

enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 130. Febrero 2016



Hombres y mujeres ante la incontinencia urinaria

¿Es la música un complemento a la analgesia en la litotricia extracorpórea?

Estimulación eléctrica percutánea del nervio tibial (SANS) en patología del tracto urinario inferior: eficacia y seguridad

¿Son seguros nuestros quirófanos?

Evaluación de catéter para sondaje intermitente

Valoración del paciente cistectomizado tras el alta hospitalaria en relación a la incontinencia y la urostomía

Aplicación de terapia VAC por dehiscencia de herida quirúrgica en paciente intervenido de cistectomía

Atención de enfermería posquirúrgica y recomendaciones al alta en pacientes intervenidos de neovejiga ileal ortotópica

Motivación, conocimiento, evolución

Grado de adherencia al sondaje intermitente limpio poseducación terapéutica

Cistectomía radical tipo Bricker ubicada en cuadrante izquierdo. Caso clínico

El mejor abrazo de bienvenida al paciente

Programa XXXVII Congreso Nacional de Enfermería en Urología

**ENFURO**

nº 130 / Febrero 2016

Año XI

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

Ana Palomino Martínez

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: Vista aérea. Ciudad de las Artes y las Ciencias.
Valencia.**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-alti. 25008 Lleida

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

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

● Editorial.....	3
● Hombres y mujeres ante la incontinencia urinaria	4
● ¿Es la música un complemento a la analgesia en la litotricia extracorpórea?	8
● Estimulación eléctrica percutánea del nervio tibial (SANS) en patología del tracto urinario inferior: eficacia y seguridad.....	10
● ¿Son seguros nuestros quirófanos?	12
● Evaluación de catéter para sondaje intermitente	17
● Valoración del paciente cistectomizado tras el alta hospitalaria en relación a la incontinencia y la urostomía	18
● Aplicación de terapia VAC por dehiscencia de herida quirúrgica en paciente intervenido de cistectomía	24
● Atención de enfermería posquirúrgica y recomendaciones al alta en pacientes intervenidos de neovejiga ileal ortotópica	27
● Motivación, conocimiento, evolución	29
● Grado de adherencia al sondaje intermitente limpio poseducación terapéutica	31
● Cistectomía radical tipo Bricker ubicada en cuadrante izquierdo. Caso clínico	34
● El mejor abrazo de bienvenida al paciente	37
● Programa XXXVII Congreso Nacional de Enfermería en Urología	39



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.

ALMUDENA ORTUÑO ESPARZA Y FLORENTINA PINA-ROCHE

Hombres y mujeres ante la incontinencia urinaria

RESUMEN

La incontinencia urinaria genera alteraciones en la calidad de vida de hombres y mujeres que la padecen. Objetivos: Averiguar cómo afecta la incontinencia urinaria a la calidad de vida de mujeres y hombres que padecen pérdidas; observar si existe alguna diferencia sustancial entre ambos sexos y determinar cuál es el más afectado. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos: Medline, Pubmed, Scopus, Enfispo, Web Of Science, Cuiden y Cochrane. Se seleccionaron los artículos que hacían referencia a la calidad de vida en mujeres, hombres o ambos sexos y se agrupó la información en tres categorías: limitaciones físicas, limitaciones sociales y limitaciones emocionales. Resultados: Aparecen alteraciones en la calidad de vida en ambos sexos. Encontramos diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento, tomando las mujeres una actitud más activa que los hombres. Son ellos los que presentan mayor afectación en su calidad de vida, salvo en algunas limitaciones físicas. Por último, aparece también en el sexo masculino una concepción de pérdida del rol tradicional.

Palabras clave: incontinencia urinaria, calidad de vida, mujeres, hombres y enfermería.

SUMMARY

Urinary incontinence generates alterations in the quality of life of men and women who suffer it. Objectives: Discovering how urinary incontinence affects the quality of life of women and men who suffer leakages; analyzing if there is any substantial difference between both sexes and determining the most affected sex. Methodology: A bibliographical review in databases was made: Mediline, Pubmed, Scopus, Enfispo, Web Of Science, Ciuden and Cochrane. The articles regarding the quality of men and women life were selected and information was grouped in three categories: Physical limitations, social limitations and emotional limitations. Results: Alterations in the quality of both sexes life appear. We find differences in the strategies of confrontation, in which women show a more active attitude than men. They show a higher level of affectation in their quality of life, with the exception of some physical limitations. Finally, a conception of loss of the traditional role appears in the male gender.

Keywords: urinary incontinence, quality of life, woman, man and nursing.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida, según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. En segundo lugar detallaremos la incontinencia urinaria, que es entendida según la International Continence Society (ICS) como pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico.

Como podemos apreciar, la definición de incontinencia urinaria abarca la afectación que produce sobre el deterioro de la calidad de vida. Esto nos demuestra la suma importancia que tiene esta problemática en el día a día de las personas que la padecen, ya que, a pesar de que

La definición de incontinencia urinaria abarca la afectación que produce sobre el deterioro de la calidad de vida. Esto nos demuestra la suma importancia que tiene esta problemática en el día a día de las personas que la padecen

la incontinencia urinaria no se considera una patología, es capaz de afectar la movilidad, el sueño, la interacción social, las actividades de ocio, laborales y domésticas y, asimismo, es capaz de reducir considerablemente la autoestima (1).

OBJETIVOS

Dada la importancia de lo anteriormente expuesto, pretendemos averiguar cómo

afecta la incontinencia urinaria a la calidad de vida de mujeres y hombres que padecen pérdidas. Además de observar si existe alguna diferencia sustancial entre ambos sexos y determinar cuál es el más afectado.

METODOLOGÍA

Para alcanzar estos objetivos nos disponemos a extraer la información relevante existente sobre este tema, realizando una revisión crítica de la literatura, en la que se emplean las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed, Scopus, Enfispo, Web Of Science, Cuiden y Cochrane. Los descriptores empleados para las búsquedas fueron: incontinencia urinaria, calidad de vida, mujeres, hombres y enfermería. Se realizaron tanto en español como en inglés.

Como criterios para la inclusión de los artículos fijamos que se mencione cuáles son los aspectos de la calidad de vida que se ven alterados. Atendiendo a los requerimientos para la inclusión, se escogieron estudios cualitativos y cuan-

Tabla 1

Relación de artículos empleados en el estudio

Autores	Sexo de la muestra
Teunissen et al., 2006	Mujeres y hombres
Temml et al., 2000	Mujeres y hombres
Zunzunegui Pastor et al., 2003	Mujeres y hombres
Raimundez, 2002	Mujeres y hombres
Cervera Deval et al., 2004	Mujeres y hombres
Orna-Esteban et al., 2011	Mujeres y hombres
Cortés-Gálvez et al., 2014	Mujeres y hombres
Hayder y Schnepf, 2010	Mujeres y hombres
España Pons y Puig Clota, 2009	Mujeres
Córcoles et al., 2008	Mujeres
Nieto Blanco et al., 2004	Mujeres
Maña y Mesas, 2002	Mujeres
Flores y Pizarro, 2012	Mujeres
España Pons, 2003	Mujeres
Robles, 2006	Mujeres
Higa et al., 2008	Mujeres
Higa y Baena Lopes de Moraes, 2007	Mujeres
Cotrim de Borba et al., 2008	Mujeres
Aristizábal, 2007	Hombres
Delgado Aguilar et al., 2011	Hombres
Higa et al., 2013	Hombres

titativos que estaban publicados entre los años 2000 y 2014.

Se seleccionaron los resultados de las búsquedas que hacían referencia a la calidad de vida en mujeres, hombres o ambos sexos afectados de incontinencia urinaria en los títulos o en los resúmenes.

Para obtener los artículos a texto completo se recurrió a la biblioteca de la Universidad de Murcia, a bibliotecas electrónicas como Scielo, a la biblioteca digital de la UMU, y a buscadores generales como Google académico.

Finalmente se incluyeron 21 artículos, que se muestran a continuación (tabla 1).

Por último se realizó una nueva lectura minuciosa de los estudios hallados, tras ello se agrupó la información extraída en tres categorías: limitaciones físicas, limitaciones sociales y limitaciones emocionales. Distinguiendo así las similitudes y diferencias entre sexos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cabe reseñar que en todos los artículos revisados manifiestan que se produce una disminución en mayor o menor medida de la calidad de vida de las per-

sonas que padecen incontinencia urinaria, pero en ninguno se afirma que tengan una calidad de vida igual o superior según el sexo.

Por otra parte, también hay que destacar que en la mayoría de los estudios se menciona que la prevalencia de esta afección es más alta en las mujeres que en los hombres (a pesar de que acaba igualándose la incidencia en la edad geriátrica) (2), quizá sea por ello que se encuentran numerosos trabajos cuya muestra de estudio son mujeres y que sean tan pocos estudios los que se centran en los hombres (3). No por ello el sexo masculino está exento de este problema, sino todo lo contrario, según Aristizábal, 2007 (4) se presenta mucho más frecuentemente de lo que se piensa. Se ha evidenciado que la afectación que aparece en calidad de vida es superior a la que causan enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la diabetes (5).

Para poder apreciar las similitudes y diferencias que se han hallado en el estudio, agruparemos en tres categorías las alteraciones que afectan a la calidad de vida. Las categorías son limitaciones físicas, emocionales y sociales.

Como se puede apreciar en la tabla 2, emergen multitud de restricciones que

contribuyen a disminuir significativamente la calidad de vida, reduciendo su autonomía y con repercusiones en el ámbito psicológico, laboral y social (6, 7). Por otro lado, también causa influencia en el sueño y en las relaciones con la pareja (2, 8, 9). Es muy significativa la alteración del sueño, pues ello va a derivar en otras complicaciones secundarias, como somnolencia diurna, falta de concentración o fatiga.

En mujeres aparecen ideas de que lo que les ocurre causa molestias a los demás, lo que termina por limitar sus relaciones sociales, ya que sienten vergüenza cuando interactúan con la gente. Todo ello les conduce a un aislamiento doméstico, encontrando seguridad en su hogar, puesto que allí pueden permitirse ir al baño siempre que lo necesiten o, en el caso de mojarse, cambiarse sin problemas, mientras que estando fuera tienen que estar pendientes de que haya un aseo cerca (10, 11, 12).

Resulta asimismo interesante las dos estrategias de afrontamiento ante el problema que menciona el estudio de Teunissen *et al.*, 2006 (13): las mujeres toman una actitud más activa, buscando soluciones para los escapes de orina como llevar ropa extra o proveerse de compresas, mientras que los hombres se muestran más pasivos, siendo propensos a perder el control y a manifestar sentimientos de enfado o frustración, lo que les mueve a pedir ayuda con más frecuencia. Esto pudiera ser debido a que ellas posiblemente asocian la incontinencia urinaria con la edad, los embarazos y los partos. De manera que acaban viéndolo como algo natural. Aún así sigue siendo uno de los tabúes sociales, que afecta marginando a las mujeres afectadas (1).

Para paliar los problemas que causa la incontinencia urinaria, las mujeres utilizan compresas en mayor medida que los hombres (14, 15), esto puede ser debido a que se encuentran más familiarizadas con su uso por la menstruación. Sin embargo, ellos emplean en mucho mayor porcentaje (43,6% de los hombres incontinentes frente al 11,1% de las mujeres) el papel como medida protectora (16).

Los estudios de España Pons y Puig Clota, 2009 (17) y Flores Pizarro, 2012 (18) señalan que las mujeres que pade-

Tabla 2

Limitaciones que afectan a la calidad de vida

	Similitudes	Diferencias
Limitaciones físicas	<ul style="list-style-type: none"> – Afectación del sueño. – Buscar el wc y frecuentarlo continuamente cuando están en lugares públicos. – Reducción de las actividades de ocio. – Actividad deportiva restringida. – Alteraciones laborales. – Padecen más infecciones urinarias y dermatitis. – Dificultades para viajar. 	<ul style="list-style-type: none"> ♀ Afectación en recreación física, las tareas domésticas, y el trabajo de reparación en el hogar o jardín.
Limitaciones emocionales	<ul style="list-style-type: none"> – Disminución de la autoestima. – Tristeza/depresión. – Sentimientos de incapacidad para controlar su IU. – Temor. – Ansiedad. – Vergüenza. 	<ul style="list-style-type: none"> ♀ Sienten frustración, rechazo, nerviosismo, percepción de que afecta a su salud, concepción de que lo que les pasa afecta a los demás, preocupación por la estigmatización social y sentimientos de culpa por no sentir deseo en el coito. ♂ Condición devastadora que genera culpa, inseguridad, apatía, rabia y pena. Sienten pérdida de su identidad masculina.
Limitaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> – Aislamiento social. – Miedo a que alguien pueda olerles. – Deterioro de la función sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ♀ Distanciamiento con su pareja en las relaciones sexuales. Se sienten despreciadas. ♂ Pueden sentir estigmatización social, se les reducen oportunidades al perder la identificación social.

cen incontinencia durante el coito padecen peor calidad de vida; sin embargo, en los hombres es la necesidad de usar absorbentes lo que causa un impacto en la función sexual. Quizá está inducida a causa de un impacto emocional, originado por la pérdida del rol tradicional masculino, que arrastra el uso de compresas. Por otra parte, ambos sexos tienen dificultades para empezar una nueva relación, mostrando miedo a ser rechazados cuando la nueva pareja descubre su problema de incontinencia (19).

En cuanto a la búsqueda de diferencias entre sexos en el modo de vivir la incontinencia urinaria, solo hemos encontrado un artículo que centre en ello su atención (13), evidenciando que el impacto en la calidad de vida es mayor en los hombres (3, 13), siendo muy bajo en las mujeres, excepto para tres actividades físicas: recreación física, las tareas domésticas y el trabajo de reparación en el hogar o jardín.

Por lo tanto nos hallamos ante dos cuestiones: por un lado, las mujeres son las que más padecen este problema, al tener una prevalencia mayor (20), y, por otro lado, los hombres sufren una afec-

Encontramos diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento, tomando las mujeres una actitud más activa que los hombres. Por otra parte, ellos presentan un grado mayor de afectación en la calidad de vida que las mujeres, salvo en algunas limitaciones físicas

tación en la calidad de vida más elevada (3). Lo que nos evidencia que también debemos poner atención en los hombres que soportan este problema. Por ello, como futura línea de investigación, sería importante evaluar si aparecen diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en el modo de vivir la incontinencia urinaria. De este modo, conocedoras de las alteraciones que se generan, podríamos actuar de una

manera más individual, proporcionando la educación necesaria para tratar esta situación y siendo de apoyo en las alteraciones psicológicas causadas por los sentimientos negativos que genera la incontinencia urinaria.

CONCLUSIONES

Tanto hombres como mujeres presentan graves alteraciones en su calidad de vida, estando dichas alteraciones originadas a causa de las limitaciones físicas, sociales y emocionales.

Encontramos diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento, tomando las mujeres una actitud más activa que los hombres. Por otra parte, ellos presentan un grado mayor de afectación en la calidad de vida que las mujeres, salvo en algunas limitaciones físicas. Además, los hombres se encuentran con una pérdida del rol tradicional, al tener que usar compresas, algo propio de las mujeres, causando sentimientos negativos al ver disminuida su potencia sexual. Mientras que ellas están más familiarizadas y lo asimilan como algo propio de la edad y su condición femenina. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. España Pons, M. Urinary incontinence in women. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120 (12): 464-472.
2. Delgado Aguilar, H.; Pereda Arregui, E.; Delgado Aguilar, M.J.; Vizcaya Horno, G., y Remírez Suberbiola, J.M. Atención primaria e incontinencia urinaria masculina. *Enfuro*, 2011. Abril, mayo, junio (118): 10-12.
3. Higa, R.; Baena de Moraes, M.E., y Levi Dáncona, C.A. Male incontinence: a critical review of the literature. *Nursing Florianópolis*. 2013. Enero-marzo 22 (1): 231-238.
4. Aristizábal Agudelo, J.M. Incontinencia urinaria masculina (parte 1). *Urología Colombiana*. 2007. Abril, 16 (1): 149-158.
5. Robles, J.E. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra*. 2006. Agosto; 29 (2): 219-231.
6. Maña González, M., y Mesas Sáez, A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan cuidados enfermería. *Enferm Clin*, 2002; 12 (5): 244-248.
7. Borba Alessandra Maria Cotrim de, Lelis Maria Alice dos Santos, Brêtas Ana Cristina Passarella. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto contexto - Enferm*. 2008. Septiembre; 17 (3): 527-535.
8. Cortés-Gálvez *et al*. Incontinencia urinaria "oculta", ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? *Rev Mex Urol*, 2014; 74 (2): 123-125.
9. Martínez Córcoles, B.; Salinas Sánchez, A.S.; Giménez Bachs, J.M.; Donate Moreno, M.J.; Pastor Navarro, H.; Virseda Rodríguez, J.A. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2008. Febrero; 32 (2): 202-210.
10. Reimundez, G. La enfermedad silenciosa: incontinencia urinaria. *Economía de la Salud*. 2002. Junio; 1 (2): 27-30.
11. 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. Mayo (5): 493-501.
12. Higa, R.; Baena de Moraes, M.E., y Ribeiro Turato, E. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Enfermagem*. 2008. Julio-agosto 16 (4): 779-786.
13. Teunissen, D.; Van den Bosh, W.; Van Weel, C., y Lagro-Janse, C. It can always happen. The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2006, septiembre; 24 (3): 166-173.
14. Orna-Esteban, M.I.; Artero-Muñoz, J.I.; Usieto-López, L.; Cuadra, P., e Isanta-Pomar, C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. *Semergen*. 2011; (7): 347-351.
15. Temml, C.; Haidinger, G.; Schmidbauer, J.; Schaatzl, G., y Madersbacher, S. Urinary incontinence in both sexes: Prevalence Rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurology and urodynamics*. 2000, 19: 259- 271.
16. Cervera Deval, J.; Serralta Davia, I.; Macia Pereja, C.; Moreno Alzuyet, J., y Mayoral Azofra, E. Urinary incontinence: a hidden problem? *Rehabilitación*. 2004. Enero, 38 (1): 1-6.
17. España Pons, M., y Puig Clota, M. Incontinencia de orina durante la actividad sexual coital. Síntomas asociados y gravedad de la incontinencia. *Actas Urológicas Españolas*. 2009; 33 (7): 801-805.
18. Flores, C., y Pizarro, J. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev. Chil. Obstet*. 2012, 77 (3): 175-182.
19. Hayder, D., y Schnepf, W. Experiencing and managing urinary incontinence: a qualitative study. *Western journal of nursing research*. 2010; 32 (4): 480-96.
20. Zunzunegui Pastor M.V., Rodríguez Laso A.; García de Yébenes, M.J.; Aguilar Conesa M.D., Lázaro y de Mercado P. y Otero Puime A: Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Atención Primaria*. 2003; 32 (6): 337-342.

CALATAYUD SUÑER, J.E.; ARGUEDAS CERVERA, P.; SALES NOGUERA, E.; MUÑOZ TÓRTOLA, M.A.; MUÑOZ BALAGUER, C.

¿Es la música un complemento a la analgesia en la litotricia extracorpórea?

Palabras clave: musicoterapia, analgesia, litotricia extracorpórea.

Keywords: music therapy, analgesia, extracorporeal lithotripsy.

Desde que en Alemania, en el año 1980, se desarrolló la primera máquina de litotricia, conocida como "bañera", su uso se ha ido expandiendo con la aparición de nuevos aparatos litotriptores. Podemos afirmar que la litotricia actualmente es el primer tratamiento de elección en las litiasis que tienen un diámetro entre 4 mm y 2 cm.

Actualmente, el 70% de pacientes con cálculos renales es tratado con litotricia.

En nuestra unidad de Litotricia del Hospital La Fe estamos utilizando este método de tratamiento desde hace años. Durante el año 2014 hemos realizado 1.073 litotricias.

Este tratamiento ocasiona en los pacientes unos efectos secundarios inmediatos durante la sesión de litotricia.

En primer lugar: ANSIEDAD, debido en ocasiones al desconocimiento del proceso. Esta situación se puede paliar, sobre todo, con una buena información del proceso.

En segundo lugar: DOLOR. Durante la sesión el paciente experimenta una sensación dolorosa en la zona de tratamiento. Este dolor es debido al impacto continuo sobre los receptores cutáneos y a la distensión de la cápsula renal y edemas intersticiales.

Para paliar el dolor durante la sesión se utilizan diversos métodos: en algunas unidades se practica la litotricia con una ligera sedación, con la ayuda de un anestesista. Sin embargo, en la mayoría de las unidades se practica la litotricia con la ayuda de una adecuada analgesia.

El hecho de que el paciente tenga una buena tolerancia al tratamiento, repercute en un mayor rendimiento de la litotricia durante la sesión, ya que permite alcanzar la intensidad adecuada para intentar la fragmentación del cálculo urinario.

En tercer lugar: INCOMODIDAD. El paciente tiene que permanecer durante toda la sesión de litotricia en una mesa no muy confortable, en una posición incómoda y, sobre todo, con un importante ruido del aparato litotriptor. Esto hace que el paciente aumente su ansiedad, pues asocia el ruido con el dolor (efecto latigazo).

El equipo de enfermería de esta unidad de Litotricia, en el

La concentración en una actividad como es el escuchar música disminuye la actividad del sistema nervioso simpático. La música libera endorfinas y modifica niveles de catecolaminas para facilitar el alivio del dolor, disminuyendo en ocasiones la tensión arterial, frecuencia respiratoria y cardiaca

afán de intentar minimizar estos efectos secundarios, decidimos incorporar la música como posible alternativa para paliar estas situaciones.

Y ¿por qué la música? Desde la época antigua (Grecia), la música se aplicaba para aliviar a los deprimidos y detener a los violentos.

Numerosos estudios han corroborado la consecución de significativas mejoras en la ansiedad, el dolor y el estado de ánimo en pacientes.

La concentración en una actividad como es el escuchar música disminuye la actividad del sistema nervioso simpático. La música libera endorfinas y modifica niveles de catecolaminas para facilitar el alivio del dolor, disminuyendo en ocasiones la tensión arterial, frecuencia respiratoria y cardiaca.

Después de esta pequeña introducción, vamos a exponer nuestro trabajo.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar si la audición de música durante la primera sesión de litotricia, disminuye la percepción del dolor y mejora el índice de satisfacción y ansiedad del paciente.

Figura 1
Cuestionario A

1	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Presenta dolor en el momento actual • Escala (0-10) • Escala visual 
2	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está usted nervioso por la sesión? • Escala (0-10)
3	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de música elegida (Grupo A) • Clásica, Pop internacional, Pop español, Jazz, Chill Out

Figura 2
Cuestionario B

1	• Identificación del paciente
2	• Aleatorización (tabla numérica): si - no
3	• Constantes previas a la sesión – analgesia previa
4	• Constantes durante el procedimiento • 2000-5000-7000 ondas
5	• Analgesia administrada durante la sesión
6	• Incidencias: Cuadro vagal, Crisis HTA, Interrupción

Figura 3
Cuestionario C

1	• ¿Ha presentado dolor durante la sesión? • Escala (0-10) • Escala visual
2	• ¿Cómo de satisfecho/a se ha encontrado durante la sesión? • Escala (0-10)
3	• ¿Se ha sentido cómodo/a durante la sesión? • Escala (0-10)
4	• ¿Cómo se siente ahora, tras la sesión? • Escala (0-10)
5	• ¿Cuántos nervios presente ahora, después de la sesión? • Escala (0-10)

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos el estudio prospectivo, comparativo, aleatorizado de grupos paralelos de pacientes con litiasis urinarias a pacientes tributarios de tratamiento con litotricia (7.000 ondas).

El estudio se realizó entre septiembre de 2013 y diciembre de 2013.

Un total de 95 pacientes fueron distribuidos en dos grupos:

Grupo A: recibieron auriculares y la posibilidad de elegir entre cinco tipos diferentes de música: clásica, pop internacional, pop español, jazz, chill out.

Grupo B: no se les ofreció la audición musical.

Variables: las variables registradas fueron: edad, género, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, interrupción del procedimiento, dolor, dosis analgesia, HZ intensidad.

Se entregaron unos cuestionarios al paciente antes del inicio de la sesión y al final de la misma.

El cuestionario consistía en:

Cuestionario A: a rellenar por el paciente sobre valoración del dolor y ansiedad antes de la sesión (escala analógica y visual).

Cuestionario B: a rellenar por la enfermera/o, donde se anotaban los siguientes datos: tipo de música elegida; constantes (TA, P, saturación y frecuencia respiratoria) antes de la sesión, a las 2.000 ondas, a las 5.000 ondas y a las 7.000 ondas. También se anotaba la analgesia administrada durante la sesión.

Cuestionario C: a rellenar por el paciente, sobre dolor, satisfacción, comodidad y ansiedad, al finalizar la sesión.

Tabla 1
Resultados

Variabes	Música	No música	Valor
Localización			
Renal	35 (83.3%)	35 (66%)	0,057
Ureteral	7 (16.7%)	18 (34%)	
Género			
Hombre	23 (54.8%)	37 (69.8%)	0,131
Mujer	19 (45.2%)	16 (30.1%)	
Edad	52.6 (+/- 12.4)	52 (+/- 13.7)	0,805

Tabla 2
Recibieron música 41 pacientes (44,2%). Abandonaron 2 pacientes

Tipos música		
Clásica	15	38.46%
Pop español	15	38.46%
Chill Out	4	10.26%
Jazz	3	7.69%
Pop Internacional	2	5.12%

Tabla 3
Resultados

Variable	Música	No música	P Valor
Constantes			
T.A.	133.62/81	127.23	0,064
Pulso	64.05	64.49	0,886
Respiración	19.77	21.04	0,573
Dolor			
Durante sesión	5.32	5.43	0,822
Satisfacción			
Final sesión	8.75	7.94	0,037
Confort			
Durante sesión	7.07	6.87	0,702
Ansiedad			
Final sesión	0,98	1,28	0,409

CONCLUSIONES

La audición de música durante una sesión de litotricia disminuye discretamente la percepción del dolor como complemento a la analgesia.

Sin embargo, sí mejora la comodidad, satisfacción y el estado de ansiedad del paciente. ▼

DEUSA FRANCES, M.; MUÑOZ BALAGUER, C.; VALERO ESCRIBÁ, M.L.; SAIZ SALVADOS, M.L.; ORTEGA CHECA, M.; LLUESMA MARTÍNEZ, V.

Estimulación eléctrica percutánea del nervio tibial (SANS) en patología del tracto urinario inferior: eficacia y seguridad

INTRODUCCIÓN

La vejiga hiperactiva (VH) se define, según la ICS (International Continence Society), como el síndrome de urgencia, con o sin incontinencia, acompañada habitualmente de frecuencia y nocturia, esta urgencia puede estar generada por diversas causas, entre las más importantes están: un exceso de liberación de mediadores, un exceso de actividad espontánea del detrusor o una gestión errónea de la información. Los tratamientos de elección son: la terapia conductual (cambios en los hábitos de vida, entrenamiento miccional, rehabilitación del suelo pélvico), los fármacos, la neuromodulación y la toxina botulínica. La vejiga hiperactiva produce efectos adversos en la calidad de vida y un gasto económico a la sociedad. Su prevalencia en España es del 19,9%, siendo superior en mujeres (23,6%) que en hombres (15,4%). La estimulación eléctrica nerviosa periférica puede ser de tres tipos: sacra (Interstim), percutánea tibial (SANS o PTNS) y transcutánea tibial (TENS). El SANS se desarrolló en 1993 en la Universidad de California por el doctor Marshall Stoller y fue aprobada por la FDA (Food & Administration). Demostró que el SANS en simios podría inhibir la vejiga hiperactiva y la incontinencia de urgencia. Posteriormente, Amarencó utilizó este tipo de corriente en el tratamiento de la vejiga hiperactiva y observó en el estudio urodinámico un aumento de la capacidad vesical, además de retrasar la aparición de contracciones no inhibidas del detrusor. El nervio tibial se trata de un nervio mixto, contiene fibras L4 a S3, de los mismos segmentos de la inervación de vejiga y suelo pélvico. El mecanismo de acción del SANS es la inhibición de la actividad vesical, despolarizando las fibras aferentes y sacras. Produce un cambio del mecanismo del procesamiento de los estímulos sensitivos, con posible reorganización de la excitabilidad del cortex.

OBJETIVOS

El de este trabajo es evaluar la seguridad y la eficacia del SANS del nervio tibial en la patología del tracto urinario inferior.

MATERIAL Y MÉTODO

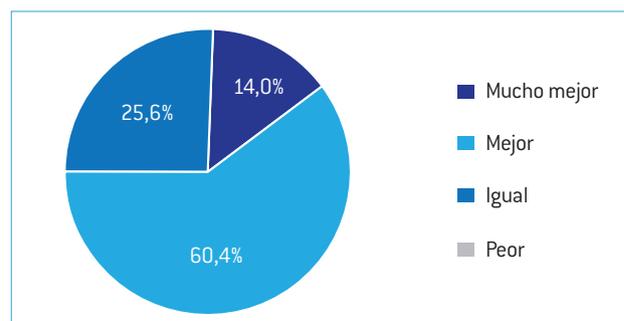
Estudio retrospectivo sobre 43 pacientes con una edad media de 56,1 años (23-79), con síntomas de vejiga hiperactiva refractaria a otros tratamientos. La mediana de seguimiento fue de 229 días (47-755). Un 23,3% fueron hombres y un 76,7% mujeres. Los cuestionarios que se utilizaron fueron: el cuestionario OABq-SF, el Diario miccional (Dm3d) y el Treatment Benefit Scale (TBS).

La duración del tratamiento fue de 12 sesiones semanales de 30 minutos de duración. Los criterios de inclusión fueron: vejiga hiperactiva refractaria a tratamiento farmacológico y frecuencia miccional superior a 8 micciones diarias. Los criterios de exclusión fueron: mujeres embarazadas, vejiga neurógena, infección urinaria e incontinencia urinaria de esfuerzo. El material utilizado fue: aguja de acupuntura 34 Gauge, con una amplitud de pulso de 200 microsegundos y una frecuencia de 20 Hz.

RESULTADOS

Finalizaron el tratamiento 37/43 pacientes (86%). Se consiera tratamiento completo 11 sesiones o más y se consideran pacientes respondedores aquellos pacientes que contestan al final del tratamiento al cuestionario TBS mucho mejor o mejor.

Figura 1
Respuesta del TBS en todos los pacientes



DISCUSIÓN

En nuestro estudio se observó mejoría estadísticamente significativa de la frecuencia miccional nocturna, y una tendencia a la mejoría, sin ser estadísticamente significativa del grado de urgencia del diario y del cuestionario OAB-q. Estos resultados son similares a los publicados en la literatura; así, en el estudio OrBIT se observó mejoría estadísticamente significativa en el cuestionario OABq-SF, y mejoría no estadísticamente significativa en el Dm3d.

En los estudios SumIT y STEP trial se observó mejoría estadísticamente significativa OABq-SF, nocturia y grado de urgencia. Estos últimos estudios presentan resultados más similares a los nuestros.

Tabla 1

Resultados pacientes tratados

	Basal	Post tratamiento	%cambio	P
OAB-q severidad	53,8	48,1	-10,6%	0,055
OAB-Q QoL	54,2	55,6	2,6%	0,144
Nº episodios urg.	10,7	9,4	-12,0%	0,213
Grado urgencia	3,3	3	-9,0%	0,053
Nº episodios incont.	2,8	1,2	-57,0%	0,156
Frecuencia micc. 24h	11,8	10,9	-7,6%	0,130
Frecuencia micc. noc.	1,8	1,1	-38,9%	0,003
Frecuencia micc. día	9,6	9,6	0,0%	0,985
CV máxima	311,12	332,1	6,7%	0,852
CV mínima	71,9	77	7,1%	0,157
CV media	168,4	164,3	-2,4%	0,455

Tabla 2

Resultados respondedores

	Basal	Post tratamiento	%cambio	P
OAB-q severidad	53,0	48,1	9,20%	0,055
OAB-Q QoL	54,8	55,6	1,5%	0,144
Nº episodios urg.	10,5	9,4	-10,5%	0,213
Grado urgencia	3,2	3	6,2%	0,053
Nº episodios incont.	2,7	1,2	-55,5%	0,156
Frecuencia micc. 24h	11,7	10,9	-6,8%	0,130
Frecuencia micc. noc.	1,7	1,1	-35,3%	0,003
Frecuencia micc. día	9,5	9,6	1,0%	0,985
CV máxima	313,8	332,00	5,8%	0,852
CV mínima	72,8	77	5,8%	0,157
CV media	171	164	-4,00%	0,455

SEGURIDAD

Abandonaron el tratamiento 1/43 pacientes (2,3%) por alteración en la esfera sexual.

CONCLUSIÓN

El SANS es una técnica segura con una mejoría significativa de la nocturia, tendencia a la mejoría de la urgencia y disminución de la severidad, por lo que creemos que es una buena alternativa en pacientes con vejiga hiperactiva refractaria a anticolinérgicos. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. NeuroUrol Urodyn. 2013 Mar; 32 (3): 206-14. doi: 10.1002/nau.22296. Epub 2012 Aug 20. Effects of percutaneous tibial nerve stimulation on adult patients with overactive bladder syndrome: a systematic review.

Moosdorff-Steinhauser HF, Berghmans B.

- Int Urogynecol J. 2012 Nov; 23 (11): 1591-7. doi: 10.1007/s00192-012-1712-4. Epub 2012 Mar 13. The efficacy of posterior tibial nerve stimulation for the treatment of overactive bladder in women: a systematic review. Levin PJ, Wu JM, Kawasaki A, Weidner AC, Amundsen CL.
- Int Urogynecol J. 2014 Aug; 25 (8): 1065-9. doi: 10.1007/s00192-014-2359-0. Epub 2014 Mar 6. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation: evaluation of a therapeutic option in the management of anticholinergic refractory overactive bladder. Ammi M, Chautard D, Brasart E, Culty T, Azzouzi AR, Bigot P.
- J Urol. 2010 Apr; 183 (4): 1438-43. doi: 10.1016/j.juro. 2009. 12.036. Epub 2010 Feb 20. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus Sham efficacy in the treatment of overactive bladder syndrome: results from the SUmIT trial.

Peters KM, Carrico DJ, Pérez-Marrero RA, Khan AU, Wooldridge LS, Davis GL, Macdiarmid SA.

- NeuroUrol Urodyn. 2013 Jan; 32 (1): 24-9. doi: 10.1002/nau. 22266. Epub 2012 Jun 5. Sustained therapeutic effects of percutaneous tibial nerve stimulation: 24 month results of the STEP study. Peters KM, Carrico DJ, MacDiarmid SA, Wooldridge LS, Khan AU, McCoy CE, Franco N, Bennett JB.
- J Urol. 2013 Jun; 189 (6): 2194-201. doi: 10.1016/j.juro. 2012. 11.175. Epub 2012 Dec 3. Percutaneous tibial nerve stimulation for the long-term treatment of overactive bladder: 3-year results of the STEP study. Peters KM, J Urol., Wooldridge LS, Miller CJ, MacDiarmid SA.
- NeuroUrol Urodyn. 2013 Mar; 32 (3): 206-14. doi: 10.1002/nau. 22296. Epub 2012 Aug 20. Effects of percutaneous tibial nerve stimulation on adult patients with overactive bladder syndrome: a systematic review. Moosdorff-Steinhauser HF, Berghmans B.
- Int Urogynecol J. 2012 Nov; 23 (11): 1591-7. doi: 10.1007/s00192-012-1712-4. Epub 2012 Mar 13. The efficacy of posterior tibial nerve stimulation for the treatment of overactive bladder in women: a systematic review. Levin PJ, Wu JM, Kawasaki A, Weidner AC, Amundsen CL.
- Int Urogynecol J. 2014 Aug; 25 (8): 1065-9. doi: 10.1007/s00192-014-2359-0. Epub 2014 Mar 6. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation: evaluation of a therapeutic option in the management of anticholinergic refractory overactive bladder. Ammi M, Chautard D, Brasart E, Culty T, Azzouzi AR, Bigot P.
- J Urol. 2010 Apr; 183 (4): 1438-43. doi: 10.1016/j.juro. 2009. 12.036. Epub 2010 Feb 20. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus Sham efficacy in the treatment of overactive bladder syndrome: results from the SUmIT trial. Peters KM¹, Carrico DJ, Pérez-Marrero RA, Khan AU, Wooldridge LS, Davis GL, Macdiarmid SA.
- NeuroUrol Urodyn. 2013 Jan; 32 (1): 24-9. doi: 10.1002/nau. 22266. Epub 2012 Jun 5. Sustained therapeutic effects of percutaneous tibial nerve stimulation: 24 month results of the STEP study. Peters KM¹, Carrico DJ, MacDiarmid SA, Wooldridge LS, Khan AU, McCoy CE, Franco N, Bennett JB.

GARRIDO SERRANO, M.J.¹; BARRERA RAMÍREZ, P.²; JIMÉNEZ MARTÍN, A.³; GONZÁLEZ PACHECO, C.⁴; HERNÁNDEZ TORRES, C.⁵
^{1,2,3} Enfermeras. ⁴ Supervisora de enfermería. ⁵ Coordinadora de enfermería del bloque quirúrgico Hospital Virgen de Valme, Sevilla

¿Son seguros nuestros quirófanos?

RESUMEN

La seguridad de la cirugía es una prioridad de salud pública. Nuestro objetivo: confirmación de las prácticas seguras en quirófano. Hemos revisado numerosos documentos sobre medidas de prácticas quirúrgicas seguras. Tras analizar estas recomendaciones, las hemos comprobado con nuestras actuaciones diarias en todas las intervenciones programadas que se han realizado en el quirófano de urología en 2014 en el Hospital Valme, Sevilla. Los puntos que hemos detectado con áreas de mejora son: prevención de la infección de la herida quirúrgica, lavado quirúrgico de manos y mantenimiento de la normotermia. Los puntos de actuación correcta son: profilaxis antibiótica, prevención TEV, aspectos derivados de la anestesia, listado verificación quirúrgica, medicamentos de aspecto o nombres parecidos y realización del procedimiento correcto en el lugar correcto del cuerpo. Hemos detectado áreas de mejora, que nos han planteado revisión de protocolos y sesiones. Tenemos importantes líneas de investigación futuras. Concluimos que nuestros quirófanos son seguros.

Palabras clave: seguridad del paciente, enfermería de quirófano e infección.

SUMMARY

The safety of surgery is a public health priority. Objective: confirmation of safe practices in the operating room. We have reviewed several documents about safety measures in surgery practice. After analyzing these recommendations we have compared with our daily practice in all programmed interventions that have been performed in the urology operating room in 2014 at hospital Valme, Seville. The main areas we have detected for improvement are: prevention of infection of the surgical wound, surgical hand washing and maintenance of normothermia. The correct action points are: antibiotic prophylaxis, VTE prevention, issues arising from anesthesia, surgical check list, drugs with similar appearance or name and achievement of the right procedure at the right place in the body. We have identified areas for improvement, and as a consequence we have reviewed protocols and sessions. We have important future research. We conclude that our operating rooms are safe.

Keywords: patient safety, surgery nursing and infection.

INTRODUCCIÓN

En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (1). El tema elegido para el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente es la seguridad de las prácticas quirúrgicas, lo que justifica nuestro estudio. "La cirugía segura salva vidas" es una iniciativa multifacética y participativa para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura, consistente en: 10 objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía, 5 "estadísticas vitales" para medir los progresos realizados, y una lista de verificación de la seguridad de la cirugía, que se rellenará en cada procedimiento quirúrgico. Es imprescindible que las prácticas seguras se integren en la atención quirúrgica. Los sistemas deben respaldar el objetivo de mejorar la atención en todos los entornos, independientemente de sus recursos. La seguridad de la cirugía es una prioridad de salud pública. Hasta un 25% de los pacientes

quirúrgicos hospitalizados sufre complicaciones posoperatorias. La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5-5%. En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados está relacionada con la atención quirúrgica. El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos. Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados (1).

OBJETIVOS

General

1. Confirmación de las prácticas seguras en quirófano.

Específicos

1. Revisión de nuestras prácticas asistenciales quirúrgicas con las recomendaciones de seguridad.

2. Exposición de nuestras áreas de mejora con respecto a la seguridad quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio amplio de documentos: a nivel internacional proporcionados por la OMS sobre: "Soluciones para la seguridad del paciente", "La investigación en seguridad del paciente" y "La cirugía segura salva vidas". A nivel nacional: "Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico". Y a nivel regional, de la Consejería de Salud de Andalucía sobre: "Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA (2011-2014)".

Hemos hecho una comparativa de todas estas recomendaciones y nuestras actuaciones en el quirófano para buscar nuestros puntos críticos de seguridad, verificar nuestros aciertos y/o errores relacionados con la actuación enfermera en este tema. Los puntos analizados han sido:

1. Prevención de la infección de la herida quirúrgica. Lavado quirúrgico de manos

La infección de la herida quirúrgica sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, no se cumplen de manera sistemática (1). Las recomendaciones de la "Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente" del SNS distinguen unas recomendaciones en tres momentos diferentes (3), nosotros nos hemos centrado en el segundo:

Prevención durante la cirugía:

- El personal de quirófano debería lavarse las manos antes de la primera intervención de la lista utilizando una solución antiséptica quirúrgica, con un cepillo de un solo uso para las uñas. Entre operaciones, las manos deberían lavarse con una solución alcohólica o antiséptica.
- El personal de quirófano debería quitarse los anillos antes de las intervenciones quirúrgicas. Del mismo modo debería retirar el esmalte de uñas y las uñas artificiales antes de las intervenciones quirúrgicas.
- Se recomienda no utilizar campos quirúrgicos autoadhesivos de forma rutinaria, puesto que pueden aumentar el riesgo de IHQ.
- El personal de quirófano debería llevar batas estériles en el quirófano durante la intervención quirúrgica. La ropa quirúrgica cumplirá estrictamente la Norma EN 13795.
- Se recomienda utilizar dos pares de guantes estériles cuando hay riesgo alto de perforación de guantes y las consecuencias de la contaminación pueden ser graves.
- Se recomienda preparar la piel en el quirófano antes de la incisión con clorhexidina. Si no se dispone de clorhexidina, se puede considerar el uso de povidona yodada.
- Se recomienda no utilizar diatermia en la incisión quirúrgica para reducir el riesgo de IHQ.
- Se recomienda mantener la perfusión adecuada durante la cirugía.
- No se recomienda administrar insulina rutinariamente en pacientes no diabéticos para optimizar la glucemia en el posoperatorio para reducir el riesgo de IHQ.
- No se recomienda irrigar la herida para reducir el riesgo de IHQ.
- No se recomienda utilizar un lavado intracavitario adicional con antibióticos para reducir el riesgo de IHQ.
- No se recomienda redesinfectar la piel al final de la operación para reducir el riesgo de IHQ.
- Se recomienda cubrir las heridas quirúrgicas con un vendaje apropiado al final de la operación.

2. Uso de la profilaxis antibiótica

Administración de profilaxis antibiótica (elección, duración, dosis y vía de administración) según las recomendaciones de la GPC (3):

- Los antibióticos elegidos para la profilaxis deben cubrir los patógenos esperados en la intervención quirúrgica a realizar.
- Los antibióticos de reducido espectro y menos caros deberían ser de primera elección para la profilaxis antibiótica durante la cirugía.
- Los antibióticos profilácticos endovenosos deberían darse entre los 30 y 60 minutos antes de la incisión.
- Una única dosis terapéutica estándar de antibiótico es suficiente para la profilaxis en la mayoría de las circunstancias, salvo que la intervención se prolongue más de cuatro horas o se produzca una pérdida de sangre >1.500 cc.
- Se recomienda una única dosis de antibiótico con una vida media suficientemente larga para mantener la actividad durante toda la intervención, aunque para artroplastia se recomiendan hasta 24 horas de profilaxis antibiótica.
- Pueden requerirse dosis adicionales de antibióticos para cirugías largas (que sobrepasen las cuatro horas de duración) o en caso de pérdida sanguínea importante (>1.500 ml) durante la intervención.
- La profilaxis antibiótica para la cirugía debería administrarse por vía endovenosa.

3. Prevención del tromboembolismo venoso

Medidas farmacológicas en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante de manera rutinaria según la GPC (3):

- Se debe valorar el riesgo de complicaciones trombóticas en todo paciente que se va a someter a cirugía, considerando el tipo de cirugía y las características del paciente.
- Todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y va a permanecer en el hospital tras la cirugía debe recibir algún método eficaz de prevención de complicaciones trombóticas.
- En todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y va a permanecer en el hospital tras la cirugía se recomiendan las medias de compresión, preferiblemente las graduadas hasta la cadera o el muslo, si no existe contraindicación.
- Los mecanismos de presión neumática intermitente son una alternativa al tratamiento farmacológico.
- En pacientes con ciertos factores de riesgo de trombosis, o que van a ser sometidos a una cirugía con un riesgo elevado de complicaciones trombóticas, se recomienda el tratamiento con heparinas de bajo peso molecular, además de medidas mecánicas.

4. Mantenimiento de la normotermia

Agentes farmacológicos para la prevención de la hipotermia (3):

- Debería valorarse el riesgo de hipotermia de cada paciente antes de la cirugía. Los profesionales sanitarios deberían asegurarse de que los pacientes no tengan frío antes de ir al quirófano, abrigándoles con mantas o un edredón, especialmente si se les medica previamente.
- La temperatura corporal debería ser de 36 °C o superior antes de trasladar al paciente a quirófano. Si la temperatura del paciente es < 36 °C, el calentamiento con aire forzado debería empezar antes del traslado a quirófano y mantenerlo durante la fase intraoperatoria.

Mantenimiento de la normotermia durante la operación (3):

- La temperatura del paciente debería tomarse y documentarse antes de la inducción anestésica y cada 30 minutos hasta el final de la cirugía.
- La inducción anestésica no debería iniciarse hasta que la temperatura del paciente sea ≥ 36 °C.
- El paciente debería estar cubierto adecuadamente durante la intervención para conservar el calor.
- Los pacientes con riesgo de hipotermia y que se sometan a una anestesia <30 minutos deberían ser calentados durante la operación con un dispositivo de calentamiento de aire forzado.
- Todos los pacientes sometidos a anestesia >30 minutos deberían ser calentados desde la inducción anestésica con un dispositivo de calentamiento de aire forzado.
- La temperatura de los dispositivos de aire caliente convectivo debería programarse al máximo y ajustarse posteriormente para mantener una temperatura mínima en el paciente de 36,5 °C.
- Los líquidos endovenosos para irrigación deberían calentarse a una temperatura de 38-40 °C.

5. Aspectos derivados de la anestesia: prevención de náuseas y vómitos

Las recomendaciones de la GPC (3):

- Se deberían identificar los factores de riesgo asociados con las NVPO en cada paciente que va a ser sometido a cirugía.
- La profilaxis con antieméticos debería considerarse en los pacientes con riesgo moderado o alto de presentar NVPO.
- Cuando sea posible la elección, se debe advertir a los pacientes que el riesgo de NVPO disminuye al utilizar anestesia regional en lugar de anestesia general.
- Se debe considerar la anestesia regional en pacientes con alto riesgo de presentar NVPO. Si se utiliza anestesia general, se deben disminuir los factores de riesgo cuando sea posible.
- Se debe minimizar la utilización de opioides en las intervenciones. Los profesionales deben evaluar el

balance entre riesgo y beneficio de la administración de opioides en relación al riesgo de NVPO.

- Se debería considerar la prevención de las NVPO administrando dexametasona, ondansetron o droperidol.
- Los pacientes con alto riesgo de presentar NVPO deben recibir terapia combinada para la prevención de NVPO.

6. Implicaciones de la lista de verificación quirúrgica de la OMS

La lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (1) colaboró con numerosas personas de todas las regiones de la OMS con amplia experiencia en cirugía y sus subespecialidades, identificaron una serie de controles de seguridad que pueden efectuarse en cualquier quirófano. El resultado es la lista de verificación, que pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas.

Instrucciones breves sobre cómo utilizar la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: es fundamental que el proceso de verificación de la lista lo dirija una sola persona. Por lo general, el responsable de marcar las casillas de la lista será una enfermera, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación. La lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (salida) (1).

7. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos

La existencia de nombres confusos de medicamentos es una de las causas más comunes de error de medicación y es una preocupación en

todo el mundo (2).

Estrategias recomendadas por la OMS (2):

- Garantizar que las organizaciones de atención sanitaria identifiquen y administren activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos mediante:
 - a) La revisión anual de este tipo de medicamentos en su organización.
 - b) La implementación de protocolos clínicos.
 - c) La elaboración de estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles.
 - d) El almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden no alfabético, como por ejemplo por número de cubo, en estantes o en dispositivos de dispensación automática.
 - e) La utilización de técnicas tales como negrita y colores diferentes para reducir la confusión asociada con el uso de nombres LASA en etiquetas, cubos de almacenamiento y estantes, pantallas de computadora, dispositivos de dispensación automática y registros de administración de medicamentos.

8. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto

Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado y la persona equivocada) si bien son poco frecuentes, no son un evento "raro", tal como deja en evidencia el constante aumento en la cantidad de casos denunciados.

Considerados incidencias evitables, estos casos son en gran parte el resultado de una mala comunicación y de información no disponible o incorrecta. Los análisis detallados de estos casos indican que uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado, y probablemente un grado de automatiza-

ción del personal (verificar sin pensar) en la forma de encarar las rutinas de verificación preoperatorias (2).

Estrategias recomendadas por la OMS (2):

1. Establecer la realización de la cirugía correcta en el lugar del cuerpo correcto como una prioridad de seguridad en los establecimientos de atención sanitaria, que requiere liderazgo y la participación activa de todos los facultativos de primera línea y demás trabajadores de la atención sanitaria.
2. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con protocolos.

Una vez analizados los puntos anteriores, elaboramos una hoja de recogida para cada intervención realizada en los quirófanos de urología programados durante el año 2014 en el Hospital Virgen de Valme de Sevilla. Para verificar qué ítems habían sido realizados según las normas.

RESULTADOS

1. Prevención de la infección de la herida quirúrgica

Centrándonos en nuestra atención en el quirófano, tenemos un correcto protocolo de lavado quirúrgico de manos, indicado por medicina preventiva de nuestro hospital que sigue las recomendaciones antes citadas. Pero no todo el personal sigue estas recomendaciones, el 29%.

Sin embargo, los campos quirúrgicos que habitualmente usamos en todas nuestras cirugías son adhesivos. Sí llevamos batas estériles en el quirófano. El uso de los guantes también es racional y correcto a la cirugía realizada.

La preparación de la piel la realizamos con desinfección de la zona operatoria con povidona yodada. Por lo que en el 100% de los casos no usamos el primer desinfectante de elección.

El uso de hoja de bisturí para realizar la incisión quirúrgica se emplea en el 81% de los casos.

Somos cuidadosos junto con el equipo de anestesia en el mantenimiento de la perfusión, no administramos insulina de forma rutinaria, ni irriga-

mos la herida quirúrgica, ni realizamos lavados intracavitarios y realizamos una correcta colocación del apósito al final de la intervención en el 100% de los casos.

2. Uso de la profilaxis antibiótica

Tenemos un protocolo de profilaxis antibiótica específico para cada tipo de cirugía que realizamos con pautas claras de administración en tiempos y formas, en el 100% de los casos se ha seguido el protocolo.

3. Prevención del tromboembolismo venoso

El anestesista realiza la revisión de este apartado y enfermería realiza la colocación de las medias de compresión venosa periférica en MMII según protocolo de forma correcta en el 90% de los casos.

4. Mantenimiento de la normotermia

No tenemos un protocolo claro en este punto, porque no se suele tomar ni documentar la temperatura en el quirófano. Sí hay un correcto uso de las mantas térmicas de calor de aire forzado, ya que las usamos de forma sistemática en cirugías con anestesia general que prevemos una duración mayor de 30 minutos. Y las usamos en cirugías con anestesia locorregional si las demanda el paciente tras preguntarle si refiere frío.

5. Aspectos derivados de la anestesia: prevención de náuseas y vómitos

Este punto es totalmente dependiente del anestesista, realizamos profilaxis antiemética en anestesis generales con dexametasona entre 4 y 8 mg ivd y ondansetrón 4 mg, que solemos administrar conjuntamente con la "dosis carga", que consiste en metamizol 2 g iv y desketoprofeno 50 mg iv, diluidos en 100 cc de suero fisiológico.

6. Implicaciones de la lista de verificación quirúrgica de la OMS

Tenemos nuestro listado de verificación quirúrgico fundamentado en las recomendaciones de la OMS: es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios, que nos permi-

te mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables, fomentando a su vez la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas.

Se ha realizado y registrado en el 92% de los casos.

7. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos

Tenemos un protocolo de preparación de fármacos dentro del área quirúrgica: siempre cargamos ciertos fármacos en jeringas de la misma capacidad; por ejemplo, la atropina en jeringa de 2 cc, el fentanilo en jeringa de 5 cc, el relajante muscular en jeringa de 10 cc, el propofol en jeringa de 20 cc, todo fármaco que cargamos lo rotulamos y no se tira ninguna ampolla, por si tenemos alguna reacción alérgica o queremos verificar el fármaco cargado antes de su administración. También cargamos las perfusiones de la misma manera siempre; por ejemplo: el remifentanilo un vial con 2 mg iv en 100 cc de suero fisiológico, el relajante muscular como el cisatracurio 10 cc en 90 cc de suero fisiológico.

Hemos revisado y retirado algunos formatos de fármacos que podían inducir a errores, como el midazolam que solo tenemos presentaciones de 5 mg iv en viales de 5 cc. Hemos retirado las ampollas de adrenalina de nuestros carros de medicación y pasado a tener presentación de adrenalina 1 mg iv en jeringa precargada.

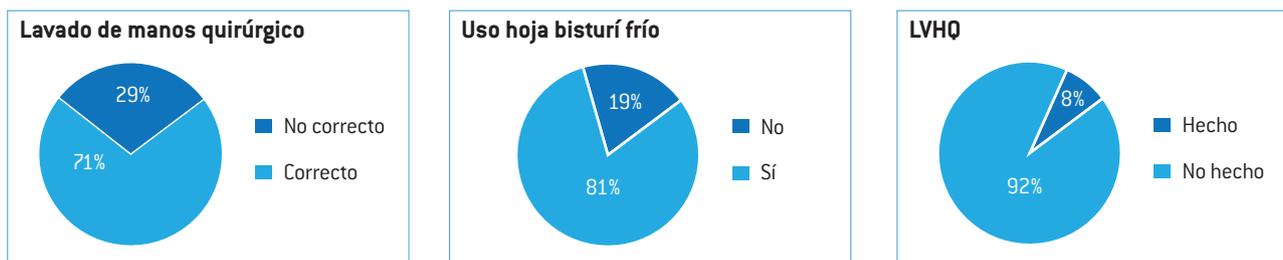
Tenemos un sistema de declaración de errores en la administración de fármacos de forma anónima, con recogida en un buzón en nuestra área de dicho registro y notificación de errores en nuestra intranet.

Hemos modificado nuestro almacén de fármacos identificándolos al 100% por principios activos y ordenándolos por orden alfabético.

8. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto

Incluido en nuestro listado de verificación quirúrgico según la OMS. Correcto en el 100% de los casos.

Figura 1



DISCUSIÓN

Hemos detectado áreas de mejora, que nos han planteado:

- Revisión del protocolo de desinfección del campo quirúrgico: hemos solicitado a farmacia el suministro de solución de clorhexidina tintada. Justificando nuestra solicitud con la evidencia antes comentada.
- Establecimiento del protocolo de mantenimiento de la normoterapia: se han solicitado sensores de temperatura para monitorizar la temperatura corporal en el intraoperatorio que aseguren el seguimiento del protocolo.
- Se han vuelto a repetir sesiones clínicas informativas sobre el correcto protocolo de lavado quirúrgico de manos.
- Se han realizado sesiones informativas sobre las medidas de seguridad y buenas prácticas quirúrgicas, incidiendo en la recomendación del uso de hoja de bisturí frío frente al bisturí eléctrico para realizar las incisiones quirúrgicas.
- Tenemos importantes líneas de investigación futuras: queremos verificar la incidencia de estas medidas adoptadas, su grado de cumplimiento y su incremento en la seguridad de nuestros quirófanos.

CONCLUSIÓN

Concluimos que nuestros quirófanos son seguros, aunque tenemos unas áreas de mejora en las que estamos trabajando. Algunas de ellas ya corregidas, como por ejemplo el uso de la clorhexidina como desinfectante de primera elección frente a la povidona yodada, el establecimiento de un protocolo de mantenimiento de normoterapia y el conocimiento por parte

de todo el personal de las medidas de prácticas quirúrgicas seguras tras haber realizado sesiones clínicas formativas a todo el equipo quirúrgico.

Ha sido un trabajo largo y duro que comenzó a finales de 2013, con el estudio de los documentos antes mencionados, que despertó la inquietud de mejorar nuestra práctica asistencial hacia la seguridad de nuestros pacientes.

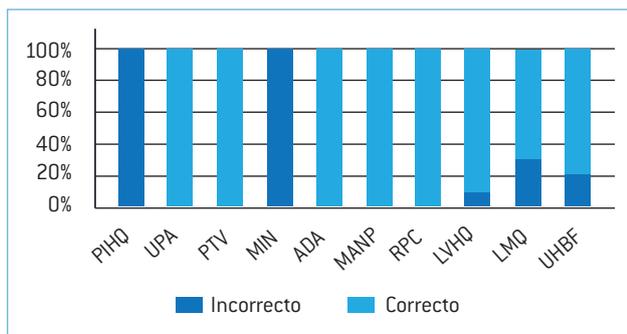
Después de identificar nuestras áreas de mejora nos lanzamos a buscar soluciones y promover intervenciones enfermeras que cambiaran nuestros déficits, han sido muchas horas de reuniones y trabajo extraasistencial que hoy podemos decir que nos enorgullecen, pues hemos podido mejorar la seguridad en nuestros quirófanos y no cesaremos de trabajar en este tema. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La cirugía segura salva vidas. Segundo Reto por la Seguridad del Paciente. OMS. 2008.
2. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo 2007. The Joint Commission International. Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente.
3. Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.
4. Antisépticos cutáneos en el preoperatorio para la prevención de infecciones de la herida quirúrgica después de una intervención quirúrgica limpia (revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.
5. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA. 2011-2014.
6. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. OMS. 2008.
7. Tanner, J; Swarbrook, S; Stuart, J. Antisepsia manual quirúrgica para reducir la infección del sitio quirúrgico (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Infecciones en cirugía. Fisterra.com. 2014.
9. Protocolo Instituto Nacional de Rehabilitación. Seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos. 2012.

Figura 1

Prácticas quirúrgicas seguras



ROMAY CEA, R.; ALMUÍÑA DÍAZ, C.; SAAVEDRA ILLOBRE, B. EOXI - A Coruña. A Coruña

Evaluación de catéter para sondaje intermitente

Palabras clave: sondaje intermitente limpio, catéter, evaluación.

Keywords: clean intermittent catheterization, catheter, evaluation.

INTRODUCCIÓN

El producto de estudio es una sonda para cateterismo intermitente, de un solo uso, fabricada con polietileno libre de PVC, de baja fricción, estéril, con lubricante hidrofílico y dotada de sistema no-touch.

OBJETIVOS

El objetivo principal es determinar la calidad percibida por el usuario de la sonda a estudio en el tratamiento ambulatorio de la vejiga neurógena. Como objetivos secundarios: valorar la aceptación y satisfacción del usuario a medio plazo de la sonda, evaluar la facilidad para conservar la esterilidad al manipular el catéter y valorar las complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio unicéntrico, epidemiológico, observacional y prospectivo, basado en cuestionarios de opinión.

Se han especificado criterios de inclusión, exclusión y de finalización o retirada.

El período de estudio comprende de marzo de 2013 a mayo de 2014 (>13 meses de reclutamiento irregular).

N = 31 casos. 24 hombres y 7 mujeres con edades comprendidas entre 24 y 66 años.

N válidos = 30 (según criterios del estudio).

Se ha pasado el cuestionario en cuatro visitas: 1 = visita inicial, 2 y 3 = visitas de seguimiento y 4 = visita final.

Si se produjese una reacción adversa o sospecha de la misma, en el estudio se contempla la cumplimentación de "Notificación de sospecha de reacción adversa".

El estudio superó la evaluación del comité bioético del centro.

RESULTADOS

El número acumulado de percepciones positivas (satisfecho + muy satisfecho) está muy por encima de las negativas (figura 1). En la valoración de la facilidad de introducción el 87% lo valora como fácil o muy fácil, y en la facilidad de retirada de la sonda, el 96% lo valora como fácil o muy fácil (figura 2). Solo un paciente ha sufrido una infección de orina. No se han registrado complicaciones.

Figura 1

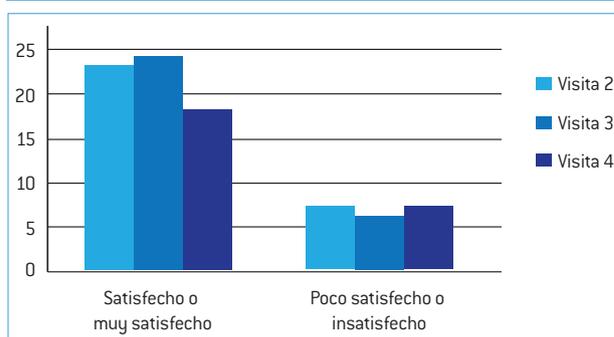
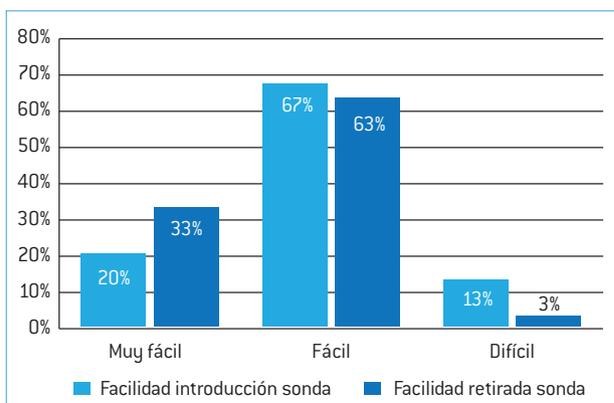


Figura 2



CONCLUSIONES

La muestra finalmente recogida no da lugar a generalizaciones de los datos obtenidos, siendo las conclusiones de carácter descriptivo:

- La mayoría de usuarios / pacientes ha valorado de manera positiva (satisfactoria o muy satisfactoria) el uso de la sonda a estudio.
- A medio plazo, pocos pacientes se han mostrado insatisfechos con el uso de la sonda.
- Los datos sugieren que la manipulación de la sonda resulta sencilla para la conservación de esterilidad. ▼

LÓPEZ PÉREZ, M.¹; TORRES RIOJA, A.²; MARINAS PÉREZ, M.J.²; SÁNCHEZ MESONERO, E.²; MUÉLLEDES HERNÁNDEZ, C.²; MERINO PASTOR, A.²
¹Supervisora, Río Hortega, Valladolid; ² Enfermeras, Río Hortega, Valladolid

Valoración del paciente cistectomizado tras el alta hospitalaria en relación a la incontinencia y la urostomía

RESUMEN

Las secuelas en una cistectomía radical suponen un reto en personas que la sufren para incorporarse a su vida normal. Es competencia enfermera evaluar estas circunstancias. El objetivo es conocer problemas y necesidades del paciente cistectomizado en el ámbito domiciliario. Se realiza una encuesta relacionada con el manejo de la incontinencia urinaria y de los dispositivos de urostomía en el domicilio tras el alta hospitalaria en pacientes con cistectomía radical y derivación urinaria diferente (neovejiga ileal ortotópica, tipo Bricker, tipo Mainz II). En los casos de neovejiga, la incontinencia urinaria ralentiza su reinserción sociofamiliar y demandan información sobre recuperación de la continencia diurna y en manejo de colectores. Los urostomizados demandan instrucción e información en el manejo de los dispositivos. Como conclusión, consideramos la necesidad de elaborar una guía de recomendaciones al alta.

Palabras clave: cistectomía, derivación urinaria, calidad de vida.

SUMMARY

The aftermath in a radical cystectomy is a challenge for people affected to go on with his normal life. It is a nursing competence to evaluate those circumstances. The objective is to know problems and needs of the patient with cystectomy at home. A survey related to the management of urinary incontinence and urostomy devices at home after hospital discharge in patients with radical cystectomy and different urinary diversion (orthotopic ileal neobladder, Bricker, Mainz II type) is conducted. In the case of neobladder, urinary incontinence delays social and family reintegration. Additionally those patients demand information regarding recovery daytime continence management and collectors. Patients with an urostomy demands training and information about devices management. In conclusion, we consider it is need to design a guide of recommendations at home.

Keywords: cystectomy, urinary diversion, quality of life.

INTRODUCCIÓN

En el servicio de Urología del HURH de Valladolid se tiene experiencia, desde los años 80, en derivaciones urinarias por cistectomía radical, generalmente de causa tumoral, tanto ortotópicas (ureteroileoureterostomía o neovejiga ileal) como heterotópicas (ureteroileostomía tipo Bricker, ureterosigmoidostomía tipo Mainz II). Durante el ingreso hospitalario para la cirugía, al paciente se le aplican protocolos, procedimientos y cuidados estandarizados, que incluyen numerosa información e instrucciones sobre el proceso quirúrgico y posquirúrgico inmediato. La estancia media es aproximadamente de un mes, lo que favorece establecer una relación especial con estos pacientes y sus familias.

De ahí surge este trabajo, al preguntarnos cómo es la incorporación de estas

personas a su vida tras la cirugía en el domicilio (1, 2). En el momento del alta, los pacientes con neovejiga ileal ortotópica solo disponen de un día (en el hospital) para experimentar la dimensión de su incontinencia urinaria y aprender el manejo de los colectores o pañales; en las derivaciones tipo Bricker el paciente no practica en los cambios de dispositivos de la urostomía y su familiar de apoyo escasamente (3).

Las secuelas en una cistectomía radical suponen un reto para las personas que las sufren para incorporarse a su actividad normal, para recuperar una calidad de vida truncada por la enfermedad. Es competencia enfermera evaluar estas circunstancias y ayudar a estos pacientes a que superen los problemas y dificultades que tienen al incorporarse a su medio familiar, social y laboral después de la cirugía.

OBJETIVO

Conocer los problemas y las necesidades del paciente cistectomizado en el ámbito domiciliario. Mejorar en continuidad de cuidados. Mejorar en cuidado integral.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cistectomía radical con distinta técnica de derivación urinaria, entre enero de 2009 y octubre de 2014.

Se elabora una encuesta telefónica no validada, basada en otras (1, 2) y que considera aspectos relacionados con el manejo de la incontinencia urinaria y con los cuidados de la urostomía. Consta de 17 preguntas en el caso de las neovejigas y la derivación Mainz II, y 13 pre-

guntas en el caso de pacientes con urostomía. La llamada de teléfono se hace sin previo aviso, y antes de comenzar el cuestionario se solicita la autorización para realizarlo.

Previa a la encuesta se realiza una solicitud de permiso para acceder a datos de la historia clínica (H^ºC^º) del paciente, así como una declaración comprometida en el cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad y protección de datos.

Los resultados obtenidos se introducen en forma de matriz de datos con un programa estadístico y se realiza el test de Chi cuadrado para ver si existe o no diferencia significativa entre los grupos.

De un total de 88 cistectomías se consiguen 43 encuestas (27 neovejiga ileal ortotópica, 14 ureteroileostomía tipo Bricker y 2 ureterosigmoidostomía tipo Mainz II). 38 pacientes están fallecidos y 8 no contestaron al teléfono (tablas 1, 2 y 3).

Distribución de pacientes encuestados por edad, derivación urinaria y sexo. El cruce de estas tres variables no tiene significación estadística (tablas 4 y 5).

RESULTADOS

A) Pacientes sometidos a plastia vesical (neovejiga ileal ortotópica)

- Se excluyen 2 por llevar sonda vesical y 4 no contestan al teléfono. El resto (25 pacientes) presenta incontinencia nocturna el 100% y, de estos, un 24% incontinencia total (tablas 6 y 7).
- Los pacientes que controlan la micción durante el día se manejan con colectores para dormir y los que presentan incontinencia total (nocturna y diurna) además precisan pañales (tabla 8).
- Entre los pacientes que tienen el control sobre la micción, un 31,6% aguanta más de 2 horas sin orinar (tabla 9).
- La continencia urinaria se recupera en el 47,4% de encuestados en los 3 meses siguientes a la cirugía. El 21,1% tarda más de 6 meses o, bien, no lo consigue (tabla 10).
- Las mayores dificultades en el domicilio después del alta hospitalaria, en torno al 63% de las respuestas, fue con el manejo de la incontinencia y sobre todo con la colocación del colector urinario (tabla 11).

Tabla 1
Pacientes cistectomizados (enero 2009 - octubre 2014)

	Neovejiga	Bricker	Mainz li	Cutánea	Total	%
Vivos	31	18	2	0	51	56,66
Fallecidos	16	19	1	2	38	43,33
Total	47	37	3	2	89	

Tabla 2
Encuestas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	8	15,7
	Sí	43	84,3
	Total	51	100,0

Tabla 3
Distribución de las encuestas

	Neovejiga	Bricker	Mainz li	Total
Encuestas no conseguidas	4	4	0	8
Encuestas conseguidas	27	14	2	43

Tabla 4
Edad

	N	Media	Mín	Máx
Neovejiga	31	64,39	48	78
Bricker	18	69,22	57	80
Mainz II	2	67,00	66	68
Total	51	66,20	48	80

Tabla 5
Distribución por sexo y tipo de derivación

Tipo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Neovejiga	Recuento		5	26	31
	% de sexo		50,0	63,4	60,8
Bricker	Recuento		3	15	18
	% de sexo		30,0	36,6	35,3
Mainz II	Recuento		2	0	2
	% de sexo		20,0	0,0	3,9
Total	Recuento		10	41	51
	% de sexo		100,0	100,0	100,0

Tabla 6
Pacientes con incontinencia

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	4	14,8	16,0	16,0
	Sí	21	77,8	84,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	7,4		
Total		27	100,0		

Tabla 7

Tipo de incontinencia

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nocturno	19	70,4	76,0	76,0
	Total	6	22,2	24,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	7,4		
Total		27	100,0		

Tabla 8

Tipo de dispositivo

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Colector	19	70,4	76,0	76,0
	Pañal	6	22,2	24,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	7,4		
Total		27	100,0		

Tabla 9

Frecuencia miccional

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 h	2	7,4	10,5	10,5
	2 h	11	40,7	57,9	68,4
	>2 h	6	22,2	31,6	100,0
	Total	19	70,4	100,0	
Perdidos	Sistema	8	29,6		
Total		27	100,0		

Tabla 10

Tiempo en controlar la micción

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<3 meses	9	33,3	47,4	47,4
	3-6 meses	6	22,2	31,6	78,9
	>6 meses	4	14,8	21,1	100,0
	Total	19	70,4	100,0	
Perdidos	Sistema	8	29,6		
Total		27	100,0		

Tabla 11

Categoría de dificultades o problemas en el domicilio

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna dificultad	7	25,9	25,9	25,9
	Colocación colector	11	40,7	40,7	66,7
	Incontinencia	6	22,2	22,2	88,9
	Varias	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

- Casi un 30% del grupo con neovejigas refiere no mantener su actividad sociofamiliar habitual tras la cirugía, o está alterada (tabla 12).
- Un 85% de pacientes recuerda haber recibido suficiente información durante la estancia hospitalaria y lo valoran como útil, si bien un 63% refiere dudas o problemas que precisaron de ser consultados y que en torno al 66% se relaciona con la recuperación de la continencia urinaria. Estas consultas mayoritariamente se dirigen al médico (tablas 13 y 14).

B) Pacientes sometidos a derivación urinaria tipo Bricker

- De 18 pacientes, 4 se pierden por no responder al teléfono (14 encuestas en total).
- El cuidado del estoma lo realiza el propio paciente en mayor porcentaje. El 35,7% depende del familiar de apoyo (tabla 15).
- El 21,4% responde no haber tenido problemas en el domicilio tras el alta hospitalaria. El resto reparte las dificultades entre la colocación de la bolsa de urostomía, la piel periestomal y el propio estoma (tabla 16).
- El 21,4% del grupo de Bricker refiere no mantener su actividad sociofamiliar habitual tras la cirugía, o está alterada (tabla 17).
- Todos los pacientes recuerdan haber recibido información útil durante la estancia hospitalaria, si bien más de un 90% precisó consultar dudas y problemas, de los que un 61,5% fue con la enfermera de estomoterapia (tablas 18 y 19).

C) Pacientes sometidos a derivación urinaria tipo Mainz II

- No son evaluables por la escasez de muestra. Solo fueron 2 pacientes, mujeres.
- No presentan incontinencia y durante la noche tienen buen control miccional.
- Una tuvo problemas tras el alta hospitalaria relacionados con la herida quirúrgica.
- Se consideran bien informadas durante la estancia en el hospital.
- Ambas tienen recuperada su actividad social y familiar.

Tabla 12

Pacientes que mantienen la actividad social

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	8	29,6	29,6	29,6
	Sí	19	70,4	70,4	100,0
	Total	27	100,0		

Tabla 13

Pacientes que precisan consultar

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	10	37,0	37,0	37,0
	Sí	17	63,0	63,0	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tabla 14

Donde se dirige la consulta

A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Médico	10	37,0	58,8	58,8
	Enfermera	6	22,2	35,3	94,1
	Otro	1	3,7	5,9	100,0
	Total	17	63,0	100,0	
Perdidos	Sistema	10	37,0		
Total		27	100,0		

Tabla 15

Cuidado del estoma

B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo	9	64,3	64,3	64,3
	Ayuda	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Tabla 16

Distribución de problemas

B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bolsa	5	35,7	45,5	45,5
	Estoma	2	14,3	18,2	63,6
	Piel periestomal	4	28,6	36,4	100,0
	Total	11	78,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	21,4		
Total		14	100,0		

DISCUSIÓN

Tras una cistectomía radical, la derivación urinaria de elección en nuestro ser-

vicio es la sustitución vesical ortotópica. No pretendemos comparar entre las distintas técnicas de derivación, sino indagar en los problemas y necesidades que

estos pacientes deben superar después de la tutela y del cuidado en el hospital, y en qué medida podemos mejorar esa reincorporación a su medio familiar (6) y social; la incontinencia urinaria y el ser portador de una ostomía suponen un gran reto en el afrontamiento de la propia imagen y autoestima (3, 5).

En un estudio anterior realizado en este servicio de Urología se afirma que: *"El hecho de la cirugía, independientemente del tipo de derivación, afecta profundamente a su calidad de vida. Los cambios parecen ser menores en aquellos pacientes con derivaciones ortotópicas"*.

En nuestro estudio no hallamos grandes diferencias entre los grupos. No se puede concluir que la incontinencia urinaria sea más incapacitante que la urostomía, o viceversa. Pero sí llama la atención cómo los pacientes con Bricker ante las dudas y dificultades han sabido dirigir su solución hacia "la enfermera", lo que da notoriedad e importancia a la consulta de ostomías del hospital, mientras que los pacientes con neovejiga ante los problemas acuden al médico y tardan algo más en incorporarse a sus actividades sociales, parecen más dispersos respecto a dónde dirigir sus dudas y problemas.

Por último, reseñar en el grupo de neovejigas que: 6 pacientes refieren una frecuencia miccional superior a 2 horas; 3 pacientes apuntan la falta de información en la recuperación de la continencia. Nos hace reflexionar que para una mejor adaptación posintervención es clave una buena y detallada educación e información preoperatoria y/o durante el ingreso.

CONCLUSIONES

Debemos considerar la necesidad de elaborar una "guía de recomendaciones al alta" que incluya las demandas de instrucción en ejercicios para la continencia y en el manejo de la urostomía.

La instrucción debe iniciarse antes del alta hospitalaria, de forma temprana, tanto en la recuperación de la continencia urinaria como en el manejo de los dispositivos de la urostomía.

Hemos de potenciar la consulta de ostomías como referente esencial para los pacientes afectados y sus familias. ▼

Tabla 17

Pacientes que mantienen la actividad social

B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	3	21,4	21,4	21,4
	Sí	11	78,6	78,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Tabla 18

Pacientes que precisan consultar

B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7,1	7,1	7,1
	Sí	13	92,9	92,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Tabla 18

Dónde se dirige la consulta

B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Médico	5	35,7	38,5	38,5
	Enfermera	8	57,1	61,5	100,0
	Total	13	92,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	7,1		
Total		14	100,0		

Tabla 20

Dónde se dirigen las dudas de los pacientes

	Médico	Enfermera	Otros	No precisa
Neovejiga	10	6	1	10
Bricker	5	8	1	1

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde Redondo, C; Estébanez Zarranz, J; Rodríguez Toves, A; Amón Sesmero, J; Alonso Fernández, D; Martínez Sagarra, JM. Estudio de la calidad de vida en pacientes sometidos a sustitución vesical ortotópica versus ileostomía cutánea. *Actas Urol. Esp.* Junio 2001. 25 (6): 435-444.
2. Gómez Porcel, A; Barberá Ruiz, S; Izquierdo Reyes, L; Baños Baños, C. Estudio retrospectivo para determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes urostomizados mediante el uso del cuestionario Stoma-QoL. *Enfuro.* 2011; núm 119: 5-8.
3. Ramos Sánchez, E; Domínguez Domínguez, S. Eficacia de un programa para la atención integral del paciente cistectomizado en la mejora de problemas de afrontamiento. *Biblioteca Las Casas.* 2011. 20 (3). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0621.php>
4. Álvarez Ardura, M; Llorente Abarca, C; Studer UE*. Manejo perioperatorio y resultados en pacientes con neovejiga ileal ortotópica. *Actas Urol. Esp.* Marzo 2008. 32 (3): 292-306.
5. Garcés Fuertes, P; Lucha López, AC. Atención integral al paciente cistectomizado con derivación urinaria tipo Bricker por cáncer vesical. *Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud.* 2013. Trabajo fin de grado. TAZ-TFG-2013-199.
6. Martínez Díaz, E; Cánovas Tomás, MA. La esposa del paciente cistectomizado: análisis cualitativo del afrontamiento y adaptación a una nueva situación. 2014.



López Pérez M; Torres Rioja A; Marinas Pérez MJ; Sánchez Mesonero E; Muéllades Hernández C; Merino Pastor A

VALLADOLID



"VALORACIÓN DEL PACIENTE CISTECTOMIZADO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN RELACIÓN A LA INCONTINENCIA Y LA UROSTOMÍA"

INTRODUCCIÓN

- Las secuelas en una cistectomía radical suponen un reto en las personas que las sufren, para continuar con su día a día, y recuperar una calidad de vida truncada por la enfermedad.
- Es competencia enfermera evaluar estas circunstancias y ayudar a que estos pacientes superen los problemas y dificultades que tienen al incorporarse a su vida familiar, social y laboral después de la cirugía

MATERIAL Y MÉTODO

- Se realiza estudio retrospectivo de pacientes cistectomizados (enero del 2009 y octubre del 2014), mediante encuesta telefónica de elaboración propia, considerando aspectos relacionados con la incontinencia y con los dispositivos de urostomía.
- Se consiguen 43 encuestas (27 neovejiga-ileal ortotópica, 14 urteroileostomía tipo Bricker y 2 urteroileostomía tipo Mainz II)



RESULTADOS

Incontinencia

Grado	Frecuencia	Porcentaje
NO	4	9.3%
POCO	21	48.8%
MUCHO	18	41.9%

Problemas con la urostomía

Problemas	SI	NO
Total	21	22

ACTIVIDAD SOCIAL-FAMILIAR

Actividad	NEOVEJIGA	BRICKER
Trabaja	10	10
Estudia	10	10
Realiza actividades de ocio	10	10
Realiza actividades de ocio con familia	10	10
Realiza actividades de ocio con amigos	10	10

CONSULTA A PROFESIONAL SANITARIO

Consulta	NEOVEJIGA	BRICKER
MEDICO	10	10
ENFERMERA	10	10
OTRO	10	10
NO NECESITA	10	10

Cuidado de la urostomía

Cuidado	Autónomo	Dependiente
Frecuencia	33	10

DISCUSIÓN

- La incorporación a la vida normal tras el alta hospitalaria queda ralentizada por la incontinencia urinaria en los casos de neovejiga ileal ortotópica, y en las derivaciones tipo Bricker es la falta de adiestramiento en el manejo de los dispositivos de urostomía.
- Para una mejor adaptación post intervención es clave una buena y detallada educación e información preoperatoria y durante la hospitalización
- Tras una cistectomía radical la derivación urinaria de elección en nuestro servicio es la sustitución vesical ortotópica. No se compara entre las distintas técnicas de derivación, se pretende indagar en los problemas y necesidades que estos pacientes deben superar después de la tutela y del cuidado en el hospital, y en qué medida podemos mejorar esa reincorporación a su medio familiar y social; la incontinencia urinaria y el ser portador de una ostomía suponen un gran reto en el afrontamiento de la propia imagen y autoestima
- En nuestro estudio no hayamos grandes diferencias entre los grupos. No se puede concluir que la incontinencia urinaria sea más incapacitante que la urostomía, o viceversa

CONCLUSIONES

- Elaborar una guía de recomendaciones al alta que incluya las demandas sobre ejercicios para recuperar la continencia y el manejo de la urostomía.
- Iniciar de forma temprana al paciente y familia, tanto en la recuperación de la continencia urinaria, como en el manejo de los dispositivos de la urostomía.
- En el caso de las derivaciones tipo Bricker la enfermera estomoterapeuta es referente principal para el paciente urostomizado. Debemos potenciar la consulta de ostomías.
- Plantear un programa de seguimiento del paciente cistectomizado orientado a prevenir y/o detectar precozmente complicaciones tardías (insuficiencia renal, infecciones, problemas metabólicos,...)



BIBLIOGRAFÍA: López Pérez M, Torres Rioja A, Marinas Pérez MJ, Sánchez Mesonero E, Muéllades Hernández C, Merino Pastor A. Valoración del paciente cistectomizado tras el alta hospitalaria en relación a la incontinencia y la urostomía. Anales de Enfermería. 2015; 27(1): 1-6. doi:10.1016/j.ane.2014.12.001



VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, ANA ISABEL; BUSATI PALMERO, ROSARIO; BERNAL RENDÓN, ANA MARÍA; DEL SOLAR GUTIÉRREZ, CLARA
Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

Aplicación de terapia VAC por dehiscencia de herida quirúrgica en paciente intervenido de cistectomía

Palabras clave: vicatrización asistida por vacío, dehiscencia quirúrgica.

Keywords: vacuum assisted closure, surgical dehiscence.

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Universitario Puerta del Mar se comenzó a aplicar este método hace ya varios años en distintos servicios, como pueden ser: Cirugía Plástica, Cirugía Cardíaca, Traumatología, etc. En Urología se introdujo hace aproximadamente unos tres-cuatro años, siendo el campo de aplicación las dehiscencias quirúrgicas, ya sean por cistectomías o en menor medida por nefrectomías abiertas.

Solo se usa en estas intervenciones, ya que estas provocan heridas quirúrgicas de mayor tamaño y son las que pueden desembocar en dehiscencias a la hora de retirar la sutura quirúrgica.

En el resto de las intervenciones no se ha usado nunca, también es verdad que estas suelen cicatrizar bien, porque son heridas de proporciones mínimas, suelen ser todas por laparoscopias, como la prostatectomía radical o nefrectomías, y con incisiones pequeñas como la adenomectomía de próstata.

MATERIAL Y MÉTODO

En el año 2014 se han intervenido en nuestra unidad de hospitalización de Urología 19 cistectomías, y este caso en concreto es la aplicación de este método a un paciente de 74 años al que se le aplicó la terapia tras retirar los puntos de sutura y presentar una dehiscencia quirúrgica de gran tamaño; como antecedentes personales podemos destacar la diabetes, siendo esta también un factor importante que influye en la cicatrización.



TERAPIA VAC

La terapia VAC (cuyas siglas provienen de *Vacuum assisted closure* – cicatrización asistida por vacío) es un sistema no invasivo, único y dinámico, que estimula la curación de las heridas.

La unidad VAC suministra presión negativa en la zona de la herida, donde se aplica mediante un tubo que somete a una descompresión un apósito de espuma, ya sea en forma continua o intermitente.

Esto dependerá del tipo de herida que se esté tratando y de los objetivos clínicos que se deseen alcanzar. La terapia se ha utilizado eficazmente en el tratamiento de miles de heridas de diferentes etiologías en todos los entornos sanitarios.

■ **Indicaciones:** Heridas crónicas (úlceras por presión y heridas diabéticas), subagudas (dehiscencias quirúrgicas, heridas abdominales) y agudas (heridas traumáticas, injertos...).

■ **Contraindicaciones:** Contraindicado para pacientes con malignidad en la herida, osteomielitis no tratada, fistulas. No se debe colocar el VAC sobre órganos o vasos sanguíneos expuestos.

■ **Precauciones:** Deberán tomarse precauciones especiales en el caso de pacientes con hemorragia activa o en tratamiento con anticoagulantes. Hay que observar las precauciones universales al colocar la terapia cerca de vasos sanguíneos u órganos, deberá asegurarse de que todos los vasos estén debidamente protegidos con una capa de fascia, tejido u otras barreras protectoras.

■ **Ventajas clínicas:**

1. Proporciona un entorno cerrado y húmedo para la curación de heridas: un entorno de curación cerrada y húmeda contribuye a estimular el crecimiento de tejido de granulación en la zona de la herida y disminuye la contaminación bacteriana del exterior, reduce la muerte celular causada por la deshidratación.

2. Disminuye el volumen de la herida: la herida se reduce al ir aproximándose a sus extremos.
3. Elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida: reduce la colonización bacteriana en la zona de la herida.
4. Ayuda a eliminar el fluido intersticial: la eliminación del fluido intersticial puede influir positivamente en la reducción del edema, lo que ayudará a mejorar el flujo sanguíneo a la herida.
5. Promueve la granulación: presión negativa localizada y controlada para ayudar a cerrar uniformemente las heridas. Estudios recientes sugieren que el estiramiento mecánico puede provocar un aumento de la mitosis.

■ **Beneficios clínicos:**

- Trata todos los posibles cuidados de heridas.
- Las alarmas inteligentes contribuyen a asegurar la seguridad del paciente.
- Gran pantalla táctil intuitiva con una guía del usuario en pantalla.
- El contenedor de 500 ml minimiza el número de cambios del contenedor.
- Las 4 horas de duración de la batería facilitan el transporte.

■ **Mayor comodidad del paciente**

- El sistema de filtro especial minimiza el olor de la herida.
- Selección del nivel de intensidad en la compresión del apósito.
- Reducción del número de cambios del apósito y de las visitas del personal sanitario comparado con el cuidado tradicional de las heridas.

RESULTADOS

En este caso que nos ocupa, y al que le hemos aplicado esta terapia, comenzamos en un primer momento con una presión intermitente, además de utilizar una irrigación de suero fisiológico, en principio de 20 ml y después fuimos bajando estos, a intervalos de 6 horas

cada uno. Posteriormente se la retiramos a la semana y continuamos con la presión intermitente, obteniendo resultados satisfactorios.

Cuando se le dio de alta continuó con la terapia en domicilio, en este caso ya la presión era continua, hasta la total curación de la herida. Tal como se muestra en las fotografías del póster, el resultado es asombroso, ya que en un intervalo de tiempo reducido el tejido de granulación fue creciendo a un ritmo bastante rápido, y en los días que estuvo hospitalizado en nuestro servicio los avances fueron muy significativos y muchos más rápidos que si la herida se hubiese curado de otra forma.

CONCLUSIÓN

Esta técnica supone un importante avance en el cuidado y tratamiento de las heridas. Es un método que proporciona comodidad al paciente, aumenta la calidad asistencial y reduce el tiempo de tratamiento y costes. Concretamente, en este caso se aceleró de forma evidente el proceso de granulación de la herida, se minimizaron las posibilidades de infección y se evitaron las complicaciones. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Charles K Field et al. Overview of wound healing in a moist Environment. *The American Journal of Surgery*, 1994.
- Joseph E, Hamori CA, Bergman S, Roaf E, Swann N, Anastasi G. Prospective Randomized Trial of Vacuum-Assisted Closure versus Standard Therapy of Chronic non-healing wounds. *Wounds*, 2000, 12 (3): 60-67.
- Brian Bucalo MD, William H Eaglestein, MD, Vincent Falanga, MD. Inhibition of Cell Proliferation by Chronic Wound Fluid. *Wound Repair and Regeneration*, 1993.



APLICACION DE TERAPIA V.A.C POR DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA EN PACIENTE INTERVENIDO DE CISTECTOMIA

AUTORES. ANA ISABEL VELAZQUEZ FERNANDEZ, ROSARIO BUSATI PALMERO, ANA BERNAL RENDON, CLARA DEL SOLAR GUTIERREZ.

VENTAJAS CLINICAS DE V.A.C TERAPIA	
1. Proporciona un entorno cerrado y húmedo para la curación de heridas	Un entorno de curación cerrado y húmedo contribuye a estimular el crecimiento de tejido de granulación en la zona de la herida y disminuye la contaminación bacteriana del exterior. Reduce la muerte celular causada por la deshidratación
2. Disminuye el volumen de la herida	La herida se reduce al ir aproximándose sus extremos
3. Elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida	Reduce la colonización bacteriana en la zona de la herida
4. Ayuda a eliminar el fluido intersticial	La eliminación del fluido intersticial puede influir positivamente en la reducción de edema lo que ayudara a mejorar el flujo
5. Promueve la granulación	Presión negativa localizada y controlada para ayudar a cerrar uniformemente las heridas. Estudios recientes sugieren que el estiramiento mecánico puede provocar un aumento de la mitosis (replicación celular)

INTRODUCCION: En la unidad de hospitalización del Hospital Puerta del Mar en el año 2014 se han intervenido 19 pacientes de cistectomía y presento el caso de uno de ellos al que se le aplico la terapia VAC. Este recurso terapéutico permite una pauta más conservadora en el tt de las dehiscencias quirúrgicas, reduciendo el riesgo y costes, así como, minimizando las complicaciones.

MATERIAL: Paciente varón de 74 años al que se le practico una cistectomía, tras la retirada de puntos presento una dehiscencia quirúrgica. El personal de enfermería de nuestra unidad procedió al desbridamiento de la herida y para finalizar aplico la terapia VAC

INDICACION: La terapia VAC es un tto avanzado de En la cicatrización de las heridas. Se presenta como una nueva alternativa terapéutica. Es un sistema no invasivo, único, dinámico y controlado que utiliza presión negativa (continua o intermitente) sobre la herida. Promueve la cicatrización en un medio húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, formación del tejido de granulación y la disminución de la colonización bacteriana, es una terapia flexible que puede utilizarse tanto en el medio hospitalario como en domicilio

RESULTADOS: En el caso que nos ocupa utilizamos la terapia VAC intermitente con irrigación durante la estancia hospitalaria, obteniendo Resultados satisfactorios. A su alta continuo con la terapia domiciliaria. Hasta conseguir la curación total de la herida.

EVOLUCION DE HERIDA DURANTE LA TERAPIA

1 - PRIMER DIA DE TERAPIA 16-05-2014

2 - UNA VEZ FINALIZADA LA PRIMERA CURA 16-05-2014

3 - 18-05-2014 RESULTADO TRAS LA PRIMERA CURA

4 - 4-A LA SEMANA DE TTO

5 - RESULTADO FINAL TRAS TTO HOSPITALARIO E IMPLANTACION DE LA TERAPIA DOMICILIARIA AL CABO DE 15 DIAS

Conclusión: Esta terapia supone un importante avance en el tto y cuidado de las heridas, es un método que proporciona comodidad al paciente, aumenta la calidad asistencial y reduce el tiempo de tto y coste.



Hospital Universitario Puerta del Mar - Cádiz

NAVARRO GARCÍA, M.¹; SUBIRADA DUELT, M.¹; AMAT HUERTA, MA.²

¹ Enfermera asistencial. Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona). ² Enfermera supervisora. Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)

Atención de enfermería posquirúrgica y recomendaciones al alta en pacientes intervenidos de neovejiga ileal ortotópica

RESUMEN

La neovejiga ileal ortotópica es una técnica de sustitución vesical, practicada en pacientes con tumores vesicales músculo-infiltrantes que precisan intervención de cistectomía radical. La vejiga enferma es reemplazada por una neovejiga o vejiga ileal tipo Studer en la que se respeta la vía excretora natural, pudiendo entonces realizar la micción a través de la uretra, con preservación de la función renal.

El paciente pasa por un proceso complejo en el que tiene que enfrentarse en primer lugar a un duro diagnóstico, someterse a una intervención quirúrgica agresiva, superar el posoperatorio y, finalmente, adaptarse a los cambios en esta nueva etapa de su vida.

El papel de enfermería es un pilar fundamental para el paciente, puesto que una vez que concluya su estancia hospitalaria, este tendrá la autonomía necesaria en sus autocuidados.

El avance y desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas representan un reto para enfermería, ya que debemos dar a nuestros pacientes los mejores cuidados basados en evidencia científica, ofreciéndoles las herramientas básicas necesarias para que alcancen así un nivel adecuado en su autocuidado, calidad de vida y detección precoz de posibles complicaciones.

Palabras clave: neovejiga, cuidados de enfermería, complicaciones.

SUMMARY

Orthotopic ileal neobladder is a technique of bladder substitution indicated in patients with muscle-invasive bladder cancer requiring radical cystectomy intervention. The urinary bladder is replaced by a Neobladder or Studer ileal bladder (1). Natural excretory via is respected and as a consequence, urination can be conducted through the urethra with preservation of renal function.

The patient goes through a complex process consisting in facing a hard diagnosis, aggressive surgery, postoperative overcome, and finally adaptation to the changes in this new phase of his life.

The role of nurses is a fundamental support for the patient, since ensure autonomy and self-caring need it once hospital staying is over.

The progress and development of new surgical techniques represent a challenge for nursing, since we must give our patients the best evidence-based care; providing the basic tools necessary to reach an adequate level and in self-care, quality of life and early detection of possible complications.

Keywords: neobladder, nursing care, complications.

CONCEPTO DE VEJIGA ILEAL ORTOTÓPICA

Técnica de sustitución vesical, practicada en pacientes con tumores infiltrantes que precisan intervención de cistectomía radical.

La vejiga enferma es reemplazada por una neovejiga o vejiga ileal.

OBJETIVO

El principal objetivo es identificar los cuidados de enfermería más importantes para el autocuidado del paciente en su domicilio, proporcionándole los conoci-

mientos y habilidades necesarios para su autonomía y detección precoz de posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de neovejiga ileal ortotópica. El proceso utilizado ha sido el siguiente:

1. Estrategia de búsqueda mediante las palabras clave (castellano e inglés): cuidados de enfermería, neovejiga y complicaciones.
2. Rastreo de bases de datos: Pubmed,

Cinahl y Cuiden. Se realiza una búsqueda por método indirecto, vaciado manual de índices y guías de práctica clínica entre los años 2010-2015, además de nuestra propia experiencia clínica en la unidad de Urología.

RESULTADO

De las veinte publicaciones obtenidas de la búsqueda inicial, seis fueron incluidas para la elaboración de la revisión bibliográfica dada su relevancia científica sobre el tema.

Así pues, identificamos las ocho complicaciones más frecuentes del posope-

Figura 1

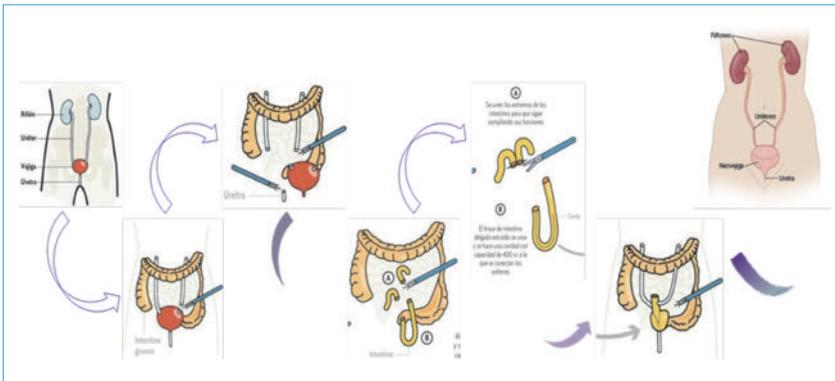


Tabla 1

Complicaciones	Recomendaciones
Riesgo de infección	– Control Tª.
Riesgo de hemorragia	– Control aspecto de la orina. – Control apósito de la HQ.
Riesgo de íleo paralítico	– Vigilancia del peristaltismo y ruidos intestinales. – Control de deposiciones.
Riesgo de alteración metabólica (Síndrome "pierde-sal")	– Identificación de los siguientes síntomas: letargia, fatiga, deshidratación y pérdida de peso.
Riesgo de obstrucción de la sonda vesical	– Lavados de la SV con 50 ml de SF cada 6-8 horas, y aspirar para retirar la mucosidad.
Riesgo de retención urinaria	– Enseñanza de ejercicios de autovaciado de la neovejiga: maniobra de Credé.
Riesgo de obstrucción del tracto urinario inferior	– Realizar maniobras de Valsalva para vaciar la neovejiga.
Riesgo de incontinencia urinaria	– Realización de ejercicios de Kegel. – Uso de absorbentes y colectores urinarios. – Importancia de la higiene genital.

ratorio y las recomendaciones necesarias a tener en cuenta por el paciente y la familia para el óptimo manejo de cada una de ellas (tabla 1).

Las complicaciones más frecuentes en el posoperatorio de un paciente intervenido de una neovejiga ileal ortotópica son: el riesgo de infección, riesgo de hemorragia, riesgo de íleo paralítico, riesgo de alteración metabólica (Síndrome "pierde-sal"), riesgo de obstrucción de la sonda vesical, riesgo de retención urinaria, riesgo de obstrucción del tracto urinario inferior y riesgo de incontinencia urinaria.

Uno de los requisitos del éxito en el aprendizaje del paciente en su autocuidado, radica en no dar toda la información de una sola vez. Se trata de ir dosificando las recomendaciones de enfermería a lo largo de su ingreso hospitala-



rio, a medida que vayan surgiendo diferentes situaciones a resolver (si las hay), de forma que el paciente adopte una actitud de seguridad y autoconfianza en el manejo de cada una de estas complicaciones.

La educación proporcionada a los pacientes pretende ser un refuerzo positivo durante y después de su estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El éxito de la neovejiga ileal no solo se basa en la cirugía, sino también en el seguimiento exhaustivo del paciente en la unidad de hospitalización.

Que el paciente y la familia tengan conocimientos y habilidades para su autocuidado, aumentando así su autonomía y calidad de vida, es uno de los mayores retos del personal de enfermería. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Ardua, M; Llorente Abarca, C; Studer UE. Manejo perioperatorio y resultados en pacientes con neovejiga ileal ortotópica. *Actas Urol Esp.* 2008; 32 (3): 297-306.
2. Riomoros Sanz, MB; Herrero Cecilia, I; Carrasco Díaz, R. Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones. *Asociación Española Enfermería Urológica* 2008 Oct, Nov, Dic; Num 108: 10-13.
3. Guía de cuidados en pacientes con urostomía. Hacia una mejora en la calidad de cuidados. *Asociación Esp Enf Urol* 2012 Ene, Feb, Mar, Abr; Num 121: 25-27.
4. Freire Ruiz, RG. Plan de cuidados estándar de enfermería en pacientes cistectomizados: neovejiga tipo Studer. *Unican* 2011.
5. Studer UE; Burkhard, FC; Schumacher, M; Kessler, TM; Thoeny, H; Fleischmann A, et al. Twenty years experience with an ileal orthotopic, low pressure bladder substitute. Lessons to be learned. *J Urol* 2006; 176: 161-166.
6. Chernobilsky, V; Becher, E; Borghi, M; Savignano, S; Montes de Oca, L. Cistectomía con neovejiga ileal ortotópica en el hombre; técnica quirúrgica, manejo del perioperatorio y de las complicaciones. *J. Urol* 2012; 77 (4): 238-25.
7. Martínez Cornelio, A; Hernández Toriz, N; Quintero Becerra, J; Flores López, D; Moreno Palacios, J; Vázquez Martínez, E. Trece años de experiencia en el manejo de cáncer vesical con neovejiga ortotópica de Studer. *Cir Ciruj* 2009; 77: 443-450.

M^a JOSÉ SAAVEDRA FERNÁNDEZ, M^a CARMEN GUERRERO ANDRADES, ANA M^a MUÑOZ MARTÍNEZ
Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

Motivación, conocimiento, evolución

Hemos querido con este trabajo hacer una reflexión sobre la importancia de la formación y la motivación para adquirir el conocimiento científico en nuestra profesión. Sin duda alguna, la enfermería debe adaptarse a la evolución científica, con ello daremos prestigio a la profesión, haremos más visible nuestro trabajo, aumentaremos nuestra seguridad y confianza y daremos mejor asistencia evitando errores.

Afortunadamente en nuestra época, y gracias a internet principalmente, la divulgación de los conocimientos científicos está al alcance de todos y es casi inmediata.

La enfermería es una disciplina en constante evolución, tanto en el desarrollo como ciencia como en la práctica profesional

La enfermería es una disciplina en constante evolución, tanto en el desarrollo como ciencia como en la práctica profesional.

Todos sabemos que a mediados del siglo XIX con Nightingale empezó un gran cambio en nuestra profesión, promovió un colectivo formado en detrimento del modelo de la época, que se basaba en los buenos sentimientos y el sectarismo religioso. Comenzó la enfermería moderna. Luego, otras grandes teóricas como Orem, Roy o Henderson contribuyeron a esta evolución incorporando otras disciplinas científicas, como las matemáticas o las ciencias biológicas y conductuales, psicología... Las contemporáneas Burns,

Fawcett o Grave dan una visión diferente y complementaria, y entienden que el productor de conocimiento es el pensamiento y que para validar el mundo empírico en enfermería se requiere del desarrollo teórico, así se garantiza la

La transición de vocación a profesión (1970) fue un punto de inflexión de gran importancia en enfermería, surge de la necesidad de aumentar el conocimiento para sustentar la práctica

autonomía de la práctica clínica. El elemento esencial para ser disciplina es tener teorías, conocerlas e implementarlas. De lo contrario nos convertiríamos en profesionales sin identidad. Sin embargo, tenemos que tener muy en cuenta que las vivencias propias no son evidencias, la evidencia anecdótica no es científica.

La transición de vocación a profesión (1970) fue un punto de inflexión de gran importancia en enfermería, surge de la necesidad de aumentar el conocimiento para sustentar la práctica. Surgen teorías y modelos que guían el pensamiento crítico que requiere la práctica profesional.

El desarrollo del conocimiento en enfermería es complicado, ya que nuestra profesión trabaja con personas, basa su atención en el ser humano, y este está en constante transición.

Por eso nuestra profesión debe ser dinámica.

La falta de conocimiento y la escasa utilización de nuestros modelos con-

ceptuales han hecho que se siga viendo a la enfermería como parte de la actividad médica, sin independencia a la hora de tomar decisiones frente a los usuarios.

Manejar un cuerpo de conocimientos distingue a un profesional experto de un mero ejecutor de órdenes, da seguridad y autoestima profesional. Debemos ser responsables de nuestra formación.

Como conclusión diríamos que la enfermería usa un cuerpo de conocimientos basado en teorías y modelos para fundamentar su práctica y así no depender de las tareas complementarias del médico. La mayor especializa-

Manejar un cuerpo de conocimientos distingue a un profesional experto de un mero ejecutor de órdenes, da seguridad y autoestima profesional

ción y educación de las enfermeras hacen que el cambio y la evolución sean algo tangible y comprobable, reafirmar nuestra identidad como enfermeros.

El cuerpo teórico de enfermería es nuestro respaldo, nuestra identidad, y no reconocerse en ella y no desarrollarla pueden suponer un retroceso en la historia de nuestra disciplina.

Para el debate, y como discusión, podríamos plantear:

- ¿Existe una brecha entre teoría y práctica?
- ¿Las enfermeras asistenciales no encuentran aplicabilidad de los modelos teóricos en el trabajo diario? ▼



XXXV CONGRESO NACIONAL
DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA
VALENCIA 2016

MOTIVACIÓN, CONOCIMIENTO, EVOLUCIÓN

M^a José Saavedra Fernández, M^a Carmen Guerrero Andrades, Ana M^a Muñoz Martínez
Hospital Universitario Puerta del Mar. UGC de Urología. Cádiz

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es realizar un análisis reflexivo de la necesidad del conocimiento, evolución histórica e importancia del conocimiento científico en enfermería.

Que la enfermería realice una reflexión sobre la actividad profesional, la obliga a posicionarse, y para ello es necesario conocer su Historia, dónde se encuentra y hacia dónde va.

Hace muchos años las enfermeras/os hemos intentado convertir la especialidad en disciplina científica.

La actualización de conocimientos contribuye a una mayor seguridad y mejor asistencia por parte del personal sanitario.

Los profesionales debemos adaptarnos a la evolución científica manteniendo vivas nuestra motivación y formación.

Palabras claves: conocimiento, ciencia, enfermería.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo mediante revisión bibliográfica internacional y búsqueda de documentación y publicaciones que tratan sobre:

- . Historia del conocimiento científico
- . Evolución del conocimiento científico
- . Conocimiento científico en enfermería
- . Modelos conceptuales

Todos los artículos son posteriores al 2004

OBJETIVOS

- . Los profesionales debemos adaptarnos a la evolución científica manteniendo vivas nuestra motivación y formación
 - . Dar prestigio a la profesión enfermera
- . Hacer más visible nuestro trabajo. Proyectar nuestro trabajo
 - . Aumentar la seguridad y confianza del profesional
 - . Dar una mejor asistencia. Evitar errores

EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

En el siglo XII, el inglés Francis Bacon propuso que el ser humano debía dominar la naturaleza a través de la ciencia y cuyo objetivo era conocer las verdaderas causas de los fenómenos.

Durante el siglo XVII, René Descartes, funda la filosofía y la ciencia moderna donde estableció la investigación científica y le da mayor importancia al razonamiento analítico que a la experiencia sensorial. Declaró que nuestro conocimiento de la verdad procede de la razón que es el instrumento del conocimiento científico. Su método científico debía ser **Explicativo, Descriptivo, Predicativo, Empírico, Metódico y Sistemático, Objetivo y Verificable**. Todas estas teorías han ido evolucionando hasta nuestros días con el trabajo de otros teóricos.

CONOCIMIENTO CIENTÍFICO EN ENFERMERÍA

Los profesionales debemos adaptarnos a la evolución científica manteniendo vivas nuestra motivación y formación.

El conocimiento es tal en cuanto que puede ser utilizado y puede comunicarse. Además hay que tener la voluntad de adquirir dicho conocimiento, a lo que llamamos motivación.

Debemos ser curiosos, la curiosidad nos puede mover a la observación física que una vez organizada se convertirá en conocimiento. Pero esto no es suficiente, hay que realizar una abstracción mental que racionalice y verbalice las circunstancias observadas.

Los descubrimientos materiales y las técnicas están indudablemente unidas al desarrollo del conocimiento científico, ya que son en sí mismo y además, punto de partida para nuevos conocimientos. Es necesario dejar constancia escrita para la mejor difusión de los conocimientos, la transmisión oral se hace completamente insuficiente.

La ciencia y el conocimiento científico no es extraño a la enfermería. La enfermería es una disciplina en constante evolución, tanto en el desarrollo como ciencia, como en la práctica profesional.

Florence Nightingale (Florencia 1820-Londres 1910) fue la pionera de la enfermería moderna. Con su trabajo el modelo asistencial tradicional basado en los buenos sentimientos y en el sectarismo religioso, comenzó a cambiar a una asistencia sanitaria científica en la que se pedía formación del personal de enfermería. Nightingale concibió a las enfermeras como un colectivo formado.

La transición de vocación a profesión (1970) fue un punto de inflexión de gran importancia en la enfermería, surge de la necesidad de aumentar el conocimiento para sustentar la práctica. Surgen teorías y modelos que guían el pensamiento crítico que requiere la práctica profesional.

El desarrollo del conocimiento en enfermería es complicado, ya que nuestra profesión trabaja con personas, basa su atención en el ser humano, y éste está en constante transición. Por eso nuestra disciplina debe ser dinámica.

McEwen y Wills afirman que la teoría apoya y sustenta la práctica de enfermería, orienta a realizar las actividades con fundamento permitiendo tomar buenas decisiones. La falta de conocimiento y la escasa utilización de nuestros modelos conceptuales han hecho que se siga viendo a la enfermería como parte de la actividad médica, sin independencia a la hora de tomar decisiones frente al usuario.

En el siglo XX vinieron otras grandes impulsoras y teóricas de la enfermería como Peplau (que hizo hincapié en el conocimiento de las ciencias biológicas y conductuales, y que desarrolló la teoría de relaciones interpersonales), Callista Roy, Rogers, Dorotea Orem, Virginia Henderson,... Todas ellas incorporaron otros aspectos de la ciencia (psicología, matemáticas,...) e hicieron progresar la enfermería con sus estudios.

Y también tiene cuatro conceptos metaparadigmáticos que constituyen el pensamiento de enfermería: **Salud, Entorno, Persona y Cuidado**.

Burns y Grave refieren que para validar el mundo empírico de enfermería se requiere el desarrollo teórico. Así se garantiza la autonomía de la práctica clínica. El elemento esencial para ser una disciplina es tener teorías, conocerlas e implementarlas, de lo contrario nos convertiríamos en profesionales sin identidad. Jaqueline Fawcett entiende que el productor de conocimiento es el pensamiento abstracto y que el paciente requiere un abordaje holístico visualizando al individuo en su aspecto biológico, psicológico y social.

Todos estos modelos conceptuales actúan como guía para el buen desarrollo de la práctica, educación, investigación y ética, y que es base para el desarrollo del conocimiento clínico y científico. Ambos conocimientos son interdependientes.

Las vivencias propias no son evidencias. Aunque millones de personas crean algo, esto no lo hace verdadero. La evidencia anecdótica no es científica. No avala el conocimiento. Desarrollar teorías a partir de modelos conceptuales, que sean factibles en la práctica y se puedan verificar, ha sido un gran beneficio y avance para la enfermería.

Manejar un cuerpo de conocimientos distingue a un profesional experto de un ejecutor de órdenes, da seguridad y autoestima profesional.

Debemos ser responsables de nuestra formación.

DISCUSIÓN

- . Existe una brecha entre teoría y práctica
- . Las enfermeras asistenciales no encuentran aplicabilidad de los modelos teóricos en el trabajo diario

CONCLUSIÓN

La enfermería usa un cuerpo de conocimientos basado en teorías y modelos para fundamentar su práctica y así no depender de las tareas complementarias del médico. La mayor especialización y educación de las enfermeras hace que el cambio y la evolución sea algo tangible y comprobable, reafirmar nuestra identidad como enfermeras.

El cuerpo teórico de enfermería es nuestro respaldo, nuestra identidad y no reconocerse en ella y no desarrollarla puede suponer un retroceso en la Historia de nuestra disciplina.

BIBLIOGRAFÍA
 1. Universidad Carlos III de Madrid. Centro de Estudios e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. María Elba Herrera Parguez. Cádiz. Tiempo de reflexión para el caso An. M^a Dolores Cobo Caballero. Cádiz. 2014
 2. De la Torre C. Evolución. Valencia. 2011
 3. Teóricas y profesionales de enfermería de la enfermería. M^a María Peral. Universidad de San Francisco. 2004
 4. Conocimiento científico. O'Gorman, Melissa L. Londres. Cumbre Médica. Universidad Complutense de Madrid. 2000

GEMA ASENSIO MALO

Enfermera. Servicio de Urología. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Grado de adherencia al sondaje intermitente limpio poseducación terapéutica

RESUMEN

El sondaje intermitente limpio (SIL) es el procedimiento de elección en pacientes con un vaciado incompleto. No todos los pacientes derivados a nuestra consulta son candidatos al SIL ni lo mantienen a corto plazo, ya sea por decisión del paciente o por disminución de los residuos.

Nos planteamos como objetivo describir la adherencia al SIL de los pacientes remitidos a la consulta enfermera.

Para ello realizamos un estudio descriptivo longitudinal realizado en el Hospital Universitari de Bellvitge del 1 de septiembre de 2013 al 1 de septiembre de 2014, población pacientes remitidos para educación terapéutica (ET) del SIL.

Concluimos que la educación terapéutica en la consulta enfermera de urología logra una alta tasa de adherencia del paciente al SIL. Una tercera parte de los pacientes que han iniciado el SIL no lo precisa a los 6 meses por disminución del residuo.

Palabras clave: sondaje intermitente limpio, educación terapéutica, autosondaje, sondaje vesical asistido.

SUMMARY

The clean intermittent catheterization (CIC) is the procedure of choice in patients with incomplete emptying. Not all patients referred to our unit are candidates for CIC or maintain this condition in the short term. This could be produced because of the decision of the patient or voiding reduction.

We set as our objective to describe CIC adherence of patients referred to the nursing services.

We carry out a longitudinal descriptive study in the University Hospital of Bellvitge from September 1st 2013 to September 1st, 2014 with a sample composed by patients referred for therapeutic education (ET) of CIC.

We conclude that therapeutic education in urology nurse unit achieved a high rate of patient adherence to CIC. A third of patients who have started the CIC do not need it after 6 months because of decreasing of the voiding.

Keywords: clean intermittent catheterization, therapeutic education, catheterization, catheterization assisted.

INTRODUCCIÓN

El sondaje intermitente limpio es el método de elección para garantizar el completo vaciado de la vejiga. Con el SIL disminuyen las infecciones del tracto urinario al evitar la sobredistensión vesical y vaciar completamente la vejiga. Está demostrado que la sobredistensión de la vejiga produce una disminución de la circulación sanguínea de la pared vesical, haciéndola más susceptible a la invasión de microorganismos y dando lugar a la infección urinaria. El vaciamiento completo de la vejiga reduce el número de infecciones si se realiza con una frecuencia superior a la del crecimiento de las bacterias (1).

Algunas asociaciones indican que el SIL debe realizarse en presencia de residuo posmiccional (RPM) y síntomas o complicaciones asociadas: infección del tracto urinario, cálculos vesicales, fallo renal,

discomfort del paciente, síntomas del tracto urinario inferior como nicturia, urgencia o frecuencia e incontinencia (2).

Esta técnica ha modificado considerablemente el tratamiento terapéutico cuando la causa es:

1. Neurológica, como en los lesionados medulares o la disinergia vesicoesfinteriana.
2. Tratamientos médicos, como la inyección de toxina botulínica intravesical.
3. Tratamientos quirúrgicos, como las neovejigas (3).
4. Otras situaciones clínicas, como son: detrusorcontráctil o hipocontráctil, megavejigas, estenosis uretrales (4).

La educación terapéutica (ET) incluye una transferencia de competencias, una formación en la toma de decisiones y el establecimiento de una relación que posibilita una verdadera negociación entre el profesional sanitario y el paciente (5).

El objetivo del estudio fue describir la adherencia al SIL de los pacientes tras recibir educación terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional de una cohorte prospectiva. La población de estudio fueron los pacientes remitidos a la consulta enfermera para ET del SIL en el Hospital Universitari de Bellvitge. El periodo de estudio fue de octubre de 2013 a septiembre de 2014. Los criterios de inclusión fueron pacientes que precisaban realizar SIL y edad \geq 18 años. Los criterios de exclusión fueron deterioro cognitivo y haber recibido ET para SIL. La muestra fue de 37 pacientes, es la muestra máxima posible de captación de pacientes durante el periodo de estudio.

Las intervenciones de la ET constan de

dos visitas presenciales y un seguimiento telefónico a los 15 días.

Primera visita

Objetivos

- El paciente comprenderá su patología y cómo afecta a su micción.
- El paciente conocerá las ventajas, inconvenientes y complicaciones del autosondaje.
- El paciente aprenderá la técnica del SIL y la realizará en la consulta.

Actividades

- Explicaremos la anatomía y fisiología del aparato urinario.
- Describiremos el objetivo del SIL.
- Explicaremos la técnica básica del SIL.
- Expondremos la frecuencia de los sondajes, así como las ventajas e inconvenientes.
- El paciente realizará la técnica en presencia de la enfermera, en caso de dificultad solicitamos la colaboración del cuidador principal para realizar el sondaje vesical asistido.
- Le entregaremos información escrita, un DVD descriptivo, un diario de autosondaje y un teléfono para consultas.

Segunda visita

Objetivo

- Constatar si el paciente o cuidador realiza la técnica del SIL correctamente.

Actividades

- Resolveremos las dudas que hayan surgido al realizar el SIL en su domicilio.
- Realizará el SIL en la consulta y le daremos las indicaciones necesarias de aspectos a mejorar.
- Valoraremos la necesidad de una nueva sesión.
- Valoraremos el aprendizaje e integración de los autosondajes por parte del paciente.

A los quince días realizaremos un seguimiento telefónico para comprobar el correcto manejo del residuo posmiccional, así como detectar complicaciones o dificultades si las hubiera.

A los seis meses del inicio del SIL contactaremos telefónicamente con los pacientes para valorar el grado de adherencia al SIL.

RESULTADOS

La muestra fue de 37 pacientes con una edad media de 63,62 años, siendo la edad mínima 26 años y la edad máxima 88 años; 23 (62%) eran mujeres y 14 (38%) hombres.

De los 37 pacientes remitidos a la consulta iniciaron el SIL 25 (68%) pacientes y no lo iniciaron 12 (32%) pacientes.

No pudieron iniciar el SIL 12 pacientes, de los cuales 7 (58%) precisaban sondaje vesical asistido, eran mujeres, y 5 (42%) autosondaje, 3 mujeres y 2 hombres.

Los pacientes masculinos que no realizaron autosondaje fue por imposibilidad de paso de la sonda.

Las pacientes femeninas que no realizaron autosondaje fue por decisión de las pacientes.

De las pacientes que no realizaron el sondaje vesical asistido, 6 no disponían de personas de soporte para realizarlo y 1 fue decisión de la paciente.

De los 25 pacientes que iniciaron el SIL, lo mantuvieron a los 6 meses 14 (56%) y dejaron el SIL 11 (44%), 7 de ellos por no presentar residuo, 1 prefirió la sonda vesical permanente, 1 presentó una uretritis tras la cual abandonó el SIL, 1 no notó mejoría de sus síntomas de urgencia y abandonó el SIL y 1 abandonó el SIL tras el cambio de cuidadora, pero lo ha reiniciado posteriormente.

DISCUSIÓN

El SIL es el método de elección para vaciar completamente la vejiga, pero no todos los pacientes son candidatos a realizarlo debido a factores como el grado de destreza manual, la fisonomía corporal, la implicación personal para realizar la técnica o la disposición de un cuidador que lo lleve a cabo cuando se precisa sondaje vesical asistido, tal como indican las distintas guías de sociedades urológicas (1, 5).

Del análisis de los datos se desprende que las mujeres necesitan más sondaje vesical asistido que los hombres, lo atribuimos a una mayor dificultad para realizar la técnica en personas de edad avanzada, con atrofia de la mucosa genital y patologías diversas que dificultan o imposibilitan el sondaje.

Respecto al seguimiento del SIL a los 6 meses, coincidiendo con el estudio de Batista (6), nuestros pacientes presentan una pauta decreciente que permite a la tercera parte de los pacientes dejar el sondaje por falta de residuo.

CONCLUSIÓN

La ET en la consulta enfermera de urología logra una alta tasa de adherencia del paciente al SIL.

Una tercera parte de los pacientes que han iniciado el SIL no lo precisa a los 6 meses por disminución del residuo. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriano Guzmán BA, Soriano Fernández P, Fernández Arenas V. Protocolo de autosondaje vesical intermitente limpio en hombres con sondas hidrofílicas. *Enfermería Docente*. 2010; 92: 17-19.
2. Vahr S, Cobussen-Boekhorst H, Eikenboom J, Geng V, Holroyd S, Lester M, et al. European Association of Urology Nurses. Catheterisation: Urethral intermittent in adults. 2013. Disponible en: http://www.uroweb.org/fileadmin/E_AUN/guidelines/2013_EAUN_Guideline_Milan_2013-Lr_DEF.pdf.
3. Poza Urcelay MJ, González Moreno MJ, Martínez Fera L, Pierre M, Lauture L. Cuidados de Enfermería en el autocateterismo vesical en pacientes intervenidos de neovejiga. *Enfuro*. 2003; 88: 27-29.
4. Gómez García E, Herrera Álvarez A, López Herrero I. Plan de cuidados en autosondaje: a propósito de un caso. *Enfuro*. 2008; 106: 13-16.
5. Milla España FJ, Ariza Lahuerta JC, Estudillo González F, Garrido Hernández MT, López Guillen P, et al. Guía de educación terapéutica del paciente con sondaje intermitente limpio. Disponible en: <http://www.enfuro.es/guiadeetpe-nelsil.html>
6. Batista Miranda JE, Martínez P, Basas-Parg, A. Cateterismo intermitente limpio en una consulta de Urología general. *Viabilidad de la pauta decreciente*. *ArchEspUrol*, 2014; 67 (10): 831-838.



GRADO DE ADHERENCIA AL SONDAJE INTERMITENTE LIMPIO POST EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

Asensio Malo, Gema
Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat (BARCELONA)

INTRODUCCIÓN

El sondaje intermitente limpio (SIL) es el procedimiento de elección en pacientes con un vaciado incompleto. No todos los pacientes derivados a nuestra consulta son candidatos al SIL ni lo mantienen a corto plazo, ya sea por decisión del paciente o por disminución de los residuos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Análisis observacional de una cohorte prospectiva de pacientes derivados para educación terapéutica (ET) del SIL.

Ámbito: Hospital Universitari de Bellvitge, centro de tercer nivel.

Población: Pacientes adultos derivados a la consulta enfermera para educación terapéutica del SIL, excluyendo los que han recibido ET previamente, entre octubre de 2013 y septiembre de 2014.

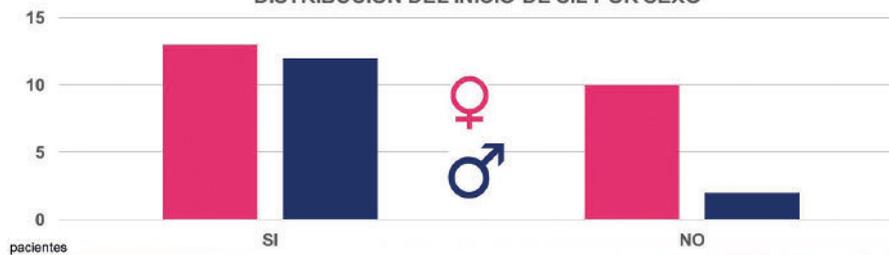
Procedimiento: La ET se estructura en dos sesiones presenciales dos días consecutivos y seguimiento telefónico a los 15 días.

OBJETIVO

Describir la adherencia al SIL de los pacientes remitidos a la consulta enfermera

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DEL INICIO DE SIL POR SEXO



CONCLUSIONES

- ✓ El número de pacientes que iniciaron SIL es mayor cuando realizan autosondaje (81%) que si precisan sondaje vesical asistido (30%).
- ✓ El número de pacientes que precisa sondaje vesical asistido varía según el sexo, un 43% de las mujeres han precisado sondaje vesical asistido y ningún hombre.
- ✓ A los 6 meses mantenía el SIL un 56% de los pacientes que lo iniciaron.

GONZÁLEZ ALCOLEA, I.; CASTEDO MARTÍNEZ, O.; PAREDES DEL PINO, E.; MARTÍN NIETO, L.; HIDALGO GONZÁLEZ, C.; TOMÉ BARBA, R.
Servicio de Urología – Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid)

Cistectomía radical tipo Bricker ubicada en cuadrante izquierdo. Caso clínico

RESUMEN

El cáncer de vejiga es el sexto tipo de cáncer más común en los Estados Unidos, después del cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de colon y linfoma. Es el tercer tipo de cáncer más común en hombres, pero el onceavo cáncer más común en mujeres.

La cistectomía radical tipo Bricker es una técnica descrita por el doctor Bricker en 1950 y que sigue siendo una de las técnicas más utilizadas a pesar de los años transcurridos. Consiste en la creación de un conducto con un segmento aislado de íleon de unos 12 cm, anastomosando los uréteres al extremo proximal del íleon y abocando el extremo distal a la pared abdominal.

Es una intervención mutilante que conlleva importantes secuelas para el paciente, tanto físicas como psicológicas, debido al trastorno de la imagen corporal, pérdida de la erección en el varón y sacrificio de la micción, entre otros. El tratamiento de los pacientes cistectomizados es un reto que afrontamos a diario en nuestro hospital los profesionales de enfermería, tanto antes como después de la intervención. En este póster queremos remarcar la importancia de la consulta preoperatoria y, dentro de ella, la importancia del marcaje del estoma. Esta intervención enfermera (aprobada por el Consejo de Enfermería en diciembre de 2014) influye favorablemente en la calidad de vida del paciente urostomizado.

Palabras clave: cistectomía, ubicación estoma, valoración.

SUMMARY

Bladder cancer is the sixth most common cancer in the United States, after lung cancer, prostate cancer, breast cancer, colon cancer, and lymphoma. It is the third most common cancer in men, but the eleventh most common cancer in women.

Radical cystectomy Bricker is a technique described by Dr. Bricker in 1950 and remains one of the most used techniques despite the years. It involves the creation of a conduct with an isolated segment of ileum about 12 cm, anastomosing the ureters to the proximal end of the ileum and joining to the distal end of the abdominal wall. It is a mutilating intervention that has important consequences for both physical and psychological patient due to body image disorder, loss of erection in men and sacrifice of urination, among others. Treatment of patients with a cystectomy is a challenge that nurses should face every day in our Hospital, both before and after the intervention. In this poster we would like to emphasize the importance of preoperative counseling and specially the importance of marking the stoma. This nurse intervention (approved by the College of Nurses in December 2014) influences positively the quality of life of the patient ostomized.

Keywords: cystectomy, stoma location, assessment.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 78 años que acude a nuestro hospital para segunda opinión tras diagnosticarle tumor vesical en otro centro hospitalario tras una RTU (resección transuretral) vesical.

Tumor vesical infiltrante de 4 cm en cara lateral izquierda, sin adenopatías. Pt1g3 con CIS sin muscular.

Se programa ingreso para realizar cistectomía radical tipo Bricker.

Anatomía patológica: carcinoma urotelial in situ en los bordes sin componente infiltrante residual. Márgenes quirúrgicos de uretra y uréteres libres de tumor.

Ganglios linfáticos negativos.

VALORACIÓN GENERAL PREOPERATORIA

1. PATRÓN PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

- Antecedentes personales. No alergias conocidas. No enfermedades, no HTA ni dislipemias.
- Intervención quirúrgica de hombro tras una fractura.
- Exfumador desde hace aproximadamente seis meses, no alcohol.
- Describe su estado de salud como bueno "hasta ahora".

2. PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO.

- Peso: 74 kg. Talla: 1,75 cm.

- Dieta normal con abundante ingesta hídrica.

- Buena coloración de piel y mucosas.
- Buena hidratación. No signos de pliegue cutáneo.
- No ha presentado problemas para la cicatrización de heridas.

3. PATRÓN DE ELIMINACION.

- Patrón urinario: no presenta problemas urinarios desde que le realizaron la RTU.
- Patrón intestinal: normal. Hace una deposición diaria.

4. PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO.

- Independiente para las actividades de la vida diaria. Según índice de Katz.
- Pulsos simétricos y respiración normal.

- Practica deporte diariamente. Jugador de golf.
- 5. PATRÓN SUEÑO – DESCANSO.
 - Descansa bien, con sueño reparador.
 - Toma medicación para dormir: sueño.
- 6. PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTUAL.
 - Consciente y orientado.
 - Usa gafas.
 - Buena comunicación con él.
 - Actualmente no presenta dolor.
- 7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTO-CONCEPTO.
 - Se considera una persona tranquila, pero actualmente está nervioso por la cirugía y la evolución de la enfermedad.
- 8. PATRÓN ROL - RELACIONES.
 - Jubilado.
 - Vive con su esposa. Muy colaboradora y comunicativa.
 - Aficionado al golf. Refiere tener miedo por no poder seguir jugando al mismo.
- 10. PATRÓN ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS.
 - Desde que conoce su enfermedad, refiere tener miedo a no saber afrontar su nueva situación.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Tras el análisis de los datos de la valoración inicial abordamos los siguientes diagnósticos de enfermería para solucionar los patrones que actualmente están alterados:

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (0047).
- NOC: Integridad tisular. Piel y membranas mucosas (1101).
- NIC: Cuidados de la ostomía (0480). Actividades enfermeras:
 1. Informar sobre el significado de la ostomía al paciente.
Se le explica el tipo de cirugía que se le va a realizar de una manera clara y sencilla, no utilizando lenguaje técnico, incidiendo en las

posibilidades de una vida prácticamente normal en el futuro.

- Se le pregunta previamente la información dada por el cirujano. Nos cuenta que previamente le plantearon otro tipo de tratamientos para conservar la vejiga y otro tipo de cirugías (Student), pero él decidió este tipo de cirugía.
2. Mostrar dispositivos al paciente.
Se le enseña el tipo de disco y bolsa que llevará en un futuro. Le explicamos que marcaremos el lugar idóneo para la ubicación del estoma. Nos propone marcarlo en el cuadrante izquierdo por su afición al golf y en el lado derecho le incomodaría para jugar.
 3. Explicar los cuidados diarios del estoma.
Se le explican los cuidados diarios del estoma, haciendo hincapié en que el hecho de llevar un estoma no va a entorpecer sus actividades de la vida diaria: deporte, ocio, viajes...
 4. Marcado del estoma.
Se tiene en cuenta la decisión del paciente en cuanto a la ubicación del estoma.
Las urostomías se localizan normalmente en el cuadrante inferior derecho, pero teniendo en cuenta su deporte favorito, y después de hablarlo con el urólogo, se elige el cuadrante inferior izquierdo.
Se traza un triángulo imaginario cuyos vértices son el ombligo, la cresta ilíaca izquierda y el punto medio del pubis. Se trazan las bisectrices. El punto de intersección es el punto de marcaje del estoma.
Se marca el lugar con un rotulador indeleble. Se evita:
 - Las prominencias óseas.
 - Depresión umbilical.
 - Flexura de la ingle.
 - Línea natural de la cintura.
 - Zona media del pubis
 - Pliegues cutáneos.
- Dada la buena disponibilidad y el estado anímico del paciente se le coloca un disco y una bolsa en el punto elegido.
Se le dice que haga una vida normal: se levante, se acueste, se siente, vestirse...
Se comprueba que el disco no

hace pliegues, no parece despegarse ni tiene alergia el paciente a los componentes del mismo.

Se le dan las primeras instrucciones y enseñanzas de quitarse y ponerse la bolsa como realizará diariamente en un futuro próximo.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN – AUTO-CONCEPTO:

- Trastorno de la imagen corporal (00118).
- NOC: Imagen corporal (1200).
- NIC: Mejora de la imagen corporal (5200). Actividades:
 - Determinar las expectativas corporales del paciente.
 - Utilizar una orientación anticipatoria para los cambios de la imagen corporal previsible.
 - Ayudar al paciente a comentar los cambios previsible que puede causar la cirugía.
- NIC: Potenciación de la autoestima (5400). Actividades:
 - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- NIC: Asesoramiento (5240). Actividades:
 - Proporcionar información objetiva.
 - Ayudar al paciente a que enumere todas las alternativas posibles al problema.

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

- Duelo (0013).
- NOC: Resolución de la aflicción (1304). NIC: Disminución de la ansiedad (5820). Actividades:
 - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
 - Proporcionar información objetiva respecto del tratamiento quirúrgico.
 - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se van a experimentar durante el posoperatorio.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Afrontamiento ineficaz (00069).
- NOC: Afrontamiento de problemas (1302).
- NIC: Mejora del afrontamiento (5320). Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas. NIC: Apoyo en la toma de decisiones. Actividades:
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

La atención de enfermería en el preoperatorio con un seguimiento en el posoperatorio mejora la calidad de vida del paciente urostomizado.

La valoración del paciente no solo en su esfera biológica sino también psicológica y social ayuda a realizar una toma de decisiones más correcta. El trabajo en equipo mejora el consenso.

Durante el seguimiento del paciente mostró su adaptación y mejora a los cambios, tanto en el aspecto físico como en la función corporal.

Al evaluar nuestro plan de cuidados identificamos que el paciente ha sido capaz de reducir el miedo y la ansiedad, así como conseguir mejorar su esfera psicosocial.



XXXIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA
VALENCIA 2015

CISTECTOMÍA RADICAL TIPO BRICKER UBICADA EN CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO. Presentación de un caso clínico.



Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
Comunidad de Madrid

González Alcolea, I.; Castedo Martínez, O.; Hidalgo González, C.; Martín Nieto, L. M.; Paredes del Pino, E.; Tomé Barba, R.;

Servicio de Urología. Hospital Universitario Puerta de Hierro – Majadahonda

INTRODUCCIÓN

La cistectomía radical tipo Bricker es una intervención mutilante que conlleva importantes secuelas para el paciente tanto físicas como psicológicas, debido al trastorno de la imagen corporal, pérdida de la erección en el varón y sacrificio de la micción, entre otros. El tratamiento de los pacientes cistectomizados, es un reto que afrontamos a diario en nuestro Hospital los profesionales de enfermería, tanto antes como después de la intervención. En este poster queremos remarcar la importancia de la consulta preoperatoria y dentro de ella la importancia del marcaje del estoma. Esta intervención enfermera (aprobada por el Consejo de Enfermería en diciembre de 2014) influye favorablemente en la calidad de vida del paciente urostomizado.

Se presenta el caso de un paciente varón de 78 años que tras la realización de cistectomía radical tipo Bricker ubicada en flanco lateral izquierdo puede seguir jugando al golf.

OBJETIVOS

- Determinar la importancia de la consulta enfermera preoperatoria para tener un conocimiento específico acerca del paciente que va a someterse a una cistectomía radical y que será portador de una urostomía.
- Identificar los problemas basales del paciente (físicos y psicológicos) que van a influir posteriormente en su calidad de vida.
- Plasmar la importancia de transmitir dichos problemas al equipo de urólogos que realizarán la intervención para valorar la posibilidad de modificar la técnica quirúrgica.
- Planificar los cuidados generales a realizar en el preoperatorio y los específicos relacionados con derivación urinaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente varón de 78 años que acude a nuestro hospital para segunda opinión tras diagnosticarse en otro centro un tumor vesical infiltrante de 4 cm en cara lateral derecha.

Tras la valoración inicial en la consulta preoperatoria (basada en Patrones Funcionales de M. Gordon) y debido a su afición al golf nos plantea la posibilidad de realizar el marcaje en el cuadrante inferior izquierdo. Valoramos la petición del paciente y la planteamos al resto del equipo.

Se diseña un plan de cuidados individualizado en el que se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC y NOC encaminado principalmente en resolver problemas psicosociales que influirán en su calidad de vida, afrontamiento a su nueva imagen corporal y adaptación a los cambios.



RESULTADOS

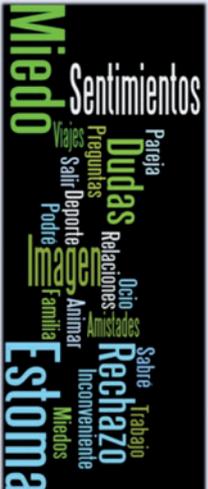
Dx: 00118 Trastorno de la imagen corporal	
NOC: 1200 Imagen corporal	
NIC: 5220 Mejora de la imagen corporal	Actividades:
	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las expectativas corporales del paciente. • Utilizar una orientación anticipatoria para los cambios de la imagen corporal previsibles. • Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía.
NIC: 5403 Potenciación de la autoestima	Actividades:
	<ul style="list-style-type: none"> • Determina la confianza del paciente en su propio orificio.
NIC: 5348 Aseveramiento	Actividades:
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información objetiva. • Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema.
Dx: 00136 Dolor	
NOC: 1304 Resolución de la aflicción	
NIC: 5820 Disminución de la ansiedad	Actividades:
	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. • Proporcionar información objetiva respecto del tratamiento quirúrgico. • Explicar todos los procedimientos incluidos posibles sensaciones que se han de experimentar sobre el procedimiento.
Dx: 00059 Afrontamiento ineficaz	
NOC: 1302 Afrontamiento de problemas	
NIC: 5230 Mejorar el afrontamiento	Actividades:
	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles. • Ayudar al paciente a resolver los problemas.
NIC: 5250 Apoyo en la toma de decisiones	Actividades:
	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. • Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. • Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

- La atención de enfermería en el preoperatorio con un seguimiento en el posoperatorio mejora la calidad de vida del paciente urostomizado.
- La valoración del paciente que aquí trabajamos, no sólo en su esfera biológica si no también psicológica y social ayuda en la toma de decisiones más correcta.
- Durante el seguimiento del paciente, mostró su adaptación y mejora a los cambios tanto en el aspecto físico como en la función corporal.
- Al evaluar nuestro plan de cuidados identificamos que el paciente ha sido capaz de reducir el miedo y ansiedad, así como conseguir mejorar su esfera psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackekey B.J. Ludwig G. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de cuidados. 7ª Ed. Madrid: Elsevier España, 2007.
2. Bulechek G. Butcher H. McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª Ed. Elsevier España, 2009.
3. García Morato J.M. Derivaciones Urinarias: Cuidados de enfermería. Coloplast Productos Médicos, 1994.
4. Johnson M. (et al). Vinculos de NOC y NIC a NANDA – I y diagnósticos médicos. Reporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª Ed. Elsevier España, 2012.
5. Leonor Rodríguez S. Guía de diagnósticos NANDA. Criterios de Resultados NOC, Intervenciones NIC. Elaboración del plan de cuidados del paciente ostomizado.
6. Moorhead S. (et al). Clasificación de resultados de Enfermería (NOC) 4ª Ed. Elsevier España, 2009.
7. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier, 2012.



CLARA DEL SOLAR GUTIÉRREZ, ANA ISABEL VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ Y Fº JAVIER AGUDO DOMÍNGUEZ

El mejor abrazo de bienvenida al paciente

Durante unos años se ha ido trabajando en la unidad de Urología del Hospital Puerta del Mar de Cádiz en algo que consideramos fundamental para que el paciente tenga una buena estancia durante su proceso quirúrgico y se vaya de alta lo más independientemente posible, sabiendo manejar perfectamente los dispositivos urológicos que va a necesitar tras esta.

Por esto se ha trabajado en un sistema de enseñanza y apoyo al paciente y a su familia.

Cómo beneficia esto al paciente:

- Buena atención por parte del equipo.
- Afectividad y protección durante su estancia.
- Una buena educación sanitaria que le ayuda a ser más autosuficiente durante su estancia y al alta hospitalaria, teniendo especial atención con los dispositivos urológicos de los que va a ser portador.
- Educación individualizada y con base científica.

EDUCACIÓN PRE Y POSQUIRÚRGICA

- Educación del paciente antes de la intervención, explicándole en qué consiste y enseñándole el dispositivo con el que se va a ir de alta y un poco su manejo.
- Durante el periodo posquirúrgico, apoyo del manejo del dispositivo que va a necesitar durante un tiempo determinado o de forma permanente.
- Información al alcance de todos en forma de póster en un lugar visible de la unidad.

INFORMACIÓN Y APOYO

El diálogo con el paciente es fundamental antes y después de la intervención quirúrgica.

No debemos olvidar la necesidad de un constante apoyo por parte del personal de enfermería.



INFORMACIÓN CLARA, CONCISA Y POR ESCRITO

- Entrega de un tríptico informativo al alta, que se unirá al informe de continuidad de cuidados, y que sirve como apoyo al paciente y su familia en el domicilio.
- Revisar los conocimientos del paciente y su familia al alta.

VALORACIÓN

- Buena acogida por parte del paciente, del cuidador y de los compañeros de atención primaria.
- Educación precoz del paciente durante su hospitalización.
- Valoración continua para la utilización de nuevos métodos educativos más efectivos.
- Adaptación del paciente a una vida social y familiar en mejores condiciones. Más autosuficiencia.
- Desarrollo de actividades educativas para el equipo de enfermería y así poder prestar una mejor atención al paciente.

EL ABRAZO EDUCATIVO A NUESTRO PACIENTE UROLÓGICO

- Acrecienta la voluntad de VIVIR en nuestros pacientes.
- Los abrazos, además de hacernos sentir bien, se emplean para aliviar el dolor, la depresión y la ansiedad. Provocan alteraciones fisiológicas positivas. Un abrazo nos brinda:
 - Protección: el sentirnos protegidos es importante para todos, pero más para los que se encuentran en una situación especial y dependen de quienes le rodean.
 - Seguridad: todos necesitamos sentirnos seguros. Si no lo conseguimos, actuamos de forma ineficiente y nuestras relaciones interpersonales declinan.
 - Confianza: la confianza nos puede hacer avanzar cuando el miedo se impone a nuestro deseo de participar con entusiasmo en algún desafío de la vida.
 - Salud: el contacto físico y el abrazo imparten una energía vital capaz de aliviar y sanar dolencias menores.

SEAMOS ESA PERSONA QUE ES CAPAZ DE DAR TODAS ESAS COSAS CON SU EDUCACIÓN Y APOYO UN ABRAZO

**MERECE LA PENA
OS LO ASEGURO**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Unidad de Tratamiento
Hospital Puerta del Mar
Cádiz



RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON SONDA VESICAL

Autores: SOLAR GUTIERREZ, CLARA del. AGUDO DOMÍNGUEZ, F^o JAVIER. ESPADA BORDES, J.MARIA. SAAVEDRA FERNANDEZ, M^o JOSE. QUILES GÓMEZ, INMACULADA. GUERRERO ANDRADES, M^o CARMEN

- **INTRODUCCION:** Hasta ahora la enseñanza para el autocuidado para pacientes con sonda vesical se registraba en el Informe de Continuidad.
- **OBJETIVO:** Realizar un documento en formato de tríptico con las recomendaciones de cuidados del paciente portador de Sonda Vesical.
- **METODO:** Hacemos una lectura crítica y hacemos un compendio de todas las posibilidades en cuanto a recomendaciones de autocuidados
- **RESULTADO:** en forma de tríptico describimos :

¿Qué es una Sonda Vesical?

• La Sonda Vesical es un catéter que permite la salida de la orina de la vejiga al exterior



Recomendaciones generales

- Fijar la sonda para evitar tirones y posibles lesiones de la uretra.
- Mantener la sonda por debajo de la vejiga para evitar reflujo de la orina y, por tanto, una posible infección.
- Evitar desconexiones innecesarias de la bolsa y cuando se cambie no hacer movimientos bruscos.
- No realizar esfuerzos bruscos en las primeras semanas
- Vigilar que la sonda no este obstruida por estar doblada o con un tapón de moco o de sangre. En caso de obstrucción intentar desobstruirla haciendo un lavado con jeringa y suero estéril como se le ha enseñado en el hospital .Con una jeringa de 50cc.se introducen unos 20cc por la sonda y se aspira el contenido, repetir la operación en caso necesario



Alimentación

- Beber unos dos litros de agua al día para evitar infecciones y cálculos urinarios .
- Tomar zumo de pomelo , naranja, kiwi, que por su vitamina c, acidifican la orina evitando infecciones
- Evitar el estreñimiento tomando alimentos con fibra.

ropa y hábitos higiénicos

- Usa ropa cómoda que no presiones la sonda.
- Cada vez que manipule la bolsa de orina debe tener limpieza extrema
- Puede ducharse con la sonda
- Lavar la zona genital con agua templada y jabón dos veces al día movilizandolo la sonda en ser...



Temperatura

- Fijar la bolsa de pierna con los dispositivos que trae para ello a la parte inferior de la pierna, así evitará tirones y podrá llevarla debajo de la ropa .
- Por la noche la cambiará por una bolsa de mas capacidad para evitar reflujo y la fijará con un soporte a la cama

Complicaciones

- Acudir al centro sanitario en caso de :
 - Fiebre
 - Sangre abundante en orina
 - Obstrucción total de la sonda
 - Salida accidental de esta



• **CONCLUSIONES:** La información recibida y comprendida por el paciente siempre será un parámetro de calidad de los cuidados recibidos y su planificación al alta se reafirman y consolidan con este documento de fácil lectura y comprensión





XXXVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

6/7/8 OCTUBRE 2016

Compromiso de la Enfermería Urológica con la calidad y la eficiencia de los cuidados

Programa científico

Día 6 tarde:

- 12:00 h. Entrega de documentación
- 16:00 h. MESA REDONDA / PONENCIA "ESTRATEGIAS DE CUIDADOS"
- 17:00 h. Bloque de comunicaciones libres
- 17:45 h. Inauguración oficial del Congreso
- 18:15 h. Conferencia inaugural
- 19:30 h. Cóctel de bienvenida (Patio de la Infanta)

Día 7 tarde:

- 16:00 h. Foro sociedades científicas. "SOCIEDADES CIENTÍFICAS. ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ?"
- 17:30 h. Bloque comunicaciones libres
- 18:30 h. Asamblea de socios
- 21:30 h. Cena de clausura

Día 7 mañana:

- 9:00 h. Bloque comunicaciones libres
- 10:30 h. MESA REDONDA / PONENCIA "SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD ASISTENCIAL"
- 11:30 h. Pausa café
- 12:00 h. Bloque comunicaciones libres
- 13:00 h. MESA REDONDA / PONENCIA "EDUCAR PARA LA SALUD"
- 14:00 h. Comida trabajo

Día 8 mañana:

- 9:30 h. Comunicaciones póster (seleccionados a premio)
- 10:00 h. MESA REDONDA "ROL ENFERMERO EN EL PROCESO DEL TUMOR VESICAL"
- 11:30 h. Pausa café
- 12:00 h. Conferencia de calusura
- 12:45 h. Clausura del XXXVII Congreso Nacional de la AEEU. Presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Urología
- Presentación de resultados y conclusiones.
- Propuesta sede 2017
- Entrega premios (Mejor Comunicación / Mejor Póster)

Noticias de interés

Los próximos días 6, 7 y 8 de octubre celebraremos nuestro XXXVII Congreso Nacional en la ciudad de Zaragoza, os adjuntamos el preprograma del mismo y además os invitamos a visitar nuestra web www.enfuro.es,

donde encontraréis toda la información detallada de este evento, como normas para enviar posters y comunicaciones, fechas límite, boletín de inscripción y reservas de hoteles, y todo lo relacionado al congreso en

cuestión. Asimismo recordaros que durante el mismo celebraremos nuestra asamblea anual de socios.

Esperamos contar con vuestra presencia; hasta entonces, un cordial saludo.

www.enfuro.es

visita nuestra página web

Cada vez es más utilizada como herramienta de consulta así como agilización de gestiones en todo lo referente a congresos: acceso a programas, envío de resúmenes, inscripciones; no en vano superamos ya las 700.000 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.

The screenshot displays the website's interface. At the top, the header features the AEEU logo and the text 'Asociación Española de Enfermería en Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria'. Below this is a navigation bar with links for Inicio, A.E.E.U., Revista Enfuro, Congresos, Cursos, Asociaciones de Enfermería, Biblioteca, and Guía de ETP en el SIL. The main content area is divided into several sections: 'Menú' on the left with links like Secretaría and Galería de Fotos; 'CONGRESO 2016' in the center, advertising the XXXVII Congreso Nacional de Enfermería en Urología in Zaragoza on October 6/7/8, 2016; 'Aviso a Socios' on the right; 'Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada.' in the bottom left; and 'Galería de Fotos' in the bottom right. A 'Contador de Visitas' (Visitor Counter) is located in the bottom left corner, showing 837469 total visits, with 77 for today, 315 for yesterday, and 1181 for this week. The footer includes logos for sponsors: inibsa, Coloplast, and Wellspect Health-Care.

