómo la seguridad del paciente juega un papel prioritario en el proceso de atención.

La seguridad del paciente es considerada en la actualidad una prioridad en la atención de los pacientes, pero la obtención de resultados satisfactorios es cada vez más compleja, toda vez que el proceso de atención entraña múltiples riesgos potenciales y no existe hasta el momento un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que intervienen múltiples factores inherentes a la actuación humana. A su vez, la "seguridad del paciente" es el elemento que permite inferir la calidad de los servicios de salud prestados cuando se evalúa una institución de salud en cualquier lugar del mundo, así se ignore su contexto económico, social, cultural y la normatividad local vigente.

Iniciativas como la asociación *High 5s Action on Patient Safety* de la OMS (12) definen cinco líneas específicas de acción:

1. Prevención de errores en el traslado de pacientes.
2. Prevención de errores en cirugía; para que se lleve a cabo en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en la persona correcta.

Figura 1

Alianza con los pacientes para mejorar su seguridad



La seguridad del paciente es considerada en la actualidad una prioridad en la atención de los pacientes, pero la obtención de resultados satisfactorios es cada vez más compleja, toda vez que el proceso de atención entraña múltiples riesgos potenciales

3. Prevención de errores en el manejo de los medicamentos.
4. Prevención de errores en el manejo de medicamentos de alta concentración.
5. Promoción de prácticas eficaces para la higiene de manos.

Estas líneas de acción fueron identificadas en trabajo colaborativo entre la *Joint Commission*, *Joint Commission International*, *World Alliance for Patient Safety* y la *Commonwealth Fund* de la OMS (12).

La implementación y el seguimiento de estrategias de seguridad en la actuación de los profesionales de la salud involucran a los pacientes y cuidadores como garantes de su seguridad durante la atención, lo cual trae como resultado final la prestación de servicios asistenciales seguros. Las alianzas exitosas con los pacientes para reducir los errores y mejorar la seguridad solo pueden ocurrir en los lugares donde se valora la participación de paciente (figura 1).

Enfocar el cuidado diario de Enfermería en Urología en estas líneas a través de estrategias múltiples y procesos de innovación que incorpore la educación y la seguridad clínica asegurará un camino hacia la búsqueda de la prestación de un servicio asistencial de urología con calidad y seguridad.

En nuestro medio existen diferentes programas encaminados a la seguridad clínica, ejemplo cómo describe una unidad de Urología en España, que trabaja en un marco de seguridad que consta de once variables, muy similar a como lo describimos en nuestra institución (13).

1. Prevención de caídas.
2. Úlceras por presión.
3. Seguridad del medicamento.
4. Revisión del carro de paros.
5. Identificación de los pacientes.
6. Cirugía en el lugar erróneo.
7. Cumplimentación correcta de la documentación clínica.
8. Continuidad asistencial.

9. Prevención de la infección.
10. Calibrado de los aparatos y disponibilidad de material sanitario.
11. Correcta clasificación de los residuos.

RESULTADOS

Nuestra experiencia se basa en un programa de educación al paciente y su familia, y atención de salud con procesos basados en la seguridad clínica, en el cual se incluye el proceso de enfermería en tres fases: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria.

Fase preoperatoria y/o procedimiento menor ambulatorio (PRE-PMA)

La fase preoperatoria está dividida en dos partes, la primera es netamente educativa, en la cual, posterior a la consulta médica urológica, los pacientes son programados para procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas, quienes pasan a la consulta de Enfermería Profesional en Urología, la cual es enfocada a información básica institucional teniendo en cuenta cinco aspectos claves, que comprende:

1. Deberes y derechos de pacientes y familia (14).
2. Medidas de seguridad (14).
3. Disposición de desechos (14).
4. Evacuación ante una emergencia (14).
5. Lavado de manos (estrategia número 1 para la prevención de infecciones cruzadas) (14).

Y temas relacionados directamente con su motivo de consulta, sobre los cuales se brinda educación en salud al paciente y su familia como:

1. La patología.
2. Tratamiento.
3. Plan de atención.
4. Identificación de factores de riesgo.
5. Hábitos saludables.
6. Preparación para su autocuidado.
7. Cuidados en casa.
8. Uso seguro y efectivo de todos los medicamentos, sus potenciales efectos secundarios y la prevención de interacciones potenciales entre medicación o entre alimentos y medicación.

9. Uso seguro y efectivo del equipamiento médico.
10. La dieta y la nutrición adecuadas.
11. Manejo del dolor.
12. Técnicas de rehabilitación.

Posteriormente se aplica una lista de verificación acerca de las recomendaciones para la preparación para el procedimiento, que incluye su programación (Anexo 1).

Al finalizar la consulta de enfermería se evalúa la capacidad de entendimiento del paciente acerca de la educación recibida, con el fin de asegurar la comprensión de la información y de la educación brindada mediante preguntas como: ¿Me puede repetir cómo es la preparación para su cirugía? ¿Qué exámenes debe traer ese día? ¿Recuérdeme algunos cuidados básicos en el postoperatorio?, de este modo creamos un compromiso en el paciente con su salud. En la valoración inicial de enfermería incluimos cuestionarios para la evaluación médica según sea el caso, como:

- a) IPSS (15) International Prostate Symptom Score. I-PSS.
- b) Shim (16) International Index of Erectile Function.
- c) I-CIQ (17) International Consultation on Incontinence modular Questionnaire.

La segunda parte en la fase preoperatoria se encamina al día de la intervención, en la cual enfermería retroalimenta al paciente y su familia sobre el procedimiento, pero este es enfocado hacia la seguridad del paciente durante la intervención.

Fase intraoperatoria e intraprocedimiento menor ambulatorio (PRE-PMA)

La evaluación de enfermería en esta fase sucede posterior a la educación y entendimiento del paciente en el post PMA o intervención quirúrgica, y se enfoca a la seguridad clínica y hacia el compromiso del paciente en este aspecto, en el cual incluimos:

1. Identificación del paciente con nombres y apellidos completos y número de identificación (colocación de una manilla y verificación de datos).
2. Valoración riesgo de caídas (Anexo 2) (18).

3. Lista de chequeo previo a procedimientos (Anexo 3).
4. Monitoría de constantes vitales.
5. Lista de chequeo preprocedimiento con el paciente despierto (Anexo 4).
6. Pausa de seguridad consentimiento informado.
7. Alistamiento de la sala.
8. Preparación del paciente (incluye administración de medicamentos antibióticos, analgésicos, limpieza y desinfección de la piel a intervenir).
9. Asistencia al especialista en los PMA.
10. Procesos de desinfección de alto nivel del instrumental de cistoscopia. Entendido con procedimiento menor ambulatorio (PMA) procedimientos como: cistoscopia transuretral, dilatación uretral, biopsias de próstata, urodinamia, vasectomía, plastia de frenillo, inyección de toxina botulínica, fulguración y resección de lesiones en el pene y escroto, fulguración de lesiones vesicales. Y procedimientos quirúrgicos como cirugías complejas en próstata como la prostatectomía radical más linfadenectomía pélvica, adenomectomía pélvica, y RTUP, green light, cirugías endourológicas, cirugías en vejiga y riñón (estas últimas realizadas en quirófano).

Fase postoperatoria y posprocedimiento menor ambulatorio (PRE-PMA)

La participación de Enfermería en esta fase incluye:

I. Proceso de recuperación inmediato en PMA

- a) Plan de educación y cuidado de enfermería en paciente ambulatorio (Anexo 5).
- b) El paciente es trasladado a la sala de observación, donde permanecerá hasta ser revertidos los efectos de la anestesia local, vigilar sangrado y control del dolor (1 hora aproximadamente).

II. Proceso de recuperación en intervenciones quirúrgicas complejas

- a) El paciente será trasladado a un servicio de hospitalización y suele permanecer de 2 a 4 días en promedio si su estado lo permite.
- b) La sonda vesical se retirará de acuerdo a la indicación médica,

puede ser antes del alta hospitalaria o a los 10 días posteriores a la intervención.

- c) La enfermera de Urología realiza en estos pacientes rondas de enfermería urológica dos veces por día en los servicios de hospitalización, verificando el compromiso de los pacientes en su autocuidado con respecto a la educación impartida en la consulta de Enfermería que incluyó cuidados con la sonda uretral, dieta, función intestinal, actividad y ejercicio y el uso del insentivo respiratorio, de igual modo retroalimenta al paciente y a su familia en estas actividades, anticipando los cuidados en casa, para generar un alta en el paciente libre de complicaciones y un paciente experto en su autocuidado.

A todos los pacientes posterior a PMA y posterior a intervenciones quirúrgicas complejas en próstata (vistos en la consulta de Enfermería) se les realiza un seguimiento posterior con el fin de detectar complicaciones tempranas.

Los siguientes resultados (indicadores 1, 2 y 3) corresponden a cuatro indicadores de gestión en el servicio.

El indicador de educación al paciente y su familia (indicador 4) se construye del total de pacientes atendidos sobre el total de pacientes que recibieron educación.

CONCLUSIÓN

La estandarización del proceso de atención y educación al paciente y su familia es una herramienta de trabajo que protocoliza las actuaciones del personal de Enfermería en nuestro servicio, y corresponde a la necesidad sentida de nuestros pacientes. Nuestros indicadores son el fiel reflejo de cómo minimizan los eventos y complicaciones en las atenciones de salud en Urología.

Un programa estructurado de educación al paciente y su familia permite realizar con seguridad las actuaciones de enfermería, permitiéndole adquirir los conocimientos, aptitudes y habilidades necesarios para dar unos cuidados durante todo el proceso de atención en salud de gran calidad. ▼

Figura 2
Indicador 1. Seguimiento telefónico y/o personal a pacientes posterior a procedimientos menores ambulatorios (PMA) en las clínicas urológicas del HUFSSB

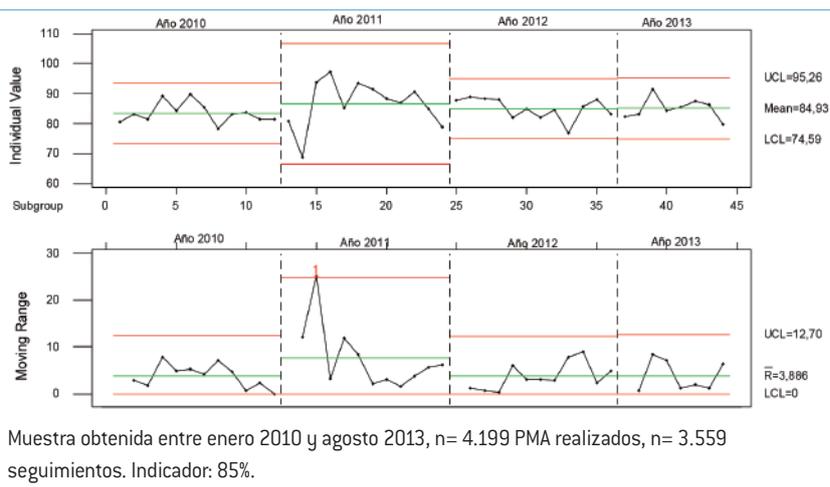
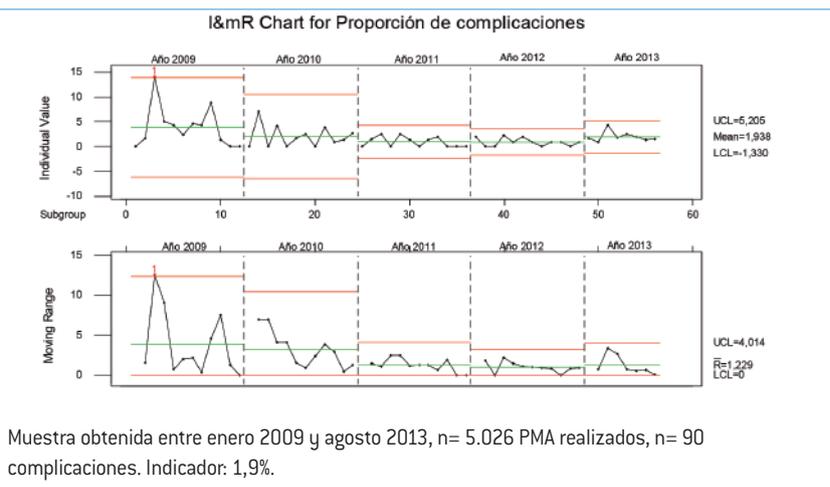


Figura 3
Indicador 2. Proporción de complicaciones posteriores a procedimientos menores ambulatorios (PMA) en las clínicas urológicas del HUFSSB

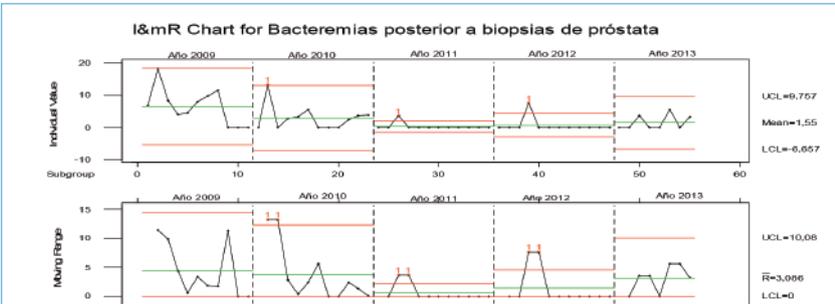


BIBLIOGRAFÍA

1. Luengas, L. Proceso de educación al paciente y su familia: Actualizaciones de Enfermería. Volumen 12. Nº 3. Septiembre de 2009.
2. González-Simancas, JI; Polaino, A. La pedagogía hospitalaria en la actualidad. Actividad educativa en ambientes clínicos. Madrid. Narcea. 1991.
3. Oscco-Torres, Olinda; Bendezú-Sarcines, Carmen E; Escajadillo-Lagos, Natividad. Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en un hospital público de Pisco, Perú 2010 / Nurse attitude adopted during the care and the patient anxiety level in the preoperative in a public hospital of Pisco, Peru 2010. *Rev. m d. panacea*; 1(3): 85-88, sept.-dic. 2011. graf LILACS | ID: 645882.
4. Valero Jeldres, Rodrigo. Educación, un desafío para enfermería en la Unidad Coronaria / Education, a challenge for nursing at the Coronary Care Unit. Santiago de Chile; s.n.; 1998. 45 p. *ilus, tab*. LILACS | ID: 261188.

Figura 4

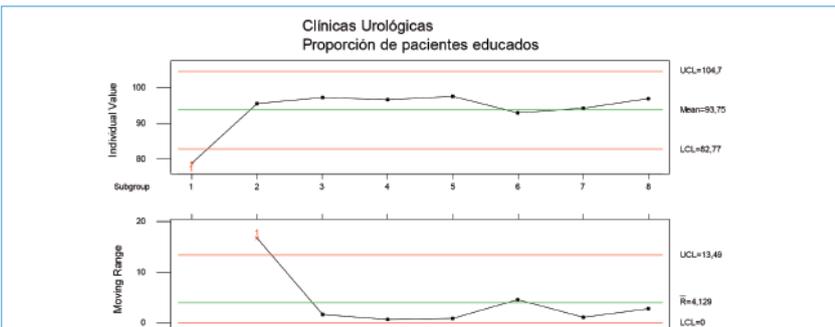
Indicador 3. Bacteremias presentadas posteriores a realización de biopsia de próstata en las clínicas urológicas del HUFSEB



Muestra obtenida entre enero 2009 y agosto 2013, n= 1.520 biopsias de próstata realizadas, n= 37 bacteremias presentadas. Indicador: 2,4%.

Figura 5

Indicador 4. Educación al paciente y su familia en los procesos de atención en salud en las clínicas urológicas del HUFSEB



Muestra obtenida entre enero 2013 y agosto 2013, n= 4.011 pacientes educados, n= 4.259 pacientes atendidos en consulta de Urología y PMA. Indicador: 94,1%.

- Kelo, M; Eriksson, E; Eriksson, I. Pilot educational program to enhance empowering patient education of school-age children with diabetes. *J Diabetes Metab Disord.* 2013 May 6;12 (1):16. doi: 10.1186/2251-6581-12-16.
- Bahrami, M; Dehgani, S; Eghbali, M; Daryabeigi, R. The effect of a care program on pain intensity of cancer patients who underwent surgery and hospitalized in Sayyed-Al-Shohada Hospital of Isfahan University of Medical Sciences in 2011. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012 Sep;17 (6): 408-13.
- Bouzillé, G; Brunet, C; Fialaire, P; Lemonnier, R; Gagnayre, R; Fanello S. The needs and expectations of HIV patients before starting a therapeutic patient education program]. *Departement Universitaire Sante Publique, Angers, France.*

- Longstreth, GF; O'Brien, PM; Wolochow, DA. Nurse-supervised education of patients with symptomatic gastroesophageal reflux. *J Clin Gastroenterol.* 1980 Dec; 2(4): 329-32.
- Hari, M; Rosenzweig, M. Incidence of preventable postoperative readmissions following pancreaticoduodenectomy: implications for patient education. *Oncol Nurs Forum.* 2012 Jul; 39 (4): 408-12. doi: 10.1188/12.ONF.408-412.
- Van der Meulen, IC; De Leeuw, JR; Gamel, CJ; Hafsteinsdóttir, TB. Educational intervention for patients with head and neck cancer in the discharge phase. *Eur J Oncol Nurs.*

2013 Apr; 17(2): 220-7. doi: 0.1016/j. ejon. 2012.05.007. Epub 2012 Aug.

- Castelblanco, HD. Cuidados de Enfermería en la atención postoperatoria de la prostatectomía radical más linfadenectomía pélvica en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá: Actualizaciones de Enfermería. Volumen 14. N° 1. Marzo de 2011.
- Donaldson, L.WHO. Envoy for Patient Safety. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/index.html>. Consultado en: junio de 2011.
- Raquel Jencia Llasat; M^a Teresa Peig Martí; Jessica Moreno Gallego; Inmaculada Menasanch Martí; Sandra Anento Nolla; Lluïsa Brull Gisbert; M^a Teresa Escoda Pellisa. Programa de seguridad en nuestra unidad. *Asociación Española de Enfermería en Urología*, núm. 111. julio/agosto/septiembre 2009. Págs. 5-7.
- Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Gestor Documental. www.fsfb.org.co/ Derechos y deberes (APY-POL-010), Seguridad del paciente (APY-POL-021), Ambiente físico seguro (APY-POL-024), Ambiente físico seguro (APY-POL-024), Estándar operacional higienización de manos (HOS-EPI-E01-001).
- International Prostate Symptom Score. I-PSS. PubMed health.
- Rosen, RC; Riley, A; Wagner, G; Osterich, IH; Kirkpatrick, J; Mishra, A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822-30. Cuestionario salud sexual masculina.
- I-CiQ-UI Short Form. International Consultation on Incontinence modular Questionnaire.
- Martha Cecilia Mora Lozano; Bertha Inés Ramírez. Optimización de las medidas de prevención de caídas durante la hospitalización del paciente: julio de 2006. *Actualizaciones de Enfermería.* 2006; 9 (3): 18-23.

Anexo 1

Lista de verificación: Preparación para procedimiento y/o intervención quirúrgica

PREPARACIÓN ANTES DE SU CIRUGIA

1. Usted ingresara al hospital el mismo día de la cirugía:
Fecha _____ **Hora:** _____ Debe llegar una hora antes de su programación a la central de admisiones y/o Cirugía ambulatoria (3 piso FSFB).
2. La cita de pre-anestesia es el día _____ a las _____ **y/o llamar al 6207967 y/o 61256 09** en el piso 7 sur del Edificio Asociación Médica de los Andes (AMA).
La programación será mínimo 2 días antes de la intervención, debe llevar: Exámenes pre-quirúrgicos, Autorizaciones médicas y Consentimiento Informado.
3. Si toma medicamentos como Aspirina, Warfarina, Plavix y/u otro anticoagulante; y/o suplementos a base de ajo, Vitamina E u Omega 3, medicamentos homeopáticos, debe suspenderlos 10 días antes de la intervención.
4. El tiempo de ayuno previo a la cirugía se le indicará en la cita con el anesthesiólogo.
5. El día previo a la intervención, se recomienda dieta ligera y tomar 2 sobre de Sal de Frutas, con esto evitamos el estreñimiento en el postoperatorio inmediato.
6. En la mañana de la intervención se debe colocar 2 Enemas Travat de 130 cc cada uno con intervalo de 15 a 30 minutos.
7. Si Usted padece alguna enfermedad que requiera la ingesta de medicamentos de uso crónico, infórmele a su médico tratante, para que estos le sean formulados en su hospitalización.

Anexo 2

Escala de riesgo de caídas

Escala de riesgo de caídas

Riesgo moderado < 2 puntos
Riesgo alto > 2 puntos

Riesgo	Especificación	Valor
Caídas previas	Si	1 ●
	No	0 ○
Medicamentos	Ninguno	0 ○
	Tranquilizantes	1 ●
	Inductores del sueño	1 ●
	Analgésicos opiodes	1 ●
	Diuréticos	1 ●
	Hipotensores	1 ●
	Antiparkinsonianos	1 ●
	Anticonvulsivantes	1 ●
	Antidepresivos	1 ●
	Hipoglicemiantes	1 ●
	Anticoagulantes	1 ●
	Déficit sensorial	Ninguno
Alteraciones visuales		1 ●
Alteraciones auditivas		1 ●
Hemiplejía hemiparesia		1 ●
Anestesia		1 ●
Nivel de conciencia y estado mental	Alerta, orientado en todo momento	0 ○
	Desorientado permanentemente	2 ●●
	Desorientado ocasionalmente	2 ●●
	Agitación sicomotora	2 ●●
Marcha y equilibrio	Utiliza soportes ortopédicos	1 ●
	Marcha insegura	1 ●
	Reposo prolongado	1 ●
	Problema de equilibrio	1 ●
	Problema de coordinación	1 ●
Estados clínicos	Postoperatorio mediato	1 ●
	Síndrome convulsivo	1 ●
	Hipotensión	1 ●
	Alteración respiratoria	1 ●
	Medios invasivos	1 ●
	Arritmias cardíacas	1 ●
	Dolor	1 ●
	Hipoxemia	1 ●
	Edema de miembros inferiores	1 ●
	Incapacidad para comunicarse	1 ●

Anexo 3

Lista de chequeo previo a procedimientos

LISTA DE CHEQUEO PRE PROCEDIMIENTO

HISTORIA CLÍNICA NOMBRE DEL PACIENTE

PROCEDIMIENTO	DERECHO	IZQUIERDO
ALERGIAS	SI	NO
ANESTESIA (HORAS DE AYUNO)	SI	NO
EQUIPO COMPLETO Y ESTÉRIL (INSTRUMENTADORA)	SI	NO
INFECCIÓN ACTIVA	SI	NO
RESERVA DE SANGRE	SI	NO
INGESTA DE MEDICAMENTOS (ANTICOAGULANTES)	SI	NO
INSUMOS ESPECIALES	SI	NO
ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO	SI	NO

Anexo 4

Lista de chequeo preprocedimiento con el paciente despierto

	SI	NO	NA
Nombre del paciente e identificación (manilla)			
Procedimiento a realizar (comparar orden medica, manilla de identificación de procedimiento)			
Medico correcto (Verificar con el paciente y proveedor en la orden medica)			
Posición adecuada del paciente			
Disponibilidad de Historia Clínica completamente diligenciada			
Evaluación pre anestésica			
Horas de ayuno			
Ultima dosis de anticoagulante			
Antibiótico profiláctico			
Alergias			
Consentimiento informado adecuadamente diligenciado y firmado			
Exámenes paraclínicos pertinentes			
Productos sanguíneos o medicamentos requeridos			
Disponibilidad y funcionalidad de equipos y dispositivos médicos necesarios para el procedimiento			

REALIZADO POR: _____ FECHA Y HORA: _____

Anexo 5

Plan de educación y cuidado de Enfermería en paciente ambulatorio

NOMBRE: _____				PROCEDIMIENTO: _____			
NUMERO DE IDENTIFICACION: _____				MEDIOS EDUCATIVOS: VERBAL: ___ ESCRITA: ___ AUDIOVISUAL: ___ ESCOLARID: ___			
CREENCIAS: _____				HORA: _____		RESPONSABLE: _____	
CONDICION FISICA PARA RECIBIR EDUCACION:				PLAN DE CUIDADO DURANTE EL PROCEDIMIENTO			
SI		NO		SI	NO	No Aplica	
DISCAPACIDAD AUDITIVA				POSICION ADECUADA			
DISCAPACIDAD VISUAL				ADMINISTRACION DE ANESTESICO LOCAL			
DISCAPACIDAD COGNITIVA				MEDIDAS DE SEGURIDAD			
NINGUNA				VALORACION DEL DOLOR SEGÚN ESCALA VISUAL ANALOGA			
CONDICION EMOCIONAL PARA RECIBIR EDUCACION:				PLAN DE CUIDADO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO			
SI		NO		SI	NO	No Aplica	
ANSIOSO				MONITOREO DE SIGNOS VITALES (Una vez antes del egreso. Si la condicion del paciente lo requiere se vigilarán de manera individual)			
TRISTE				CRITERIOS AL EGRESO	SI	NO	No Aplica
MOTIVADO				Hipotension			
RECEPTIVO				Mareo			
INDIFERENTE				Nauseas			
CONTEXTO PSICOSOCIAL				Bradicardia			
SI		NO		Sangrado			
ASISTE SOLO				Dolor			
ASISTE CON ACOMPAÑANTE:				Acompañante			
ASISTE CON CUIDADOR				PLAN DE CUIDADO EN CASA	SI	NO	No Aplica
PLAN DE CUIDADO PREVIO A EL PROCEDIMIENTO				SIGNOS Y SINTOMAS ESPERADOS DESPUES DEL PROCEDIMIENTO			
SI		NO	No Aplica				
INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO				SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR DESPUES DEL PROCEDIMIENTO			
GENERALIDADES DEL PROCEDIMIENTO				CUIDADOS POSTERIORES CON ACTIVIDAD FISICA			
PREPARACION DEL PROCEDIMIENTO				CUIDADOS POSTERIORES CON ACTIVIDAD SEXUAL			
VALORACION INICIAL				CUIDADOS POSTERIORES CON AREA ANATOMICA INTERVENIDA			
MEDIDAS DE SEGURIDAD				CUIDADOS POSTERIORES CON DIETA			
REVISION DE EXAMENES PARA CLINICOS PERTINENTES				CARACTERISTICAS DE LA ORINA			
ADMINISTRACION DE MEDICACION PROFILACTICA				CUIDADOS NUTRICIONALES POSTERIORES			
HIGIENIZACION DE MANOS				CUIDADOS CON TERAPIA FARMACOLOGICA			
DERECHOS Y OBLIGACIONES				LLAMADA DE SEGUIMIENTO			
HORA: _____	RESPONSABLE: _____			HORA: _____			
				RESPONSABLE: _____			

MARTÍN RUIZ, M.J.¹; ESCRIVÁ DE ROMANÍ VERETERRA, A.²¹ DUE, C.E. Emigrantes, Madrid. ² Grado en Enfermería, C.E. Emigrantes, Madrid

Tratamiento en consulta de Enfermería de Urología de las dos secuelas más frecuentes en pacientes sometidos a prostatectomía radical

RESUMEN

La prostatectomía radical es el tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de próstata. Destacan dos posibles complicaciones funcionales: la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil. Ambas patologías son seguidas en la consulta de Enfermería de Urología.

OBJETIVO: Evaluar el impacto clínico y psicológico del tratamiento enfermero en la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil posprostatectomía radical.

TÉCNICAS UTILIZADAS:

a) Diagnósticas: entrevista enfermera, cuestionarios de evaluación y satisfacción pre y postratamiento, pad-test, fluid management.

b) Terapéuticas: reeducación pelviperineal mediante ejercicios de Kegel para hombres; entrenamiento vesical y micciones programadas; corrección de hábitos alimenticios y de higiene; apoyo psicológico ante la incontinencia y la disfunción eréctil.

ESTADÍSTICAS: Evaluación de resultados clínicos en los pacientes tratados en la consulta de Enfermería de Urología de incontinencia urinaria y disfunción eréctil tras prostatectomía radical. 2012-2013.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El tratamiento realizado en consulta de Enfermería de Urología, con este tipo de pacientes, ha conseguido una significativa mejoría, hasta llegar a curaciones completas, en las tasas de incontinencia urinaria y disfunción eréctil tras prostatectomía radical. Además se ha conseguido aumentar la satisfacción de los pacientes en un contexto de estrés psicológico ante las secuelas funcionales de una cirugía oncológica. Este tratamiento no tiene efectos secundarios para el paciente y tiene un bajo coste para el sistema sin contar con el ahorro en absorbentes que se consigue. Se concluye, por tanto, que el tratamiento enfermero es útil en la recuperación de la continencia y la función sexual en pacientes sometidos a prostatectomía radical, y que deben incrementarse el número de unidades de enfermería con esta dedicación.

Palabras clave: Prostatectomía radical, incontinencia urinaria, disfunción eréctil, ejercicios de Kegel, pad-test, absorbente.

SUMMARY

Radical prostatectomy is the surgical treatment of adenocarcinoma of the prostate. Following are two possible functional complications: urinary incontinence and erectile dysfunction. Both diseases are followed in Urology Nursing Consultation.

OBJECTIVE: *To evaluate the clinical and psychological impact of the treatment nurse in urinary incontinence and erectile dysfunction after radical prostatectomy.*

TECHNIQUES: *a) Diagnostic: nurse interview, assessment and satisfaction questionnaires before and after treatment, pad-test, fluid management.*

b) Therapeutic: pelviperineal reeducation through Kegel exercises for men Timed voiding and bladder training; correction eating and hygiene counseling before incontinence and erectile dysfunction.

STATISTICS: *Evaluation of clinical outcomes in patients treated in the Urology Nursing Consultation (the Emigrants Specialty Center in Madrid) of urinary incontinence and erectile dysfunction after radical prostatectomy.*

RESULTS AND CONCLUSIONS. *The treatment performed in Urology Nursing Consultation with these patients achieved a significant improvement in the rates of urinary incontinence and erectile dysfunction after radical prostatectomy. It has also managed to increase patient satisfaction in the context of psychological stress to the functional sequelae of oncologist surgery. This treatment has no side effects for the patient and has a low cost for the system (without the absorbent savings is achieved).*

It is therefore concluded that treatment nurse is useful in the recovery of continence and sexual function in patients undergoing radical prostatectomy, and should increase the number of nursing units with this dedication.

Keywords: *Radical prostatectomy, Urinary incontinence, Erectile dysfunction, Kegel exercises, Pad-test, Absorbent.*

INTRODUCCIÓN

Definición

La prostatectomía es una cirugía que se realiza para extirpar la próstata. La próstata es parte del sistema reproductor masculino. Produce y almacena el líquido seminal (un líquido lechoso que forma parte del semen). Esta glándula se

encuentra debajo de la vejiga y frente al recto. La uretra (el tubo por el que fluye la orina) pasa a través de la próstata.

La prostatectomía radical es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de la glándula junto con la cápsula prostática, el manguillo en el cuello vesical, las vesículas seminales y los ganglios linfáticos regionales.

El procedimiento puede ser:

- Prostatectomía simple: extracción únicamente de la próstata.
- Prostatectomía radical: extracción de la próstata y parte del tejido circundante.

La causa principal es el cáncer de próstata.

El cáncer de próstata (CP) representa el 11,7% de todos los tumores masculinos, siendo el segundo tumor maligno más

frecuente entre los hombres. Cada año se diagnostican a nivel mundial 680.000 nuevos casos, siendo en muchas áreas, principalmente en los países desarrollados, el tumor masculino más común. En los datos europeos, el CP supera en incidencia al cáncer de pulmón y de colon, con 214 nuevos casos por cada 1.000 varones.

En España, según el Centro Nacional de Epidemiología, el CP es el cuarto cáncer en incidencia y el tercero en mortalidad, detrás del cáncer pulmonar y de colon. Presenta una tasa ajustada de mortalidad del 13,52%, su incidencia aproximada es de 22,2 varones al año y la prevalencia estimada de 200 casos por cada 100.000.

Su aparición es poco frecuente antes de los 50 años, pero esta aumenta rápidamente con la edad, de manera que el 90% de los casos se diagnostica a partir de los 65 años. La relación existente con la mortalidad se evidencia alrededor de los 75 años. Actualmente, la prostatectomía radical es la principal modalidad terapéutica utilizada en el tratamiento de los tumores confinados a la próstata.

Epidemiología

Prevalencia de cáncer de próstata: directamente proporcional a la edad del varón: 50 años: 4%. 60-70 años: 12%. 80 años: 60%. 100 años: 100%.

Factores que pueden influir

Hormonal, genéticos, ambientales (más frecuentes en países industrializados y medio urbano), algunos estudios han observado que los obesos con CP tienen, en líneas generales, un estadio menor que los que no lo son en el momento del diagnóstico.

Actualmente, gracias a los marcadores tumorales y a las nuevas técnicas de imagen, el 65% de los CP se diagnostica en estadio localizado.

Las dos secuelas más frecuentes en pacientes sometidos a PR son: la incontinencia urinaria (IU) y la disfunción eréctil.

Estas secuelas causan al paciente una importante alteración en su calidad de vida percibida, como consecuencia de la pérdida de autoestima que se suma

En España, según el Centro Nacional de Epidemiología, el CP es el cuarto cáncer en incidencia y el tercero en mortalidad, detrás del cáncer pulmonar y de colon

muchas veces a un sentimiento de vergüenza, lo que le lleva a limitar sus hábitos y estilos de vida y con ello a una depresión. No solo representa un importante problema de salud para la población masculina, sino también para sus parejas y familiares, siendo la detección precoz, en tumores asintomáticos, la mejor herramienta para frenar su mortalidad.

OBJETIVOS

1. Conocer los principales diagnósticos NANDA y objetivos NOC derivados de las necesidades pre y posquirúrgicas que pueda presentar un paciente que se va a someter a una PR. Elaborar un plan de intervención NIC de cuidados de enfermería.
2. Evaluar el impacto clínico y psicológico del tratamiento enfermero en la IU y la DE posPR.

MATERIAL Y MÉTODO

Las técnicas utilizadas: entrevista enfermera, aplicación de NANDA, NOC, NIC, hojas de enfermería (figura 1), pad-test, fluid management, ejercicios de Kegel, cuestionarios de evaluación y satisfacción pre y postratamiento (figura 2).

Nos vamos a centrar en la actuación que realizamos en nuestra consulta de Enfermería de Urología en el tratamiento de la IU y DE en PR.

En nuestro centro, lo primero que hacemos es una primera consulta antes de la intervención, en la que informamos al paciente y a su familia de todo lo que le va a ir ocurriendo después de la intervención, explicándoles que muy probablemente sufrirá de IU y de DE, ya que hemos observado que al tener la información previa afrontan dichas secuelas

con menor ansiedad y mayor preparación psicológica y anímica, tanto el paciente como su entorno.

1º Se le explica que el control vesical será un proceso gradual, que podrá durar entre 6 meses y 1 año, y si al año no se ha conseguido la continencia, se le derivará al urólogo, quien le ofrecerá una alternativa quirúrgica para resolverla, pero que el éxito de nuestro tratamiento dependerá mucho de su cooperación.

2º Se le informa que tras la intervención quirúrgica portará una sonda vesical, y al retirar esta tendrá que usar absorbentes urinarios (pañales), explicando las variedades que existen en el mercado que mejor se adecuen a él.

3º Se le introduce en los ejercicios de suelo pélvico, ejercicios de Kegel, recalando que es el método más importante para su rehabilitación en la IU.

4º Abordamos la posibilidad de que se presente la DE, informándole que actualmente para este problema existen varios tratamientos efectivos.

LA INCONTINENCIA URINARIA (IU)

La IU es la pérdida involuntaria de orina en cantidad y frecuencia a través de la uretra. Se clasifica en:

- Incontinencia de esfuerzo: es la fuga involuntaria asociada a actividades físicas normales.
- Incontinencia de urgencia: derrame de orina (casi siempre volúmenes grandes) por la incapacidad de retrasar la micción, después de percibir la sensación de plenitud vesical.
- Incontinencia por rebosamiento: es la pérdida incontrolada de pequeñas cantidades de orina causada por una vejiga demasiado llena.
- Incontinencia mixta: es una combinación de IU de esfuerzo y de urgencia.

Nosotros nos vamos a centrar en la IU de esfuerzo, puesto que es la más frecuente en pacientes PR.

La incontinencia urinaria vulnera tanto las dimensiones físicas como las psicosociales de la vida del paciente, causando una disminución de la calidad de vida percibida. Además del problema funcional, imposibilita al paciente para muchas actividades habituales, y esta situación acaba agravándose por los sentimientos de vergüenza y miedo a los escapes de

Figura 1

CUESTIONARIO		SI	NO
1.- Antecedentes familiares.			
¿ En su familia ya ha habido personas con incontinencia urinaria?			
¿ Que enfermedades padecían sus padres?			
2.- Antecedentes personales.			
¿ Padece alguna enfermedad (diabetes, infección de orina, insuf. Congestiva, insuf. Venosa)?			
¿ Padece alguna otra enfermedad que no ha mencionado?			
3.- Características de la micción.			
¿ Cuantas veces orina al día?			
¿ Cuantas horas puede aguantar sin orinar?			
¿ En que momento del día siente necesidad de orinar?			
¿ Se despierta por la noche para orinar? ¿ Cuantas veces?			
¿ La pérdida de orina es gota a gota, de forma intermitente o total?			
¿ La pérdida de orina se desencadena por la risa, tos, esfuerzo, oír el agua del grifo?			
¿ Tiene imperiosidad de orinar, o puede esperar hasta llegar al lavabo?			
¿ Presenta escozor, polaquiuria, dolor hipogástrico?			
¿ La pérdida de orina ha coincidido con fiebre, inflamación o infección?			
¿ Cuando termina de orinar ¿ tiene la sensación que tendría que continuar y no puede?			
¿ Tiene poca fuerza el chorro de la orina?			
¿ Va con frecuencia al servicio y orina poca cantidad?			
¿ Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar, y si el servicio está ocupado se le escapa la orina?			
4.- Estado mental y psicológico.			
¿ El paciente presenta anomalías neurológicas y cognitivas? ¿ Cuales?			
¿ Que actitud presenta el paciente ante la pérdida de orina involuntaria?			
5.- Ingesta de líquidos.			
¿ Que cantidad y tipo de líquidos bebe al día?			
¿ 1 l. : entre 1 y 1,5 l. o > de 1,5 l.			
¿ Suele beber antes de acostarse?			
7.- Entorno ambiental.			
¿ El cuarto de baño de su casa presenta mal acceso?			
¿ En qué lugar de la casa está?			
¿ El pasillo de acceso al baño esta bien iluminado?			
¿ Dispone de sustitutos de baño?			
8.- Entorno familiar y social.			
¿ Su familia es colaboradora y le ayuda a acceder al baño?			
¿ Cuando se le escapa la orina, es punto de risas o bromas?			
¿ Ha disminuido las salidas cotidianas desde la pérdida de orina?			
¿ Sigue con la misma actitud ante las amistades?			
¿ Saben las personas más allegadas que usted presenta una incontinencia urinaria?			
9.- Estado general del paciente.			
¿ Se viste usted solo o necesita ayuda?			
¿ Sabe como acceder al baño?			
¿ Puede desplazarse hasta el baño usted solo?			
¿ Se cuida y arregia usted solo?			

Figura 2

1. Cuestionario I-QOL de calidad de vida de incontinencia urinaria.	
1 2 3 4 5	
1	Me preocupa el hecho de no ser capaz de ir al servicio a tiempo.
2	Me preocupa toser o estornudar debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.
3	Tengo que tener cuidado al ponerme de pie después de estar sentado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.
4	Me preocupa donde están los servicios en lugares nuevos.
5	Me siento deprimido debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.
6	Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia, no me siento capaz de salir de mi casa durante largos periodos de tiempo(viajar)
7	Me siento frustrada porque mis problemas urinarios o de incontinencia me impiden hacer lo que quiero.
8	Me preocupa que otros puedan sentir el olor de la orina en mi.
9	La incontinencia esta siempre en mi mente
10	Es importante para mi hacer viajes frecuentes al servicio
11	Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia es importante planear cada detalle con anticipación.
12	Me preocupan mis problemas urinarios o de incontinencia que se empeoran a medida que envejezo.
13	Tengo dificultad para conciliar el sueño durante toda la noche debido a mis problemas urinarios o de incontinencia
14	Me preocupa estar avergonzado o humillado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia
15	Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen pensar que no soy una persona sana.
16	Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen sentir indefenso.
17	No me siento a gusto debido a mis problemas urinarios o de incontinencia
18	Me preocupa orinarme encima
19	Siento que no tengo control sobre mi vejiga
20	Tengo que controlar, que o cuanto bebo debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.
21	Mis problemas urinarios o de incontinencia limitan mis opciones de ropa.
22	Me preocupan mis relaciones sexuales debido a mis problemas urinarios o de incontinencia
Contestación de cada pregunta: 1.Siempre, 2. Casi siempre, 3. Moderado, 4.Un poco, 5.Nunca.	

orina. Todo esto lleva a la disminución de las interacciones sociales, al aislamiento y a la depresión.

La incontinencia urinaria de esfuerzo puede resolverse en

Figura 3

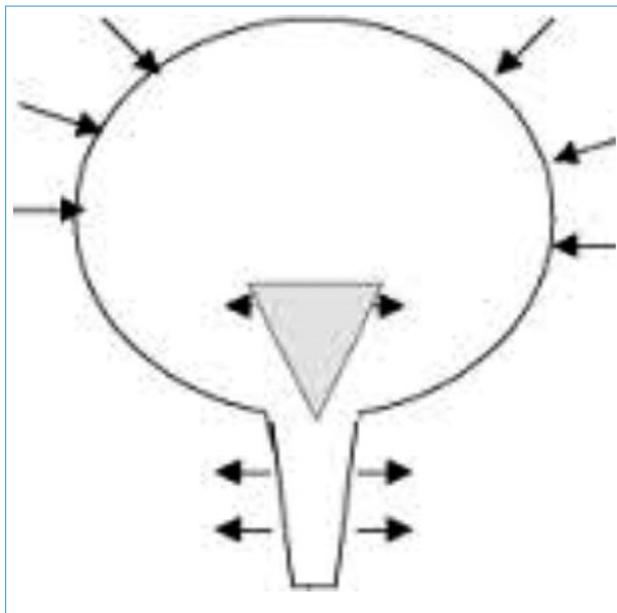
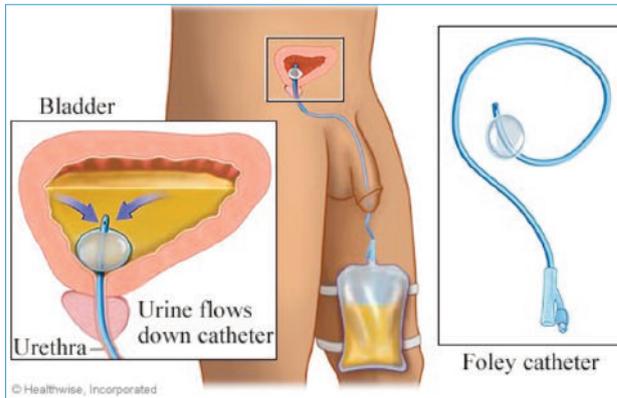


Figura 4



Figura 5



unos meses, o permanecer como una secuela de por vida, dependiendo si se dañan o no los músculos y los nervios del esfínter de la vejiga. En muchos pacientes las opciones terapéuticas acaban siendo paliativas. Los métodos paliativos más usa-

dos son los métodos oclusivos externos, por ejemplo la pinza de Cunningham y el dispositivo de Penoring, los colectores peneanos, las sondas permanentes y los pañales (figuras 3, 4, 5).

La pinza de Cunningham es una estructura metálica revestida de goma que comprime la uretra mediante unos muelles laterales, y el dispositivo de Penoring ocluye la uretra a través de un globo cuya presión es ajustable.

Los pañales absorbentes deben adaptarse al paciente y a sus necesidades, ser cómodos, absorber los olores, preservar la sequedad y permitir el movimiento. Sus características dependerán del grado de incontinencia, pudiendo ser en forma de bolsa para las pequeñas pérdidas o en forma de calzoncillo para pérdidas mayores (figura 6).

El 41% de los hombres obesos y sedentarios presentaba la mayor tasa de incontinencia urinaria a largo plazo, un cuarto de los obesos físicamente activos y los no obesos inactivos tenían esta afección y el 16% de los no obesos y físicamente activos tenía menor prevalencia, por lo que se ha sugerido que el ejercicio puede compensar los efectos negativos de la obesidad en esta enfermedad.

La cinesioterapia y electroestimulación en pacientes prostatectomizados produce un fortalecimiento del suelo pélvico, inhibición del detrusor y activación de la musculatura perineal. Sin embargo, el músculo esfinteriano puede recuperar espontáneamente su función después de un mes de la prostatectomía, la cinesioterapia puede intensificar la recuperación de la continencia durante las primeras semanas de postoperatorio. En pacientes que son sometidos a prostatectomía radical, después de un período inicial rápido de mejora, la incontinencia continúa mejorando hasta seis meses después de la cirugía, pero esas pérdidas involuntarias se normalizan en casi todos los casos en los primeros seis meses. Cuando eso no ocurre, pueden ser prescritos medicamentos como la imipramina, sertralina y efedrina, también está la fisioterapia para fortalecer el esfínter externo y la musculatura del suelo pélvico. Los casos más graves y que no mejoraron con todas las medidas citadas deberán ser corregidos con esfínter artificial.

■ **INCONTINENCIA DE ESFUERZO (IUE):**
Es la pérdida de orina que se produce

Figura 6



cuando se hace ejercicio o se realiza un esfuerzo como toser, estornudar o reír, y es la incontinencia en la que centramos más nuestro tratamiento.

■ **LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL:** La disfunción eréctil (DE) es la incapacidad persistente de alcanzar y mantener una erección suficiente para permitir un desempeño sexual satisfactorio, y es causa frecuente en pacientes tras PR. Alrededor del 25-75% de los hombres que se someten a una PR experimentan DE postoperatoria, y si con-

servan los nervios cavernosos sec pueden garantizar la recuperación de la función eréctil después de la PR.

TRATAMIENTO DE LA IUE Y DE LA DE EN PACIENTES SOMETIDOS A PR EN NUESTRA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Primera consulta: Realizamos una primera consulta antes de la intervención, en la que informamos al paciente de lo que le va a ir ocurriendo después de la intervención (PR) y, mediante unos sencillos cuestionarios y entrega del diario miccional (figura 7), hacemos una valoración individualizada para valorar el estado psicosocial, cultural, personalidad, entorno familiar, etc., encaminado a introducir los diagnósticos enfermeros (NANDA), evaluación y objetivos (NIC, NOC), para lograr una mayor aceptación y buena disposición al tratamiento que le ofrecemos para alcanzar la recuperación, tanto de la IUE como de la DE.

NIC: 0560 - Ejercicios del suelo pélvico. 0590 - Manejo de la eliminación urinaria. 0600 - Entrenamiento del hábito urinario. 0610 - Cuidados de la incontinencia urinaria. 1750 - Cuidados perineales. 1804 - Ayuda con los autocuidados: WC. 2380 - Manejo de la medicación. 4120 - Manejo de los líquidos. 5820 - Disminución de la ansiedad. 5860 - Biofeedback. 6480 - Manejo ambiental.

Y estos resultados NOC: 0502 - Continencia urinaria. 0503 - Eliminación urinaria. 1101 - Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Al profundizar en la intervención 0560 - Ejercicios del suelo pélvico, leemos: "...Proporcionar retroalimentación (biofeedback) o estimulación eléctrica en individuos, cuando la asistencia esté indicada para identificar los músculos correctos para contraer y/o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo".

En la intervención 5860 podemos observar que la electroestimulación no está recogida como intervención, aunque se recomienda su uso en la intervención 0560, por lo que ahora estamos trabajando para que la NIC recoja la electroestimulación tanto intracavitaria como tibial (figura 8) como nueva intervención de Enfermería.

realiza una maniobra de Valsalva a pesar de las instrucciones.

También se les avisa que a la retirada de la sonda uretral, lo más probable es que tengan que usar absorbentes de orina, que son productos destinados a contener la orina una vez que esta ha fluído al exterior, almacenando esta por impregnación, manteniendo al paciente seco y evitando que la orina moje la ropa o la cama, y los malos olores.

Hay dos tipos de absorbentes: según su capacidad de absorción o tipo de sujeción.

Se les explica que para escoger el absorbente adecuado deben medir su cintura para adecuar la talla, y pesar el primer absorbente (en un peso en gramos) para saber la absorción que necesitan. Se les comenta que hay en la actualidad cantidad de modelos y de distinta capacidad de absorción en el mercado y que, según vayan mejorando, irán usando absorbentes más pequeños (figura 6). Esto conlleva un cambio en su vida higiénica, ya que en ocasiones la pérdida de orina y el contacto con el absorbente pueden favorecer la aparición de infecciones, dermatitis de la zona, etc. (figura 9). Así como se les dice que en la segunda visita es muy importante que traigan los absorbentes usados en 24 horas y uno seco, para realiza el pad-test de partida. El pad-test consiste en el peso de los absorbentes usados durante 24 horas descontando el peso en seco. *Se citará por segunda vez a los 20-25 días de la intervención.*

Segunda consulta: En esta visita ya le habrán retirado la sonda. Se le pregunta cómo se encuentra, si ha tenido problemas con la herida, si ha tenido infección de orina, si ha comenzado a realizar los ejercicios de Kegel, recalcando la importancia de realizar la contracción mantenida al realizar un esfuerzo, que si por la noche tumbado en la cama ya no se le escapa la orina. Si siente en algún momento ganas de orinar. Si es así, si consigue tener chorro. Si está continente de noche y nota ganas de orinar, si consigue llegar al WC. Cuál es el estado de la piel, número de absorbentes y modelo en 24 horas. Pad-test de partida. Valoración del estado de ánimo del paciente y grado de aceptación ante su nueva situación. Consejos dietéticos, recalcando la importancia de seguir una dieta adecuada ya que la obesidad acentúa la IU, asimismo se aconseja beber un litro y medio de agua al día, evitando abuso de cafés, tés, así como abstenerse del consumo de bebidas alcohólicas y carbonatadas, ya que estas le producirán mayor IU. En esta visita no abordamos la DE, puesto que su mayor preocupación se centra en la IU.

Tercera consulta: Dos meses después de retirada la sonda uretral, se realiza pad-test, observando si ha habido mejoría, y si la ha habido, se cambiará el absorbente por uno más pequeño. Se supervisa la correcta realización de los ejercicios de Kegel, enseñando a realizar la contracción de rebote (contraerá el ano durante 4 segundos, soltando un poco y volverá a contraer, contraerá otra vez, y volverá a soltar otro poco, contrayendo de nuevo, relajando posteriormente 4 segundos, comparando el ejercicio con el lanzamiento de una pelota al aire y evitar que caiga al suelo, volviendo a lanzarla dos veces). Se le pregunta si de día consigue llegar al servicio y tener chorro, si nota las ganas de orinar, si tiene alguna erección por pequeña que sea. Animamos a la pareja a estimularle, ya que, aunque ahora será difícil y no es fácil que se llegue a tener las relaciones como las

Figura 9

Dermatitis del pañal

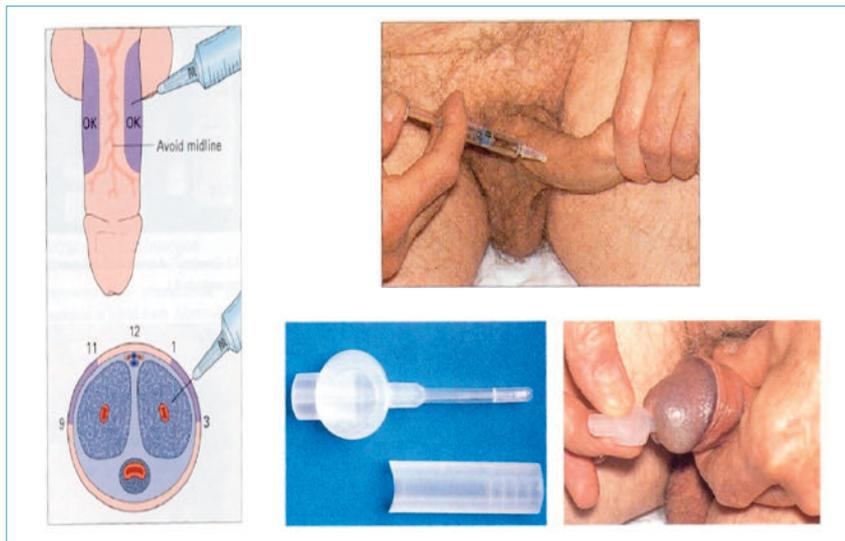
que tenían antes de la PR, con el apoyo y cariño de su pareja, el esfuerzo mutuo y la medicación prescrita por el urólogo, a la larga conseguirán mantener relaciones sexuales satisfactorias, recordándoles que a partir de ahora los orgasmos serán orgasmos secos, por la ausencia de líquido seminal.

Cuarta consulta: A los tres meses de la retirada de la sonda, realización de pad-test, comparándolo con el de la segunda visita, y animando al paciente a comprobar por sí mismo la mejoría experimentada. Recordamos la importancia de no engordar, si es necesario facilitamos menús personalizados. Si ya está continente de día, y solo tiene escapes con el esfuerzo, se pueden introducir micciones programadas, que consiste en orinar cada hora o dos horas. Se le aconseja hacer la contracción de rebote, agachándose con las rodillas dobladas, y cogiendo algo de peso en cada mano, supervisando en la consulta la realización correcta. Se le enseña a que se anticipe a hacer la contracción mantenida en el momento que nota que va a tener un escape de orina. Como en todas las visitas se le pregunta por la DE, y se le anima a que no le importe al principio, si tiene erección, el tener una pequeña fuga de orina al sentir el orgasmo, aconsejando el uso de preservativo.

Quinta consulta: Se realiza pad-test. Enseñamos contracción en ascensor, que es contraer el suelo pélvico lentamente hasta alcanzar el tope de la contracción, mantener esta 3 segundos, y bajar lentamente de la contracción hasta llegar a la relajación, durante 3 segundos; se lo comparamos, para que lo entienda mejor, con la subida y bajada de un ascensor piso a piso. Si ya ha conseguido la continencia, se le permite la introducción de alguna bebida carbonatada, y alcohólica, recordándole que primero vaya probando en casa, porque al principio le puede provocar algo de incontinencia ese día y al siguiente.

Sexta consulta: Realización de pad-test. Si es menor de 30 gramos, se le intenta convencer de la conveniencia de retirar totalmente el absorbente de día, ya que, aunque sabemos que tendrá algún escape ocasional, tenemos que forzar al cerebro para que esté alerta para realizar contracción mantenida en el momento del esfuerzo. Se pregunta si ya consigue mantener relaciones sexuales con la medicación pautada por el médico. Se le da al término de esta visita cuestionario de satisfacción. Después de esta visita, nos reunimos con el urólogo, comentan-

Figura 10



do la situación actual del paciente, en cuanto a su IU y DE, y evolución del tumor. Si no hemos conseguido la continencia urinaria se analiza el porqué, y se valora la conveniencia de continuar con los ejercicios, añadir algún fármaco para la IU, o valorar si precisa intervención quirúrgica para implantación de esfínter artificial, o malla suburetral. Si no se han conseguido las erecciones con medicación oral, se plantea conjuntamente con el urólogo la conveniencia de enseñarle a ponerse inyecciones intracavernosas en el pene, o el uso de alprostadil intrauretral (figura 10).

Séptima consulta: Se comenta con el paciente si está continente y puede mantener relaciones sexuales; siendo así, dándole de alta, recordando la importancia de continuar con la contracción mantenida al esfuerzo.

Si no se han conseguido estos dos objetivos (IU, DE), se le comenta lo que hemos acordado con el urólogo.

CONCLUSIÓN

En este trabajo queremos destacar la importancia de la consulta de enfermería en este tipo de pacientes, ya que abordamos tanto la IU como la DE con una metodología integrada con los diagnósticos enfermeros, y objetivos y dominios (NIC, NOC, NANDA), fundamentales para la elaboración de un plan de diagnóstico enfermero, evaluación al tratamiento, y pae.

Tratamos todos los aspectos del

paciente, psíquicos, hábitos higiénico-alimenticios, tratamiento pre y pos posibles dermatitis del pañal, prevención de posibles infecciones de piel y urinarias. Establecemos una estrecha relación con el paciente y la familia, aportando confianza, solución a problemas que van surgiendo durante el tratamiento. Además, al ser una consulta especializada en urología, el paciente y su entorno familiar establecen contacto con más personas con el mismo problema, creándose una corriente de familiaridad y confianza.

Por otro lado, abarataremos costes a la sociedad, ya que se ahorra con el tratamiento para la IU, del uso de absorbentes urinarios, que son caros, incorporamos al paciente a su vida laboral, evitamos estados depresivos, animándoles a conseguir la curación de las secuelas antes descritas, evitamos la reintervención quirúrgica, para implantación de esfínter artificial, mallas suburetrales y medicación oral. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Grossfeld, GD; Stier, DM; Flanders, SC; Henning, JM; Schonfeld, W; Warolin, K; Carroll, PR. Use of second treatment following definitive local therapy for prostate cancer: data from the CaPSURE database. *J Urol* 1998 Oct; 1609 (4): 1398-404. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9751363>
- Lu-Yao, GL; Potosky, AL; Albertsen,

PC; Wasson, JH; Barry, MJ; Wennberg, JE. Follow-up prostate cancer treatments after radical prostatectomy: a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 1996 Feb; 88 (3): 166-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8632490>

- Fowler, FJ Jr; Barry, MJ; Lu-Yao, GL; Roman, A; Wasson, JH; Wennberg, JE. Patient-reported complications and follow-up treatment after radical prostatectomy. *The National Medicare Experience: 1988-1990 (updated June 1993).* *Urology* 1993 Dec; 42 (6): 622-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8256394>
- Partin, AW; Pearson, JD; Landis, PK; Carter, HB; Pound, CR; Clemen, JQ; Epstein, JI; Walsh PC. Evaluation of serum.
- Roach, M 3rd; Hanks, G; Thames, H Jr; Schellhammer, P; Shipley, WU; Sokol, GH; Sandler, H. Defining biochemical failure following radiotherapy with or without hormonal therapy in men with clinically localized prostate cancer: recommendations of the RTOG-ASTRO Phoenix Consensus Conference. *Int J Radiat Biol Phys* 65: 965-74. <http://www.mdconsult.com/das/citation/body/120674870-2/jorg=journal&source=MI&sp=16362265&id=0/N/16362265/1.html>
- Trapasso, JG; De Kernion, JB; Smith, RB; Dorey, F. The incidence and significance of detectable levels of serum prostate specific antigen after radical prostatectomy. *J Urol* 1994 Nov; 152 (5 Pt 2): 1821-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7523728>
- Lange, PH; Ercole, CJ; Lightner, DJ; Fraley, EE; Vessella, R. The value of serum prostate specific antigen determinations before and after radical prostatectomy. *J Urol* 1989 Apr; 141 (4): 873-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2467013>
- Cox, JD; Gallagher, MJ; Hammond, EH; Kaplan, RS; Schellhammer, PF. Consensus statements on radiation therapy of prostate cancer: guidelines for prostate re-biopsy after radiation and for radiation therapy with rising prostatespecific antigen levels after radical prostatectomy. *Ameri-*

- can Society for Therapeutic Radiology and Oncology Consensus Panel. *J Clin Oncol* 1999 Apr; 17 (4): 1155. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10561174>
9. Taylor, JM; Griffith, KA; Sandler, HM. Definitions of biochemical failure in prostate cancer following radiation therapy.
 10. Abraham, G; Porto, R. Terapias sexuales. Madrid: Pirámide, 1979.
 11. Banegas, JR; Villar, F; Graciana, A; Rodríguez-Artalejo, F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol* 2006; 6 (sup. G): 3-12.
 12. Barlow, DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 140-8.
 13. Basson, R; Berman, J; Burnett, A; Derogatis, L; Ferguson, D; Fourcroy, J; Goldstein I, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163: 888-93.
 14. Billups, KL; Bank, AJ; Padmanathan, H; Katz, S; Williams, R. Erectile Dysfunction is a Marker for Cardiovascular Disease: Results of the Minority. *Health Institute Expert Advisory Panel. J Sex Med* 2005; 2: 40-52.
 15. Blanker, MH; Bosch, JL; Groeneveld, FP; Bohnen, AM; Prins, A; Thomas, S. Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern, and relation to sexual activity. *J Urol* 2001; 57: 763-8.
 16. Boloña, ER; Uruga, MV; Haddad, RM; Track, MJ; Sideras, K; Kennedy CC, et al. Testosterone use in men with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Mayo.
 17. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003-2004. Elsevier. Madrid 2003.
 18. J McCloskey, G.M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª edición. Mosby. Madrid 2004.
 19. S. Moorhead, M. Jhonson, M. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición. Mosby. Madrid 2005.
 20. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003-2004. Elsevier. Madrid 2003.2.
 21. J. McCloskey, G.M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª edición. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003-2004. Elsevier. Madrid 2003.
 22. J. McCloskey, G.M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª edición. Mosby. Madrid 2004.
 23. S. Moorhead, M. Jhonson, M. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición. Mosby. Madrid 2005.
 24. Serdà, BC; Vesa J; Del Valle, A; Monreal, P. La incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: diseño de un programa de rehabilitación. *Actas Urol Esp [Internet]*. 2010 [acceso 10 de febrero de 2012]; 34 (6): 522.

www.enfuro.es

visita nuestra página web

Cada vez es más utilizada como herramienta de consulta así como agilización de gestiones en todo lo referente a congresos: acceso a programas, envío de resúmenes, inscripciones; no en vano nos acercamos a las 240.000 visitas, por lo que ya es un hecho la relevancia de nuestra web dentro de las dedicadas a la profesión.

Gracias a todos los que la hacen posible.

Menú

- Secretaría
- Galería de Fotos
- Comunicaciones y Trabajos
- De Interés Profesional
- Revistas de Interés
- Escaparate: Información de Eventos
- Investigación Enfermera
- Contacto
- Aviso Legal
- Inscripción
- Utilidades

Patrocinadores

- Inibsa LABORATORIOS
- Coloplast
- wellspect HEALTH-CARE

Contador de Visitas

238000

Aviso a Socios

Con el objetivo de actualizar los datos e integrarlos en este nuevo Portal, a fin de poder beneficiarse de todas las ventajas que ofrece, es necesario rellenar la solicitud de inscripción.

Manifiesto en defensa de la Sanidad Pública

Ante la situación convulsa que estamos viviendo, donde cada día se va deteriorando más el papel público, del que nuestro colectivo forma una amplia parte, la pérdida de derechos conseguidos, poder adquisitivo, la pérdida de recursos y el desánimo "organizativo" provocado por la falta de gestión en favor de intereses privados, queremos desde aquí apoyar el Manifiesto por la Defensa Pública que ha elaborado la FADSP y apoyar a todos los compañeros y compañeras de Madrid, en el plan de sostenibilidad de la Comunidad de Madrid.

Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública

La Sanidad Pública universal y de calidad ha sido la base fundamental para el Estado del Bienestar y es uno de los pilares para asegurar la solidaridad y dentro de una sociedad, pues supone el esfuerzo de las personas con económico y más sanas para permitir la atención sanitaria de los que tienen enfermos.

En los últimos años hay una campaña generalizada para desprestigiar y desmantelar sistemas públicos de salud, coincidiendo con el auge del neoliberalismo, privatizar los sistemas sanitarios públicos y que busca en ellos una oportunidad de negocio.

Esta tendencia internacional hacia el desmantelamiento de los sistemas sanitarios públicos afecta a todos los países en mayor o menor medida. En España se observan intentos por avanzar en la privatización de un sistema sanitario que goza de gran aprecio internacional, precisamente por su universalidad, fácil accesibilidad y carácter equitativo.

Sin embargo, la privatización no se realiza de la misma manera en todas las CCAA, porque depende, en gran medida, tanto de la voluntad política de los gobiernos autonómicos como de la capacidad de los ciudadanos y de las fuerzas sociales para evitarlo. Son las CCAA gobernadas por el PP donde se han producido ataques más serios

Congreso Europeo 2012

13th International EAUN Meeting
25-27 February, 2012
Paris, France
Contact: eaun@uroweb.org
Website: www.eaun2012.org/13th-eaun-meeting

13th International Meeting of the European Association of Urology Nurses

13th International EAUN Meeting
25-27 February 2012
Paris, France

Website: www.eaun2012.org/13th-eaun-meeting

13th International Meeting of the European Association of Urology Nurses

25-27 February, 2012
Paris, France
Contact: eaun@uroweb.org
Website: www.eaun2012.org/13th-eaun-meeting

13th International Meeting of the European Association of Urology Nurses

25-27 February, 2012
Paris, France
Contact: eaun@uroweb.org
Website: www.eaun2012.org/13th-eaun-meeting

