



Revista

ENFURO

Asociación Española de Enfermería en Urología

Número Especial del Congreso (XLII Congreso de AEEU - Bilbao)

Núm. 148 | Julio 2025 | ISSN: 2695-5172 e-ISSN: 2695-5180 | www.revistaenfuro.com

XLII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria (AEEU): un encuentro memorable en Bilbao

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

XLII Congreso AEEU - Bilbao - Abstract Comunicaciones orales

XLII Congreso AEEU - Bilbao - Pósteres

XLII Congreso AEEU - Bilbao - II Concurso de fotografía

Ponle cara



ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

EUSKALDUNA | Bilbao
15-16-17 mayo 2025

Órgano oficial de



Optimizada con



JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Vicepresidenta

Elena Alcaraz Zomeño
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Secretario

Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Tesorera

Montserrat Morcillo Marín
Instituto Guttman Hospital de Neurorehabilitación, Badalona

Vocal

Isaac Florido Pérez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

José M^a Monreal Guijarro
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Secretaría Técnica

Patricia Santos
Irene Vázquez
Orzán Congres, La Coruña

REDACCIÓN/EDITORIAL REVISTA

Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

CONSEJO REDACCIÓN

Gabi Adalid Loma

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

Francisco Estudillo González

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

Isabel Eugenia Jiménez Mayorga

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga
Vocal Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Málaga

María Isabel Martínez Sánchez

Consulta Urología
Hospital Clínico San Cecilio, Granada

Palmira Navarro Pastor

Consulta Urología Pediátrica
Hospital Universitario La Paz

Marta Rodríguez García

Doctora en Enfermería
Directora Académica de Ciencias de la Salud
UNIE Universidad. Planeta Formación y Universidades

Jesús M^a Salinas Casado

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

REVISORES

Elena Alcaraz Zomeño

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

M^a del Carmen Bejarano Gómez

Hospital General Universitario, Toledo

Manuel Ramón Bernal Pacheco

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Paloma Coronel Rosado

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Francisco Estudillo González

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Isaac Florido Pérez

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

Eva María García Peña

Hospital Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Eva Sanjuán Suria

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

Laura Señalada Salinas

UGC Victoria, Distrito Sanitario Málaga- Guadalhorce, Málaga.



La Junta Directiva y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas por los autores en sus artículos. ENFURO tiene la propiedad de los artículos que contiene. Cualquier reproducción total o parcial de sus contenidos deberá ser autorizada por su autor y el Consejo de Redacción, haciendo expresa mención de la fuente.

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

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

Reproducciones con fines comerciales:

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

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

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

SUMARIO

Editorial	5
XLII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria (AEEU): Un Encuentro Memorable en Bilbao	6
De interés	11
Bases beca “Francisco Estudillo” para el proyecto de investigación de la Sociedad Española de Enfermería Urológica (AEEU)	14
XLII Congreso AEEU - Bilbao - Abstract Comunicaciones orales	15
Fotografías del XLII Congreso AEEU - Bilbao	26
XLII Congreso AEEU - Bilbao – Pósteres	32
XLII Congreso AEEU - Bilbao - II Concurso de fotografía	93
Ponle cara	95

Editorial

Estimados compañeros,

Desde el Comité Organizador del XLII ENFURO (Congreso Nacional de Enfermería Urológica) en Bilbao el 16,17 y 18 de mayo, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este importante encuentro en Bilbao.

Este congreso no solo ha sido un espacio de actualización científica y profesional, sino también una valiosa oportunidad de reencuentro, el diálogo y la construcción colectiva del conocimiento en el ámbito de la enfermería especializada en urología.

Agradecemos profundamente la participación activa de ponentes, talleristas, asistentes y patrocinadores, así como el respaldo de las instituciones.

Cada intervención, cada conversación y cada aportación ha enriquecido el programa, así reafirmando el compromiso que compartimos por una atención urológica de calidad, humana y basada en la evidencia.

Nos sentimos honrados de haber sido anfitriones de este evento y nos llevamos el orgullo de haber compartido con profesionales apasionados, innovadores y profundamente comprometidos con su labor.

Esperamos que este congreso haya sido inspirador para vosotros como lo fue para nosotros tomar parte activa en él.

Seguiremos adelante, unidos por una enfermería urológica más fuerte, visible y preparada para los retos del futuro.

Con gratitud,

Eskerrik asko

**Comité Local Organizador
Bilbao, 1 de junio de 2025**



Comité Local, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo.

Goretti Zugazaga Mallea, Esther Kareaga Foruria, Cristina Garay Madariaga, Elena Caneiro González y Miriam Maeso Asua.

XLII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria (AEEU): un encuentro memorable en Bilbao

Bilbao, 15, 16 y 17 de mayo de 2025 – La vibrante ciudad de Bilbao ha sido el escenario del XLII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria (AEEU), un evento que ha reunido a profesionales de la enfermería urológica de todo el país bajo el lema “Encuentro de la enfermería urológica” organizado por los Comités Local y Científico, con el apoyo de la Junta Directiva de la AEEU. El congreso ha ofrecido un programa científico de alto nivel con contenidos relevantes y actualizados, consolidándose como un punto de encuentro esencial para la práctica diaria de la enfermería urológica.

El éxito de esta edición se refleja en la excelente acogida por parte de los profesionales, contando con la participación de casi 50 personas más que en el congreso celebrado hace dos años en Santiago de Compostela, lo que demuestra el creciente interés y la relevancia de estos encuentros para la enfermería urológica.

El congreso ha abordado temas cruciales como el rol de la enfermería en el quirófano urológico, las mejores prácticas en la asistencia de cuidados urológicos, el desarrollo y la gestión de consultas de enfermería especializadas, los desafíos y avances en urología pediátrica, el manejo integral de la urostomía, y la importancia de la cooperación internacional en el ámbito de la enfermería urológica. Además, se han ofrecido talleres prácticos diseñados para profundizar en temas específicos y relevantes, y se ha dado continuidad al exitoso Concurso de Fotografía de la AEEU en su segunda edición, invitando a expresar la creatividad y sensibilidad de la enfermería en el cuidado urológico a través de la imagen.

Día 1: Jueves, 15 de mayo de 2025

La jornada inaugural, que tuvo lugar en la Sala principal a las 15:00 h, contó con la presencia del concejal del Área de Salud del Ayuntamiento de Bilbao, Álvaro Pérez Alonso; el Presidente de la Asociación Española de Enfermería Urológica, Manuel Ramón Bernal Pacheco; y la Presidenta del Comité Local, Goretti Zugazaga Mallea. Un aureskulari, con su tradicional danza, añadió un toque cultural muy especial al evento. (Imagen 1)

La tarde prosiguió con las “Revisiones bibliográficas” en la sala principal, moderadas por Montserrat Morcillo. Se abordaron temas como el cambio de sondaje vesical, por Isaac Florido Pérez; los extensores de pene, por Jose María Monreal; los cuidados de las nefrostomías, por Miriam Alonso Osuna; y el cateterismo vesical intermitente, por Gema Asensio.

Paralelamente, la sala auxiliar fue el escenario de las “Comunicaciones Orales I”, moderadas por Maribel Martínez. Se presentaron interesantes trabajos, como “Rol de la enfermera en las consultas hacia la enfermería de la práctica avanzada, aplicando planes de cuidados estandarizados según el modelo



Imagen 1. Jornada inaugural

de Virginia Henderson” de Goretti Zugazaga Mallea, “La enfermería especializada en prehabilitación dentro de un programa de rehabilitación multimodal” de Elena Caneiro González, “Que aporta la enfermera en la consulta quirúrgica urológica, al paciente frágil” de Amparo Rodríguez Sánchez, “Análisis de los pacientes intervenidos de prostatectomía radical: Intervención temprana en el entrenamiento muscular del suelo pélvico” de María Luz Abreu Pérez, Noelia María Navarro Bermúdez, Johan Gregorio Quesada y Lorena Belén Mora Santos, e “Impacto de un programa educativo en el Autocuidado Post Cistectomía: Evaluación de conocimientos y satisfacción” de Noelia Mª Navarro Bermúdez, Mª de la Luz Abreu Pérez, Elena Jiménez Bravo, Romina González García, Carmen Ester Trujillo Afonso y Johan Reyes Quesada.

Tras una pausa café en el hall a las 17:30 h, la actividad se reanudó a las 18:00 h. En la sala principal, la "Factoría del Cuidado I" fue moderada por Javier Olivares, con ponencias sobre el papel EUD en neuralgia y dolor pudiendo, por Elena Alcaraz; la indicación EUD en HBP, por Patricia Bayón; y la evaluación del Programa NMTP en Pediatría, por Adriana Farré. Además, Sara Lasarte presentó "Estrategias de enfermería para reducir la ansiedad durante el estudio urodinámico: hacia una experiencia más confortable y humana".

Simultáneamente, la sala auxiliar albergó el "Taller Ecografía I", a cargo de la Sociedad Vasca de Urología.

A las 19:00 h, la sala principal acogió la "Mesa de Cooperación Internacional: Experiencias en voluntariado enfermero/ Visiones del voluntariado desde la enfermería", moderada por María García Malo, Supervisora RYC. Naiara Manzanares García compartió "De la Teoría a la Acción: Reflexiones Previas al Voluntariado y la Cooperación Internacional Enfermera"; Laura Martínez Rubio presentó su "Misión Solidaria en Camerún"; y Vanessa Quintero Gómez habló sobre la "Formación en cirugía urológica avanzada y mínimamente invasiva en el Hospital de Zacamil". A la misma hora, la sala auxiliar ofreció el "Taller de Urodinámica I" con Sara Lasarte.

La jornada concluyó en la Sala principal a las 20:00h con la Asamblea de socios, cuyo resumen se ofrecerá más adelante.

Día 2: Viernes, 16 de mayo de 2025

El segundo día comenzó temprano con las "Comunicaciones Orales II" en la Sala auxiliar, de 8:15 a 9:15 h, moderadas por Guillermina Ferrández. Se presentaron el "Programa Minbizi" de Beatriz Rezola Aldaz, Amaia Lekuona Zubeldia, Irene Abasolo Otegu, Marta Mena Sagasti, Estefanía González Seco y Josune Zubizarreta Ormazabal; "El feedback previo a la cirugía robótica de próstata mejora las complicaciones" de Carlos Lorenzo García, Ana Lucía Guzmán Bellodas y Paloma Coronel Rosado; "Retos, adaptaciones y propuestas en la atención Urológica a un paciente Trans*: Reflexiones desde la Práctica Clínica" de Berta Sans Callejo; y "Efectos de la neuromodulación con corrientes NESA en pacientes con síntomas urológicos" de Carlos Lorenzo García, Laura Ibáñez Vázquez, Manuel Reina Ramírez, Paloma Coronel Rosado y Daniel Santos Arrontes.

A las 9:15 h, la sala principal fue el escenario de la "Factoría del Cuidado II", moderada por Elena Alcaraz. Rosa María Peralta Sánchez habló sobre el "Papel emergente del Urobioma y probióticos en el tratamiento de Vejiga Hipcontractil"; Yolanda Vázquez Lorenzo presentó "NMTP en VH"; y Mónica Rodríguez Valeiro abordó "Dolor y nervios en EUD".

A las 10:00 h, se llevó a cabo el Simposium BBraun en la sala principal, centrado en "Retos y experiencias en el mantenimiento de sondas vesicales", con la participación de Nazareth Pino, Product Manager de Bbraun, y Lucía Ardevol, del Hospital Vall d'Hebron.

Tras una pausa café a las 11:00 h, el Simposium Coloplast presentó "Realidad Virtual en el Aprendizaje del Autosondaje: Experiencias Pioneras en un Ensayo Clínico" en la sala principal a las 11:30 h. Verónica Vivas, Market Manager de Coloplast, fue la presentadora, y Matilde Castillo, Doctora enfermera, la moderadora. Los ponentes fueron Manuel Pardo Ríos, Catedrático de la Universidad de Murcia, y Carmen Acebal Álvarez, Enfermera Asistencial del Servicio de Urología del H.U. Marqués de Valdecilla, Santander.

El Simposium Hollister, titulado "Ceramidas. Solución total", se realizó en la Sala principal a las 12:30h, con la participación de Yolanda de Blas Lozano, enfermera estomaterapeuta en urología del HU 12 de octubre, y Verónica Tatsch, Product Manager de Hollister, y médica especialista en Dermatología y Medicina Estética de la Asociación Médica Argentina y la Asociación Internacional de Clínica Estética y Reparadora.

A las 13:30 h, el Simposium Gebro, "Experiencia y avances en la terapia con BCG: la enfermería en primera línea del cuidado del cáncer de vejiga no músculo invasivo", contó con la ponencia de Victoria Casado Carrillo de Albornoz.

El almuerzo de trabajo se llevó a cabo en el hall a las 14:00 h.

La tarde comenzó con "Café con..." en la sala principal a las 15:00 h, moderado por Carmen Expósito, con la intervención de Mario Pierre-Louis Lature y Laura Martínez Fera.

A las 15:30 h, la "Mesa de Uro-Oncología" fue moderada por Manuel Bernal, con Jose Luis Senovilla abordando "La enfermería en el proceso de cáncer de próstata avanzado" y M^a Isabel Galante presentando "Enfermería en el proceso quirúrgico del cáncer de próstata y vejiga".

El Simposium Wellspect, "Desmitificando la sexualidad: Impacto de las disfunciones vesico-intestinales en la vida sexual y el rol de la enfermería en el manejo integral", contó con la participación de Cristina Mena Ruiz, Goretti Zugazaga Mallea y Esther Kareaga Foruria a las 16:30 h en la sala principal.

Tras una pausa café, la actividad se retomó a las 18:00 h con el "Taller Ecografía II" en la Sala auxiliar, a cargo de la Sociedad Vasca de Urología. Paralelamente, en la sala principal, se celebró la "Masterclass de Urostomía: Derivaciones urinarias y sus complicaciones", moderada por José María Monreal y con Leire Rius como ponente.

A las 19:00 h, la sala principal albergó la ponencia "La enfermería y la innovación: T-control", con Manuel Luque como ponente. Al mismo tiempo, Sara Lasarte impartió el "Taller de Urodinámica II" en la sala auxiliar.

La jornada culminó con el traslado grupal al restaurante a las 21:00 h y la cena oficial del congreso a las 21:30 h. En ella se dieron los premios a los ganadores de las distintas categorías.

Día 3: Sábado, 17 de mayo de 2025

El último día del congreso se inició con la "Mesa redonda: Desafíos y avances en el manejo de Urostomías: Perspectivas Multidisciplinares" en la sala principal a las 9:00 h, moderada por Alicia Castro. Los temas tratados incluyeron la "Importancia del trabajo interdisciplinar en paciente ostomizado" por Victoria Casado Carrillo de Albornoz Toledo; la "Instilación de BCG en Urostomía Bricker" por Javier Campillo Martínez Royo Villanova; y la "Sexualidad con una Urostomía" por Yolanda de Blas Lozano. Simultáneamente, Isabel Galante dirigió el "Taller Ecografía III" en la sala auxiliar.

A las 10:00 h, la sala principal acogió la "Mesa redonda Enfermería pediátrica: Uroterapia en pediatría: soluciones no invasivas", moderada por Adriana Farré. Los ponentes fueron Palmira Navarro con "Trastornos miccionales no neurógenos"; Cristina Plaza Valdés con "Educación miccional modificación de hábitos"; y Raquel Senen Hernández con "Biofeedback y NMTP". A la misma hora, Manuel Bernal impartió el "Taller de Suelo Pélvico: Dispositivos y Pesarios I" en la sala auxiliar.

Después de una pausa café, la “Mesa redonda Enfermería quirúrgica: Reivindicando el papel de la enfermería urológica en quirófano” tuvo lugar en la sala principal a las 11:30 h, moderada por Silvia Trigos. Las ponencias incluyeron “El papel de la enfermería en la enucleación prostática con láser Holmium: cuidados y competencias clave” por Antonio Fidel Campoy Pérez; “Ser enfermera de quirófano, trabajar por la excelencia” por Cristina Ropero; y “La enfermería quirúrgica en el tratamiento de la urolitiasis” por Alicia Castro. Simultáneamente, Silvia Domínguez ofreció el “Taller de Investigación II” en la sala auxiliar.

A las 12:30 h, Manuel Bernal continuó con el “Taller de Suelo Pélvico: Dispositivos y Pesarios II” en la sala auxiliar. En la sala principal, Gabi Adalid Loma impartió la “Masterclass: Infecciones de transmisión sexual. Un reto silente para enfermería”, moderada por Goretti Zugazaga. Finalmente, a las 13:30 h, la sala principal fue el escenario de la ponencia sobre “Inteligencia emocional”, moderada por Pilar López Guillén y con Marga Michinel como ponente. El congreso llegó a su fin con la clausura a las 14:30 pm en la sala principal.

Reconocimientos y premios

El XLII Congreso AEEU ha reconocido la excelencia en diferentes categorías:

- **Mejor comunicación oral:** Berta Sans Callejo por “Retos, adaptaciones y propuestas en la atención urológica a un paciente trans*: reflexiones desde la práctica clínica”.
- **Mejor comunicación “Factoría del cuidado”:** Rosa María Peralta Sánchez por “Papel emergente del Urobioma y probióticos en el tratamiento de Vejiga Hipcontractil”.
- **Mejor póster:** Paloma Márquez Martín, Montserrat Arias Mancheño, Laura Verona Rodríguez, M^a Ángeles López Elche, Vanesa Rostra Ovejero por “Circuito hospitalario del paciente urostomizado”.

- **II Concurso de fotografía:** Rosa María Peralta Sánchez por “Gotas que importan”.
- **Beca Francisco Estudillo:** José M^a Monreal Guijarro.

Comités organizadores

El éxito de este congreso ha sido posible gracias al arduo trabajo de los diferentes comités:

- **Comité local:** Integrado por Goretti Zugazaga Mallea, Esther Kareaga Foruria, Cristina Garay Madariaga, Elena Caneiro González y Miriam Maeso Asua, del Hospital de Galdakao. (Imagen 2)
- **Comité organizador:** ENFURO – Asociación Española de Enfermería en Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria.
- **Comité científico:** Compuesto por Javier Olivares, Isabel Jiménez Mayorga, Maribel Martínez Sánchez, Guillermina Fernández, Gabi Adalid Loma, Esther Torres y Javier Campillo. (Imagen 3)
- **Comité honorífico:** Presidido por Dña. María José García Etxaniz, presidenta del Colegio de Enfermería de Bizkaia, y la Sociedad Vasca de Urología.

El XLII Congreso de la AEEU ha sido, sin duda, una oportunidad excepcional para el desarrollo profesional, el intercambio de experiencias y la creación de redes de contacto entre profesionales.

La AEEU agradece la participación de todos los asistentes y espera que este evento sea un estímulo para seguir avanzando hacia una enfermería urológica que proporcione cuidados de excelencia y contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes.



Imagen 2. Comité Local - Hospital de Galdakao.



Imagen 3. Comité científico.

Resumen consolidado de la Encuesta de Satisfacción del XLII Congreso de la AEEU en Bilbao

Este resumen combina las percepciones de los asistentes sobre los aspectos más valorados y menos valorados del programa científico del XLII Congreso de la AEEU, así como sugerencias de mejora.

Aspectos más valorados del programa científico

Los asistentes mostraron una clara satisfacción con los siguientes puntos:

1. **Talleres prácticos:** fueron el elemento más destacado y valorado. La metodología práctica y participativa de los talleres generaron gran participación y satisfacción.
2. **Inteligencia artificial (IA) y nuevas tecnologías:** la conferencia inaugural sobre la IA en enfermería urológica, sus utilidades y aplicaciones, generó un gran interés y fue un pilar atractivo del congreso.
3. **Calidad de ponencias y ponentes:** se valoró positivamente la calidad general de las ponencias, destacando su interés y el buen desempeño de los ponentes.
4. **Variedad y novedad de temas:** la diversidad de los contenidos presentados, incluyendo temas novedosos y actualizados, fue muy apreciada, ya que el programa cubrió un amplio espectro de intereses.
5. **Formato y organización general:** la estructura del congreso recibió comentarios positivos en cuanto a su buena organización general y su orientación hacia el futuro de la enfermería.
6. **Comunicación y atención a pacientes:** se destacó la relevancia de temas relacionados con la comunicación y la atención al paciente hospitalizado.

Aspectos menos valorados y sugerencias de mejora del programa científico

Las críticas de los asistentes se concentraron principalmente en problemas organizativos y de gestión, a pesar de que un número considerable de respuestas indicaron "Nada" como lo menos gustado, sugiriendo una satisfacción general aceptable para muchos. Las principales áreas de insatisfacción y puntos a mejorar son:

1. Problemas con los talleres (acceso y solapamientos)

- **Imposibilidad de asistencia:** una queja recurrente fue la dificultad para asistir a múltiples talleres o para poder realizarlos debido a limitaciones de aforo o selección.
- **Conflicto de horarios:** el solapamiento de talleres con ponencias fue una fuente importante de frustración, impidiendo a los asistentes participar en todas las actividades de su interés.
- **Espacio y aforo:** se percibió una limitación en la sala auxiliar de presentación de ponencias y comunicaciones orales, que en ocasiones se quedaron cortas de aforo.

2. Gestión del tiempo y duración del congreso

- **Jornadas extensas:** el programa fue percibido como excesivamente largo, generando fatiga y la necesidad de más tiempo de descanso.
- **Desajustes horarios:** hubo quejas sobre el inicio tardío de algunas comunicaciones y la necesidad de una mejor distribución horaria de las sesiones.

3. Comunicaciones y visibilidad de contenidos

- **Falta de comunicaciones y charlas:** algunos asistentes sintieron una escasez de comunicaciones.

- **Visibilidad de pósteres:** la poca visibilidad de los pósteres fue un punto negativo.
- **Contenido o ritmo de ponencias:** críticas puntuales al contenido o ritmo de ciertas ponencias, así como a la falta de concreción en algunas presentaciones.

4. **Logística y organización general**

- **Problemas de coordinación logística:** hubo quejas muy específicas sobre la gestión del viaje y los hoteles en Bilbao, incluyendo horarios de desayuno incompatibles con el inicio del congreso.
- **Desorganización en salas:** algunos mencionaron la falta de aforo suficiente en la sala auxiliar, para albergar a los asistentes en las comunicaciones orales.
- **Precio de la inscripción:** se sugirió que el precio de la inscripción fue elevado y que la organización podría ser más accesible para los socios.

3. **Enfoque temático**

- Algunos asistentes percibieron que el congreso estuvo demasiado enfocado en urología funcional, echando en falta mayor cobertura de otras áreas como urología de hospitalización, estomas o quirúrgica.

Conclusión

El XLII Congreso de la AEEU en Bilbao fue muy valorado por sus talleres prácticos, la apuesta por la Inteligencia Artificial y la calidad de sus ponencias y ponentes. Sin embargo, las principales áreas de mejora para futuras ediciones residen en la gestión optimizada del tiempo y los solapamientos entre actividades para maximizar la participación, una revisión de la logística de inscripciones y alojamiento, y una consideración de ampliar el espectro temático para abarcar todas las subespecialidades de la enfermería urológica. Abordar estos puntos ayudará a fortalecer la experiencia de los asistentes en futuros congresos de la AEEU.

Desde la junta directiva de la AEEU nos gustaría agradecer la participación en el XLII congreso Nacional de la AEEU celebrado en Bilbao y el interés suscitado. Agradecer la gran participación en la cumplimentación de la encuesta de satisfacción que nos permite analizar los puntos fuertes y las áreas de mejora. Tras el análisis de las encuestas de satisfacción de los asistentes al pasado congreso en Bilbao, queremos ofrecer algunas aclaraciones sobre ciertos puntos, así como compartir nuestras líneas de mejora:

Optimización del tiempo y formato del programa

Talleres, comunicaciones y sala plenaria simultáneos

Entendemos que la simultaneidad de talleres, comunicaciones y sesiones plenarias pudo generar frustración al no poder asistir a todo lo deseado. Sin embargo, este formato se implementa para maximizar el aprovechamiento del tiempo disponible. Nuestro objetivo es ofrecer la mayor cantidad y variedad de contenido posible en dos días. Si realizáramos todas las actividades de forma secuencial, el congreso se extendería mucho más, lo cual complicaría la asistencia para muchos profesionales. La realización de talleres ha sido acogida con satisfacción por parte de los congresistas, ya que ha permitido profundizar sobre el tema de forma efectiva y participativa. Tomamos nota de vuestras sugerencias para optimizar la distribución de horarios y minimizar solapamientos en la medida de lo posible.

Visibilidad de pósteres y ahorro de costes

Mantenemos el formato digital para los pósteres, ya que esto permite a los autores ahorrar costes económicos y complicaciones en la impresión y traslado, así como la necesidad de espacio físico que requerirían los pósteres impresos. No obstante, estamos estudiando alternativas para aumentar su visibilidad.

Ampliación del espectro temático y fomento de ponencias

Estamos completamente abiertos a incorporar y ampliar los temas del congreso, nos encantaría contar con más ponencias y debates sobre áreas tan importantes como la enfermería urológica en cirugía, hospitalización y estomaterapia, entre otras. De hecho, en este congreso se ha incluido la propuesta de quirófano, pediatría, cooperación, ostomía, investigación. Hemos buscado un punto de encuentro de toda la enfermería urológica.

Asignatura pendiente y cómo mejorar

Es fundamental contar con más participación, la dificultad principal es la falta de ponencias propuestas sobre ciertos temas. Por ello os animamos a presentar vuestras comunicaciones y experiencias independientemente del área de conocimiento en que os encontréis. Estamos explorando cómo fomentar la participación y colaboración de compañeros de todos los ámbitos de la enfermería urológica para enriquecer aún más nuestros programas científicos. En este sentido, hemos proporcionado diez becas sorteadas entre los socios para este congreso de Bilbao, al igual que hicimos en la II Jornada Nacional de la AEEU celebrada en el instituto Guttmann el pasado 2024. Continuaremos ofertando inscripciones a los socios de ENFURO en los próximos eventos de la asociación, por lo que os animamos a asociaros si aún no lo estáis.

Les traemos las novedades más destacadas de la reciente Asamblea de socios de la AEEU, que se celebró el pasado **15 de mayo** en el marco del **XLII Congreso AEEU en Bilbao**. En este importante encuentro, se tomaron decisiones cruciales para el futuro de nuestra asociación.

Renovación de la Junta Directiva

En un paso importante para la continuidad y el impulso de la AEEU, se ha **aprobado la candidatura para la renovación de la Junta Directiva**. La nueva junta, que seguirá liderando nuestra asociación con dedicación, queda conformada de la siguiente manera:

- **Presidente:** D. Carlos Lorenzo García
- **Vicepresidente:** Dña. Elena Alcaraz Zomeño
- **Secretario:** D. Javier Olivares Corral
- **Tesorero:** Dña. Montserrat Morcillo Marín
- **Vocal:** D. Isaac Florido Pérez
- **Vocal:** D. José María Monreal Guijarro
- **Secretaría Técnica:** Orzán Congres (Irene Vázquez, Patricia Santos)

La candidatura fue aprobada con un respaldo abrumador, reflejando la confianza de los socios en la gestión y los planes de esta nueva directiva.



Nuevas Sedes para Jornadas y Congresos

Otro punto clave de la Asamblea fue la emocionante elección de las próximas sedes para nuestras actividades. Con gran entusiasmo, anunciamos que:

- La **Jornada de la AEEU de 2026** se celebrará en la hermosa ciudad de **Cuenca**, propuesta por la socia Dña. Elena Alcaraz y aprobada con 13 votos a favor.
- El **XLIII Congreso Nacional de la AEEU en 2027** tendrá lugar en **Alicante**, una decisión que se tomó tras una votación entre varias propuestas, obteniendo 8 votos a favor.

Crecimiento y Actividad Continua

Durante la Asamblea, se presentó un informe sobre el **crecimiento constante de la AEEU**, que actualmente cuenta con **137 socios activos**, un incremento significativo desde los 86 socios en 2022. También se destacó la **solidez económica** de la asociación y el gran número de **actividades científicas y colaboraciones** llevadas a cabo. Esto incluye la creación del **nuevo logo** y la **nueva página web**, así como la plataforma editorial online de esta revista, con la implementación de **DOI y ORCID**, y diversas **becas** para cursos y congresos.

Queremos agradecer a todos los socios asistentes por su participación y por hacer de esta Asamblea un encuentro tan productivo. ¡Seguimos trabajando juntos por el avance de la enfermería urológica!

La Universidad Complutense de Madrid y el Hospital Clínico San Carlos inauguran la segunda edición de su Máster de Formación Permanente en Técnicas Urodinámicas

Madrid, julio de 2025 – El pasado 5 de junio de 2025, la Universidad Complutense de Madrid y el Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos dieron inicio a la segunda edición de su Máster de Formación Permanente en Técnicas Urodinámicas. Este programa semipresencial, que se extenderá hasta el 5 de diciembre de 2025, ofrece una formación especializada y acreditada, dirigida a profesionales sanitarios interesados en la patología funcional del tracto urinario inferior.

El máster, con 60 créditos ECTS y 428 horas lectivas, está dirigido por el Profesor Jesús Moreno Sierra y D. Carlos Lorenzo García. Su principal objetivo es profundizar en el conocimiento de las técnicas diagnósticas y de tratamiento en urología funcional, abordando de manera multidisciplinar la

incontinencia urinaria y otras disfunciones vésico-uretrales, trastornos de vaciado y llenado vesical, y defectos pélvicos de soporte.

El claustro docente está compuesto por un equipo de destacados profesionales del Hospital Clínico San Carlos y la Universidad Complutense, entre ellos la Dra. Beatriz Bañuelos Marco, la Dra. Lorena Fernández Montarroso, la Dra. Pilar Gasca Escorial, D. Carlos Lorenzo García, el Prof. Jesús Moreno Sierra, D. Javier Olivares Corral y la Dra. María Eugenia Rivera Martínez. El Prof. Jesús Salinas Casado actúa como profesor honorífico.

Este máster cuenta con el aval de instituciones de prestigio como la Confederación Americana de Urología (CAU), la Asociación Española de Enfermería en Urología (ENFURO), FENIN (Tecnología Sanitaria) y la Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG).

SEGUNDA EDICIÓN

Máster de Formación Permanente en Técnicas Urodinámicas

60 créditos ECTS
428 horas lectivas

Equipo docente:
Dirigido por:
Prof. Jesús Moreno Sierra
D. Carlos Lorenzo García
Profesor honorífico:
Prof. Jesús Salinas Casado

Equipo docente:
Dra. Beatriz Bañuelos Marco
Dra. Lorena Fernández Montarroso
Dra. Pilar Gasca Escorial
D. Javier Olivares Corral
Dra. María Eugenia Rivera Martínez
D. Jaime Rodríguez Alarcón
D. Miguel Vinuela Chamorro

Modalidad Semipresencial
Prácticas presenciales
Conferencias Magistrales
Tutorización y TFM

Logos: ENFURO, FENIN, SINUG, ICS, Universidad Complutense, Hospital Clínico San Carlos, adimyf.

Empresas colaboradoras



Coloplast



Medtronic



nesaWORLD

Organiza:



En colaboración:



Aval del curso



Confederación Americana de Urología



ENFURO (Asociación Española de Enfermería en Urología)



FENIN (Tecnología Sanitaria)



SINUG (Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología)

Secretaría Técnica: Loli & Dimes

Tlfno: 915 061 778 / Fax: 915 061 779 / loli@loliadimes.com / www.loliadimes.com

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



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

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

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

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



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

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



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

Tema: Formación e Investigación en Enfermería Urológica

Dotación: 3.000,00 euros (1 beca)

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

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

Con la solicitud se adjuntará la siguiente documentación:

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

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

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

- 1) La primera, de 1.000 euros, momento de su concesión, que coincide con el Congreso de la Asociación Española de Urología que se celebra del 15 al 17 de mayo del 2025
- 2) Una segunda de 1.000 euros transcurridos seis meses de la iniciación del proyecto, previo visto bueno del Comité Científico de la AEEU, y tras presentación de un informe de la evolución del trabajo, en la Secretaría de la AEEU.

- 3) La última de 1.000 euros, al presentar la aceptación final de publicación de los resultados de su investigación en la revista ENFURO de la AEEU, u otra revista científica.

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

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

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

Nota explicativa:

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

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

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

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

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

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

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

Rol de la enfermera en las consultas hacia la enfermería de la práctica avanzada, aplicando planes de cuidados estandarizados según el modelo de virginia henderson

Goretti Zugazaga Mallea (enfermera de consultas de urología)

Hospital Universitario De Galdakao - Usansolo

Resumen

EL ROL de la enfermería en consultas se resumía en estar con el facultativo y recibir sus directrices.

Teniendo en cuenta que la enfermería con el paso del tiempo se está especializando y tiene más autonomía, con una buena organización y colaboración de todas las partes implicadas, se pueden implantar consultas de enfermería urológica con sus propias actuaciones. Visibilizando en un futuro muy próximo la enfermería en prácticas avanzadas en urología.

A fin de facilitar la actuación profesional, organizada e integral, se ha elegido el modelo de enfermería de Virginia Henderson, para desarrollar planes de cuidados estandarizados, teniendo en cuenta el lenguaje común enfermero NANDA – NOC – NIC.

Abstract

The nurses' role at consultations was summed up as being together with the physician and follow their guidelines.

We should take into account that nursing has been specialising for a long time and does have more autonomy as well as good organisation and cooperation among all the parts involved. Therefore, it is possible to set up urologic nursing consultations on their own, and what is more, foresee nursing at advanced practice on Urology in the near future.

In order to enable both organised and comprehensive professional performance, Virginia Henderson's nursing model has been chosen so that standard care plans may be developed following NANDA-NOC-NIC nursing common language.

Introducción

Haciendo un poco de historia y poniéndonos en situación los Diagnósticos de enfermería comenzaron a ver la luz en el mundo anglosajón en los años 50 y en España aparecen sobre los años 80.

La terminología de Diagnóstico de Enfermería surge en el PAE (Proceso de atención de Enfermería) como una recogida de datos por la enfermera para unificar criterios para los cuidados de cada persona o individuo para que este consiga su independencia o la mantenga.

Así pues, teniendo en cuenta que la urología es una especialidad tanto quirúrgica como médica, el personal de enfermería desempeña una serie de funciones tradicionales de su profesión (curas, cateterizaciones...). No obstante, la reciente implicación de la enfermera en las labores pioneras en su campo ha supuesto un nuevo horizonte y avance para nuestra especialidad y una fuente de motivación añadida.

Aplicando los PAE en situaciones concretas en las consultas específicas de enfermería urológica, conseguimos unos mejores cuidados, registros y continuidad.

Así nos hacemos una pregunta:

¿Existe relación alguna en el uso de PAE y la autonomía de la Enfermería dentro del Equipo multidisciplinar de Salud?

Materiales y método

Se ha realizado una revisión tanto bibliográfica y observación documental, teniendo en cuenta los criterios predeterminados en las principales bases de datos ENFISPO, DIALNET, ELSEIVER, PUDMED Y WEB especializadas, así como libros, etc. Abarcando un periodo de tiempo de 15 años.

En un segundo periodo del proceso se ha realizado el análisis global de la situación en las consultas de urología, identificando la situación actual en nuestro ámbito y así poner en funcionamiento las estrategias para mejorar la calidad asistencial.

Como herramienta para poder organizar los datos y estructurarlos se ha basado en el modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson por ser oficial en el ÁREA Sanitaria donde quiere implantar el plan, adaptándolo a la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Conceptos Necesidades básicas.

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera.

Resultado

Elaboramos un Proceso de Atención de Enfermería estandarizado para prestar atención de calidad, así humanizando los cuidados e introduciendo el PAE como herramienta de trabajo. Aplicar este proceso a los pacientes atendidos en nuestra consulta con la estructuración de agendas propias de enfermería urológica.

El Plan de Cuidados será abierto adaptándolo a cada caso y aplicando el modelo de enfermería de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson:

Discusión

En el ámbito teórico, el uso del Proceso de Atención de Enfermería en agendas propiamente de enfermería: defienden una situación concreta, estandarizan actuaciones, sirven para investigar y ampliar conocimientos o para clasificar las competencias enfermeras para poder conseguir una atención especializada.

Por otro lado, esta herramienta (PAE) científica no ha conseguido aplicarse adecuadamente, y para la mayoría de los profesionales enfermeros creen que no es necesaria utilizarla en el día a día.

Conclusión

- . -Se demuestra que nuestra profesión enfermera tiende a especializarse, ya que muchos de los apartados arriba mencionados serían difíciles de aplicar sin conocimientos previos de esta especialidad.
- . -Se optimiza el tiempo de la consulta en sí.
- . -La existencia de los registros y la cumplimentación de los mismos permite la comunicación entre profesionales.
- . -El área de mejora será que, en un futuro, todo paciente salga de la consulta de enfermería una vez dado de alta con un informe de cuidados de enfermería, para garantizar la continuidad asistencial entre distintos niveles asistenciales.

Las palabras clave: Proceso enfermero. Enfermería práctica avanzada. Plan de cuidados de enfermería/ urología. Gestión de calidad.

La enfermería especializada en prehabilitación dentro de un programa de rehabilitación multimodal

Elena Caneiro Gonzalez

Hospital Universitario Galdakao – Usansolo

Resumen

El término Rehabilitación Multimodal (RHMM) o Fast-Track, se define como una guía de cuidados prequirúrgica avanzada, que se basa en la actuación multidisciplinar de todos los especialistas implicados en los cuidados pre, intra y posoperatorios. La Cistectomía Radical (CTR) es una cirugía mayor de alta complejidad con alta tasa de complicaciones, que conlleva importantes alteraciones en la calidad de vida a nivel físico, psicológico y social, es por ello que surge en la urología la necesidad de integrar los protocolos de rehabilitación multimodal (PRM) en estos pacientes.

Abstract

The term Multimodal Rehabilitation (MRMR) or Fast-Track, is defined as an advanced peri-surgical care guide, based on the multidisciplinary action of all specialists involved in pre-, intra- and postoperative care. Radical cystectomy (RTC) is a highly complex major surgery with a high rate of complications, which leads to significant alterations in the quality of life on a physical, psychological, and social level, which is why urology is faced with the need to integrate multimodal rehabilitation protocols (MRP) in these patients.

Objetivo

Analizar el impacto de la rehabilitación multimodal llevada a cabo por enfermería especializada en urología en los pacientes sometidos a CTR en el hospital de Galdakao, en relación con otro centro sanitario donde no se llevan a cabo dichas estrategias prequirúrgicas.

Material y métodos

Estudio de Cohortes Observacional Prospectivo

Multicéntrico comparando dos grupos de pacientes sometidos a CTR con o sin consulta de rehabilitación prequirúrgica. Las variables de resultados serán: complicaciones, estancia hospitalaria y satisfacción

Resultados

Esperamos que los resultados pongan de manifiesto que, los protocolos de rehabilitación prequirúrgica llevados a cabo por enfermería especializada, disminuyen la tasa de complicaciones perioperatorias, disminuyendo la estancia hospitalaria y mejorando notablemente la satisfacción de los pacientes.

Conclusiones

La rehabilitación multimodal tiene un impacto positivo en la mejora integral de la CTR y se recomienda en todos los centros que lleven a cabo dicha cirugía. La especialización de la enfermería en estos protocolos permite implantar de forma eficaz los protocolos de rehabilitación en los servicios que lleven a cabo cistectomía radical.

Palabras clave: Cáncer de vejiga. Cistectomía. Prehabilitación multimodal. Protocolo ERAS. Vía RICA. Enfermería.

Qué aporta la enfermera en la consulta quirúrgica urológica al paciente frágil

Amparo Rodríguez Sanchez. amparomarivan@hotmail.com

Complejo Hospitalario Universitario Moisés Broggi

Resumen

Introducción

El aumento de la expectativa de vida conlleva un incremento de la fragilidad de los pacientes urológicos.

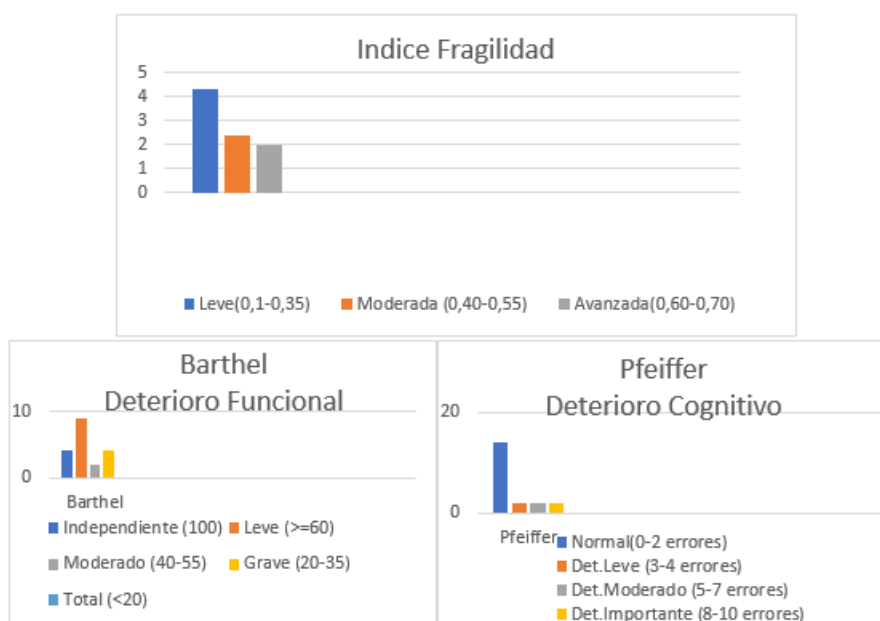
La fragilidad se asocia con mayor morbilidad postoperatoria; una de las medidas para la prevención de complicaciones, es la valoración integral.

En nuestro centro disponemos del área de paciente quirúrgico complejo (APQC), coordinada por la enfermera clínica (EC), la cual valora y sigue a los pacientes frágiles quirúrgicos.

Material y método

Los pacientes visitados en la consulta de la EC, vienen derivados de la consulta del urólogo, de la enfermera gestora de casos o del anestesiista y serán presentados en sesión multidisciplinar del APQC, para valorar los riesgos/beneficios de la cirugía propuesta.

La EC es quien facilita el enlace entre los profesionales implicados en el proceso, asegura la implementación de intervenciones preventivas que disminuyan las potenciales complicaciones postquirúrgicas y representa los intereses del paciente.



Indicadores	2024
Pacientes APQC UROLOGIA	20
Fragilidad: grave/moderada/leve	4/12/3
Pacientes operados	12(60%)
Pacientes descartados a cirugía	8(40%)
Exitus IQ	0
Exitus No IQ	3 (37%)
Complicaciones Post IQ (DINDO)	1 (8,3%)
Reingresos (Urg,Hospitalización)	3 (25%)
Calidad de vida Post IQ (mayor/igual/peor)	4/8/0

Resultados

El APQC valora pacientes de cualquier servicio quirúrgico. Del total de pacientes incluidos en 2024, 29,4% fueron urológicos. Se intervino al 60% de los pacientes propuestos para cirugía, solo uno presentó una complicación. Dos de los reingresos estaban relacionados con la cirugía. El 67% de los pacientes refirieron encontrarse igual o mejor que antes de la cirugía.

De los pacientes no operados, la decisión tomada en sesión fue con consenso familiar y coordinándose con el servicio de paliativos.

Discusión

La valoración de la EC implica aportar el conocimiento del paciente y la gestión de los recursos asistenciales, cumpliendo con las funciones de anticipación, coordinación y ejecución que permiten personalizar las decisiones de tratamiento y favoreciendo buenos resultados postoperatorios.

Conclusión

La EC APQC garantiza asistencia multidisciplinar individualizada, asegura la coordinación y continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida del paciente y familia.

Palabras clave: Fragilidad. Enfermería centrada en el paciente. Continuidad de la atención al paciente.

Análisis de los pacientes intervenidos de prostatectomía radical: intervención temprana en el entrenamiento muscular del suelo pélvico

Resumen

Introducción

La prostatectomía radical es el procedimiento quirúrgico de elección en el cáncer de próstata. Entre sus complicaciones más frecuentes destacan la incontinencia urinaria (IU) y la disfunción eréctil (DE). El entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP), iniciado de forma temprana, ha demostrado favorecer la recuperación funcional, abordando aspectos físicos y psicológicos.

Objetivo

Evaluar el impacto del EMSP previo a la prostatectomía radical sobre la IU y la DE postoperatorias.

Material y método

Estudio cuasi experimental pre-post con grupo control. El grupo de intervención realizó EMSP en consulta antes de la cirugía. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. La IU se evaluó mediante el cuestionario ICIQ-SF y la DE mediante el IIEF-5.

Resultados

Se incluyeron 136 varones (media de edad: $63,24 \pm 6,34$ años); el 22% presentaba obesidad y el 53,8% sobrepeso. El 79,4% fue intervenido mediante prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot. Se aplicó la prueba de Mann-Whitney U para comparar los niveles de IU y DE postoperatorias entre grupos. Se observó una diferencia significativa en la IU ($U = 1879$, $z = -2,011$, $p = 0,044$), con menor severidad en el grupo intervención (rango promedio = 61,86) respecto al control (74,40). No se encontraron diferencias significativas en la DE postoperatoria ($U = 2219$, $p = 0,670$).

Discusión

El EMSP previo a la cirugía se asocia a una menor gravedad de la IU postoperatoria, posiblemente por una activación anticipada del suelo pélvico y mayor consciencia corporal. La ausencia de diferencias en la DE podría explicarse por su naturaleza multifactorial, incluyendo factores neurológicos o quirúrgicos no modificables mediante esta intervención.

Conclusión

El EMSP prequirúrgico representa una estrategia eficaz y económica para mejorar la recuperación funcional urinaria tras prostatectomía radical, siendo recomendable su incorporación en la preparación preoperatoria del paciente.

Palabras clave: Diafragma pélvico. Incontinencia urinaria. Disfunción eréctil.

Impacto de un programa educativo en el autocuidado post- cistectomía: evaluación de conocimientos y satisfacción

Noelia M.^a Navarro Bermúdez 44046397V nnavber@gobiernodecanarias.org, M.^a De La Luz Abreu Perez 43359087Q, Elena Jimenez Bravo 43811276W, Romina González Garcia 78621336E, Carmen Ester Trujillo Afonso 78702120F, Johan Reyes Quesada 78715464B

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Resumen (máx 300)

Introducción

Según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica, el cáncer vesical es el cuarto tipo más diagnosticado en hombres, con más de 20.000 casos anuales. La educación sanitaria previa a la cistectomía es fundamental para asegurar un correcto autocuidado del estoma, requiriendo un proceso continuo y evaluado para lograr la adecuada adquisición de conocimientos y habilidades.

Objetivo

Evaluar la efectividad de un programa formativo sobre los conocimientos relacionados con la cistectomía y describir el grado de satisfacción de los pacientes respecto al proceso.

Material y método

Estudio prospectivo cuasi experimental pre-post sin grupo control. Antes de la intervención quirúrgica, se evaluaron los conocimientos sobre el postoperatorio, manejo y cuidados del estoma, así como las posibles complicaciones (T0). Al mes de la intervención educativa se reevaluó (T1), y previo al alta se aplicó una encuesta de satisfacción.

Resultados

Se incluyeron 22 pacientes (81,8% hombres; edad $\mu=67,1\pm7,5$ años). 63,6% presentaba estudios primarios o inferiores. Se observó una mejora en los conocimientos ($T0=7.09\pm2.69$ vs $T1=10,95\pm2.4$; $p<0,001$), con mejoría en el 95,5% de los casos. La información recibida previa a la intervención fue valorada como buena/muy buena por el 93,8% de los pacientes, aunque al alta la valoración fue inferior (68,8% para el cirujano y 48,8% para la enfermera). Además, el 62,5% destacó un trato "muy bueno" por parte de la estomaterapeuta y el 93,8% se mostró satisfecho.

Discusión

Los resultados confirman la eficacia del programa educativo para mejorar conocimientos y favorecer el autocuidado postoperatorio, aunque la valoración inferior de la información al alta pone de manifiesto la necesidad de optimizar la comunicación en ese momento crítico, adaptándola al perfil del paciente.

Conclusión

El programa formativo es efectivo en el manejo postoperatorio tras cistectomía. Se recomienda su aplicación sistemática y mejorar la educación durante el alta para optimizar la atención integral del paciente.

3 Palabras claves: Urostomía. Educación. Satisfacción.

Bibliografía

"Recuperación intensificada en cistectomía radical: rol de la enfermera" Chiavon Vinyoles, O; Palomino Martínez, A; Carbó Romero, S; Blandón Lara, MC; Ruiz Pérez, A; Franquet Barnils, E. ENFURO: Rev. Asoc. Esp. ATS. Urol; (134): 4-8, feb.2018.

"Grupo de trabajo. Vía clínica de recuperación intensificada en Cirugía del Adulto (RICA)." Ministerio de sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.2021.

"Guía RICA en la cistectomía" López Pérez, M; Villarroel Colalntes, R; Martín Mateos, MC; Merino Pastor, A; Cordal Rego, MJ; Blanco Jiménez, MC. Rev. Asoc. Esp. ATS. Urol: (137):34-37, dic.2019.

Gestión enfermera en circuitos de diagnóstico rápido en urología. Programa Minbizi

Beatriz Rezola Aldaz*, Amaia Lekuona Zubeldia*, Irene Abasolo Otegui*, Marta Mena Sagasti*, Estefania González Seco**, Josune Zubizarreta Ormazabal***

* Enfermera de consulta de urología. ** Supervisora de urología ***MIR 5 HUD

Resumen

Introducción

El programa Minbizi es un circuito de diagnóstico rápido diseñado para acelerar la detección de neoplasias, incluyendo las de pulmón, vejiga, digestivas, de cabeza y cuello. Este circuito busca reducir el periodo de incertidumbre diagnóstica.

Las enfermeras proporcionan una atención integral y especializada a los pacientes oncológicos, gestionando y agilizando la realización de pruebas diagnósticas y consultas necesarias.

En el ámbito de la urología, la enfermera gestiona tres circuitos prioritarios: hematuria, neoplasia testicular y neoplasia de riñón.

Objetivo

Identificar el número de pacientes evaluados en el circuito MINBIZI, derivados desde Atención primaria, Atención especializada y Urgencias durante los periodos 2020-2024.

Material y método

Estudio observacional descriptivo que analiza el número de pacientes atendidos entre los años 2020 y 2024, diferenciando por motivo de derivación y tipo de neoplasia.

Resultados

Casos evaluados

- Hematuria: 224 (2020), 232 (2021), 304 (2022), 366 (2023), 635 (2024).
- Tumor Vesical: 60,47,80,97,125 casos respectivamente.
- Riñón: 16, 32, 25, 46, 45 casos, respectivamente.

Discusión

Los datos reflejan una progresiva mejora en la derivación y detección de neoplasias urológicas. La revisión de otros circuitos Minbizis también demuestra una alta tasa de derivación adecuada (65%-98%).

Conclusiones

La gestión enfermera en los circuitos Minbizi ha demostrado ser esencial para optimizar el diagnóstico precoz en oncología urológica, contribuyendo a una atención más ágil, centrada en el paciente y con tiempos de respuesta adecuados.

Palabras clave: Hematuria. Enfermera oncológica. Neoplasias urológicas.

El biofeedback previo a la cirugía robótica de próstata mejora las complicaciones

Lorenzo García, Carlos; Gúzman Bellodas, Ana Lucía; Coronel Rosado, Paloma
carloslorenzogarcia@yahoo.es

Hospital Clínico San Carlos Madrid

Resumen

Introducción

Debido a las mejoras diagnósticas y de las técnicas radiológicas, la edad de los pacientes con cáncer de próstata es cada vez más temprana, y sus complicaciones más frecuentes (incontinencia urinaria y disfunción eréctil) adquieren cada vez mayor interés y preocupación para esta población cada vez más joven y sexualmente activa.

Diversos estudios demuestran que la realización de ejercicios que trabajan la musculatura de suelo pélvico, ayuda a mejorar estas complicaciones, aunque a veces, la ejecución de estos ejercicios no se realiza de forma correcta, por lo que el trabajo no es efectivo.

Muchos pacientes tienen dificultades para diferenciar la musculatura abdominal o rectal de la perineal, por tanto, consideramos necesario un entrenamiento previo por parte de un profesional especializado, para identificar correctamente, la musculatura a trabajar.

Material y método

El objetivo es valorar si un buen entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, basado en la correcta realización de los ejercicios perineales guiados por biofeedback obtiene mejores resultados frente a un aprendizaje sin la utilización del biofeedback.

Ensayo clínico de dos brazos, grupo experimental (33 pacientes) y grupo control (31 pacientes). En ambos grupos se integraron pacientes con cáncer de próstata que iban a ser sometidos a prostatectomía.

Grupo Estudio. Se realizaron dos sesiones de entrenamiento asistido por biofeedback, previo a la cirugía, donde se verifica la correcta contracción perineal. Tras esto, se les aplicó el tratamiento habitual.

Grupo Control. Al ingresar en la unidad de Urología, siguieron el tratamiento habitual.

Resultados

En la presencia de disfunción eréctil, se puede observar una diferencia de casi 5 veces más pacientes que no la presentan en el grupo Estudio, frente al grupo control.

En cuanto a la incontinencia urinaria, casi el doble de pacientes en el grupo de estudio, no presentan IU, frente al grupo control.

Podemos concluir que la percepción de la calidad de vida en los pacientes del grupo de estudio es ligeramente mayor a la percibida por el grupo control.

Discusión

La importancia de la educación sanitaria previa a la cirugía, no solo para recuperar la musculatura perineal y que el paciente realice los ejercicios de forma correcta, sino para que conozca, desde un primer momento, la posibilidad real que existe de padecer una incontinencia y/o una disfunción eréctil. Labor de la enfermería urológica.

Conclusión

La utilización del biofeedback como elemento de apoyo en la prevención de la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil, en pacientes que van a ser sometidos a prostatectomía radical robótica es una técnica segura y que puede aportar ventajas a la hora de que el paciente aprenda de forma más sencilla y con mayor rigor los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura perineal.

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

Retos, adaptaciones y propuestas en la atención urológica a un paciente trans*: reflexiones desde la práctica clínica

Berta Sans Callejo

Correo electrónico: bertasans@hotmail.com

Fundació Puigvert

Resumen

Introducción

Las personas trans* continúan enfrentando barreras estructurales y relacionales en el sistema sanitario. Según la *U.S Transgender Survey 2022*, casi el 50 % de las personas encuestadas informaron haber sufrido discriminación en contextos médicos, y muchas siguen encontrando obstáculos para acceder a servicios específicos como la atención urológica o los tratamientos de afirmación de género. Estas dificultades se agravan en especialidades con abordaje genital, como la urología funcional, si no se cuenta con un enfoque inclusivo, competente y centrado en la persona.

Material y método

Desde una perspectiva reflexiva asistencial, se presenta la experiencia clínica en la atención a un hombre trans* de 31 años que consultó por retención aguda de orina. El episodio requirió intervenciones urológicas invasivas y evidenció la necesidad de adaptar todo el proceso asistencial a la identidad de género del paciente. Se revisan las estrategias clínicas y las adaptaciones realizadas por el equipo profesional.

Resultados

La atención se enfrentó a varios desafíos: barreras en la historia clínica electrónica, lentitud en los cambios necesarios para el reconocimiento del nombre sentido, y dificultades en la comunicación clínica. Las adaptaciones implementadas – como el uso del lenguaje adecuado, el respeto por la corporalidad del paciente y la coordinación multidisciplinar – permitieron garantizar una atención segura, efectiva y coherente, centrada en la persona.

Discusión

La experiencia muestra cómo los equipos sanitarios pueden (y deben) adaptarse para ofrecer una atención digna y de calidad a las personas trans*. La práctica reflexiva, la formación en diversidad y el trabajo colaborativo son claves para transformar el abordaje clínico y reducir el impacto de la discriminación sanitaria. Es urgente revisar protocolos, herramientas digitales y políticas institucionales para integrar una mirada verdaderamente inclusiva.

Palabras clave: Personas transgénero. Atención de salud. Urología funcional.

Efectos de la neuromodulación con corrientes nesa en pacientes con síntomas urológicos

Lorenzo García, Carlos; Ibáñez Vázquez, Laura; Reina Ramírez, Manuela; Coronel Rosado, Paloma; Santos Arrontes, Daniel

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Resumen

Introducción

El avance tecnológico ha permitido el desarrollo de nuevas terapias como el Neuronal Excitability and Signal Amplification (NESA®) que combina estimulación eléctrica y neuromodulación de baja frecuencia de forma no invasiva y con alta tolerancia.

NESA® se ha propuesto como tratamiento para patologías urológicas asociadas a disfunciones vesicales, que impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Este trabajo tiene como objetivo evaluar los resultados funcionales de NESA® en la disfunción miccional, analizando su efecto en la calidad de vida, sintomatología y continencia.

Material y método

Se incluyeron los pacientes tratados entre octubre de 2023 y noviembre de 2024. Se incluyeron pacientes con: vejiga hiperactiva idiopática, detrusor acontráctil, anorgasmia y síndrome de dolor vesical crónico. No se excluyó a pacientes con disfunción miccional del tracto urinario inferior neurógena del adulto (ANLUTD). Los pacientes completaron 20 sesiones de NESA® (dos sesiones semanales durante diez semanas) de acuerdo con las instrucciones del fabricante para cada patología.

Las variables estudiadas fueron la calidad de vida (SF-36), sintomatología de llenado (OABq), incontinencia (ICIS-SF) y posibles complicaciones.

Los cuestionarios fueron autoadministrados al inicio y al final del tratamiento. Los resultados se analizaron mediante la t de student. Se consideró significativa una verosimilitud de la hipótesis nula menor de 0.05.

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes (9 varones y 21 mujeres). El 67% presentaron detrusor hiperactivo refractario a tratamiento médico y un 13 % síndrome de dolor vesical crónico; un 13% detrusor acontráctil y un 7% anorgasmia. Tras el tratamiento, se observó una mejoría significativa en los síntomas de vejiga hiperactiva en pacientes con detrusor hiperactivo o acontráctil (OAB, $p<0,05$), continencia entre los pacientes con detrusor hiperactivo y síndrome de dolor vesical crónico (ICIQ, $p<0,05$) y calidad de vida entre pacientes con detrusor hiperactivo (SF-36, $p<0,05$). No se registraron complicaciones.

Discusión

La muestra del estudio es escasa dado el tiempo necesario para poder obtener unos resultados y la limitada capacidad de la sala donde se administra el tratamiento.

Conclusión

El tratamiento con NESA® ha demostrado ser una herramienta eficaz y bien tolerada, mejorando significativamente la sintomatología y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos randomizados para confirmar su papel como tratamiento estándar para las distintas patologías estudiadas.

Palabras clave: Neuromodulación. Vejiga hiperactiva. Calidad de vida.

Fotografías del XLII Congreso AEEU - Bilbao













Un abordaje temprano y multidisciplinar tras una nefrectomía en la OSI barrualde-galdakao

Elejaga V. Iratxe, Valle E. Mercedes, Kareaga F. Esther, Lopez M. Paz

OSI Barrualde-Galdakao (H.U. Galdakao-Usansolo) Osakidetza

Abstract

Introducción

Nos planteamos un Plan de mejora tras la realización de una nefrectomía en la OSI Barrualde Galdakao ante el considerable número de casos que atendemos y porque sospechamos que podría mejorarse su seguimiento al alta de cara a detectar una futura alteración en su función renal.

Material y método

Se realiza un estudio conjunto entre el servicio de nefrología y de urología de nuestro hospital. Es un estudio descriptivo y retrospectivo de 164 pacientes nefrectomizados durante un periodo de 1-3 años teniendo en cuenta diferentes variables, entre ellos los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Resultados

Se observa que tras la intervención quirúrgica se produjo una caída media del filtrado glomerular del 21,41 ml/min, cumpliendo el 53,04% del total de los pacientes criterios de progresión de enfermedad renal crónica (ERC). El 23,1 % de los pacientes padecieron eventos renales, iniciando terapia renal sustitutiva un total de 4 pacientes (2,4%). El 1,8 % sufrió enfermedad cardiovascular mayor. La mortalidad fue del 11.7%.

Discusión

Tras el análisis de los resultados obtenidos, parece haber una relación entre la extirpación del riñón y un posible deterioro de la función renal post-nefrectomía en este grupo de pacientes. Por tanto, para evitar el daño renal, se deben controlar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y hacer un seguimiento.

Conclusión

Tras la confirmación de que tras una nefrectomía puede existir la posibilidad de aparición de una alteración en la función renal se decide realizar un abordaje temprano y multidisciplinar de los servicios de urología y nefrología al alta tras la cirugía. Este abordaje temprano consiste en hacer un seguimiento precoz de la función renal ya desde el mismo ingreso hospitalario, con una primera valoración del servicio de nefrología así como un seguimiento posterior en consultas durante el primer año, además del seguimiento urológico que ya se venía realizando. Asimismo, se elabora una guía de recomendaciones higiénico-dietéticas que se entregan al alta. El objetivo es hacer conscientes a estos pacientes de la importancia de cuidar al máximo el riñón que les queda.

Palabras clave: Nefrectomía. Monorreno. Daño renal.

UN ABORDAJE TEMPRANO Y MULTIDISCIPLINAR TRAS LA NEFRECTOMIA EN LA OSI BARRUALDE - GALDAKAO

Autoría: Elejaga Vargas, I.; Valle Egiguren, M.; Kareaga Foruria, E.; Lopez Moreno, P.

INTRODUCCIÓN

Desde la planta de hospitalización del Servicio de Urología - nefrología del H.U. Galdakao-Usansolo, y ante el número de nefrectomías que se estaban realizando, vimos la necesidad de plantear un plan de mejora en el seguimiento de pacientes nefrectomizados/as.

En relación a este plan de mejora, se planteó hacer un estudio conjunto (enfermería, urología y nefrología) para ver el impacto en la función renal tras la nefrectomía.

OBJETIVO

Demostrar que tras la nefrectomía hay un impacto en la función renal y, por consiguiente, hay una necesidad de proteger el riñón que queda en estos/as pacientes.

RESULTADOS

Las variables que estudian las características de nuestro grupo se recogen en la tabla contigua.

Observamos que tras la IQ se produjo una **caída media del FG del 21,41 ml/min**, cumpliendo el **53,04%** del total de los pacientes criterios de **progresión de ERC**.

El **23,1 %** de los/las pacientes padecieron **eventos renales**, iniciando TSR un total de **4 pacientes (2,4%)**. El **1,8 %** sufrió ECV mayor. La **mortalidad fue del 11,7%**

Varones/Mujeres	74% / 26%
Edad media	64,52 años
Causa oncológica	93,3%
Tabaquismo	44,23%
Dislipemia (Tto estatina)	46%
Sobrepeso/obesidad	44,37% / 28,75%
HTA	61,73%
DM	18,52%
Evento CV previo	14%
Parámetros de FR:	
FG medio	78,38ml/min
Cr media	0,99 mgr/dl
CAC medio	131,75 mgr/gr
ERC	24,69%
Inicio de AINEs post IQ	18,47%

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de un período de 1-3 años, en 164 pacientes sometidos/as a nefrectomía en nuestro centro entre el 2018 y 2020.

Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, tabaquismo, tipo de intervención quirúrgica (IQ), factores de riesgo cardiovascular (FRCV), eventos cardiovasculares (ECV), mortalidad; creatinina (Cr), filtrado glomerular (FG) y cociente albúmina/Cr (CAC), deterioro de la FR y progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) basándonos en la definición de las guías KDIGO, además de eventos renales definidos como episodios de fracaso renal agudo y/o inicio de terapia renal sustitutiva (TRS), así como tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

Con el estudio se llega a la conclusión de que para evitar el daño renal, se deben controlar los FRCV. Para ello, se elabora una guía de recomendaciones higiénico-dietéticas basadas en la revisión bibliográfica de diferentes bases de datos y revistas científicas.

CONCLUSIONES

Los/as pacientes sometidos/as a nefrectomía pueden aunar múltiples FRCV además de su enfermedad de base.

Dado que en este grupo de pacientes el deterioro de la FR post-nefrectomía parece evidente, se decide realizar un abordaje temprano y multidisciplinar de los servicios de urología y nefrología durante el ingreso y al alta tras la cirugía, así como la elaboración de una guía de recomendaciones higiénico-dietéticas para estos/as pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Zhou X, et al. Impact of unilateral nephrectomy on renal function and long-term kidney health. J Ren Med. 2018.
Garg P, et al. Renal function deterioration following nephrectomy: A systematic review. Nephrol Rev. 2019.
Miyamoto K, et al. Long term renal function after nephrectomy and the role of pre-surgical renal function assessment. Kidney Transpl J. 2020.
Sociedad Argentina de Pediatría. Pacientes con riñón único sano (monorrenos) [Internet]. 2016 Aug 25 [citado 2025Feb 13]. Disponible en: <http://comunidda.sap.org.ar/index.php/2016/08/25/pacientes-con-riñon-unico-sano-monorreno/>
De Armas GT, Capote PL, Castañer MJB, Herrera OY. Marcadores de daño renal en pacientes monorrenos quirúrgicos. Rev Cub Med Mil. 2018;47(1):72-76

Actualización del protocolo de instilación intravesical de Mitomicina C (MMC) en paciente hospitalizado

Laura Sánchez Santamaría, Janire López Berdial, Ainara Rojo Escudero, Leire Fuente Castaños, Miriam Maeso Asua, Saioa Ayo Atela

Hospital Universitario de Galdakao-Usánsolo

Resumen

Introducción

La MMC es un antibiótico antitumoral vesicante. En Urología tiene finalidad terapéutica en el cáncer superficial de vejiga no susceptible de resección completa y finalidad adyuvante en tumores completamente resecaos. Estos pacientes, tras ser intervenidos de RTU vesical, requieren la administración de MMC en el postoperatorio inmediato. Recientemente, un cambio en el material utilizado para su preparación y administración ha requerido una actualización del protocolo con el objetivo de garantizar su estabilidad, eficacia y seguridad.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo en el que se analizó la documentación previa y la implementación del nuevo fungible (jeringa precargada de MMC con adaptador de jeringa y adaptador sonda vesical con sistema cerrado de transferencia (CSTD)).

Tras varios ensayos en entorno controlado, se observó la necesidad de incorporar un 2º adaptador de jeringa CSTD y una conexión universal 5 en 1 para poder realizar la retirada de la MMC de un modo seguro y sin comprometer el sondaje.

Se documentaron todos los cambios y se actualizó el protocolo.

Resultados

- Se proporcionó una visión detallada de la nueva técnica con el nuevo fungible, mejorando la seguridad del personal y del paciente y reduciendo el riesgo de derrame del fármaco.
- Con los cambios realizados se asegura su adaptación a los pacientes con sondaje vesical.

Discusión

- El cambio de fungible trajo consigo una limitación en los pacientes portadores de sondaje vesical, ya que no permitía la retirada de la medicación con seguridad sin comprometer el sondaje.
- La solución implementada permitió la completa realización de la técnica.

Conclusiones

El nuevo material y su implementación resultó efectivo y seguro, permitiendo completar la técnica sin poner en riesgo la estabilidad ni la eficacia del fármaco. La revisión periódica de protocolos es clave para garantizar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Instilación intravesical. Mitomicina C. Resección transuretral (RTU) de la vejiga.



Actualización del protocolo de instilación intravesical de Mitomicina C (MMC) en paciente hospitalizado/a.

Sánchez Santamaría, Laura; López Berdial, Janire; Rojo Escudero, Ainara; Fuente Castaños, Leire; Maeso Asua, Miriam; Ayo Atela, Saioa. Hospital Universitario de Galdakao-Usánsolo. **C.P.4**

1 Introducción

La MMC es un antibiótico antitumoral vesicante. En Urología tiene finalidad terapéutica en el cáncer superficial de vejiga no susceptible de resección completa y finalidad adyuvante en tumores completamente reseca-



2 Material y método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo en el que se analizó la documentación previa y la implementación del nuevo fungible.

Tras varios ensayos en entorno controlado, se observó la necesidad de incorporar un 2º adaptador de jeringa CSTD y una conexión universal 5 en 1 para poder realizar la retirada de la MMC de un modo seguro y sin comprometer el sondaje vesical (SV).

Procedimiento

- 1) Colocar medidas protectoras (empapadores) a paciente y cama.
- 2) Comprobar permeabilidad de la Sv y ausencia de hematuria.
- 3) Cerrar suero lavador y vaciar la vejiga.
- 4) Lavado de manos.
- 5) Colocar EPI y campo estéril.
- 6) Aplicar antiséptico con gasa estéril en la luz de salida de orina.
- 7) Desconectar la sonda de la bolsa de orina pinzando la bolsa con un kocher.
- 8) Colocar el adaptador catéter a la sonda.



- 9) Conectar la jeringa precargada, despinzar el kocher e introducir el fármaco lentamente.
- 10) Una vez administrado, retirar la jeringa precargada desde el adaptador de sonda y desecharla al contenedor de citotóxicos.



- 11) Quitarse el EPI y depositarlo en el mismo contenedor.
- 12) Lavado de manos.
- 13) Esperar 2 h.
- 14) Conectar entre si el conector universal, el adaptador de SV y la bolsa recolectora



- 15) Pinzar la SV y unirla a la bolsa recolectora.



- 16) Despinzar y esperar al drenaje completo.
- 17) Pinzar la SV, desconectar todo el equipo y colocar la bolsa de orina habitual.
- 18) Despinzar.
- 19) Desechar el equipo al contenedor de citotóxicos.

3 Resultados

Se proporcionó una visión detallada de la nueva técnica con el nuevo fungible, mejorando la seguridad del personal trabajador y pacientes y reduciendo el riesgo de derrame del fármaco.

4 Conclusiones

El nuevo material y su implementación resultó efectiva y segura, permitiendo completar la técnica sin poner en riesgo la estabilidad ni la eficacia del fármaco y sin comprometer la SV. La revisión periódica de protocolos es clave para garantizar la calidad asistencial y la seguridad de paciente.

Uso de bioconectores de seguridad en instilaciones intravesicales

Antonio Palacios Herrero, Javier Campillo Martínez

Hospital Universitario Royo Villanova (Zaragoza)

Resumen

Introducción

La administración intravesical de Mitomicina y Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es un tratamiento esencial para el cáncer vesical no músculo-invasivo. No obstante, estos procedimientos suponen riesgos laborales para el personal sanitario, debido a la manipulación de agentes antineoplásicos, como citotóxicos e inmunoterapéuticos, que pueden causar efectos adversos si se produce una exposición accidental. Garantizar la seguridad laboral es fundamental para proteger al personal sanitario frente a estos riesgos.

Material y método

La implementación de bioconectores durante la preparación y administración intravesical de Mitomicina y BCG permite una manipulación cerrada y segura de los fármacos, reduciendo la formación de aerosoles, derrames y el contacto directo con los medicamentos. La eficacia de los bioconectores para disminuir la exposición del personal sanitario a agentes peligrosos está más que demostrada. En la comunicación se reflejará la secuencia desde la preparación, administración y gestión de residuos tras la instilación vesical, mostrando los distintos tipos de bioconectores que se usan en el Hospital Royo Villanova.

Resultados

El uso de bioconectores en las instilaciones intravesicales es sinónimo de reducción significativa de la exposición del personal sanitario a agentes citotóxicos e inmunoterapéuticos. Se disminuye la probabilidad de incidencias relacionadas con derrames, fugas y formación de aerosoles. Además, los procedimientos son más eficientes, con menor tiempo dedicado a tareas de descontaminación y sin reportes de efectos adversos entre los profesionales implicados.

Discusión

Los bioconectores en las instilaciones intravesicales son herramientas eficaces para mejorar la seguridad laboral durante la administración intravesical de Mitomicina y BCG. Su uso se alinea con las buenas prácticas clínicas y las normativas internacionales sobre manipulación segura de medicamentos peligrosos, contribuyendo a un entorno laboral más seguro y sostenible.

Conclusión

El uso de bioconectores favorece significativamente la seguridad laboral del personal sanitario en el tratamiento intravesical del cáncer vesical. Estos dispositivos no solo protegen al trabajador, sino que también garantizan procedimientos más seguros y eficientes, mejorando la calidad asistencial.

Palabras clave: Seguridad laboral. Antineoplásicos. Exposición ocupacional.

USO DE BIOCONECTORES DE SEGURIDAD EN INSTILACIONES INTRAVESICALES

Autores: Antonio Palacios Herrero, Javier Campillo Martínez. **Código de referencia:** C.P.5
Hospital Universitario Royo Villanova (Zaragoza)

Introducción

La administración intravesical de Mitomicina y Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es un tratamiento esencial para el cáncer vesical no músculo-invasivo. No obstante, estos procedimientos suponen riesgos laborales para el personal sanitario, debido a la manipulación de agentes antineoplásicos, como citotóxicos e inmunoterapéuticos, que pueden causar efectos adversos si se produce una exposición accidental. Garantizar la seguridad laboral es fundamental para proteger al personal sanitario frente a estos riesgos.

Objetivos

- ❑ Promover el uso seguro de bioconectores para minimizar riesgos de exposición durante la administración intravesical de mitomicina y BCG.
- ❑ Mejorar la seguridad del personal sanitario y del paciente durante el procedimiento de instilación vesical.
- ❑ Reducir el riesgo de derrames accidentales y salpicaduras de agentes citotóxicos y biológicos.
- ❑ Estandarizar el uso de bioconectores de seguridad en todas las instilaciones vesicales.
- ❑ Facilitar una técnica cerrada y segura que disminuya la contaminación ambiental.

Material y Método

Se muestra la utilización de bioconectores para sondas urológicas de conexión luer-lock enfatizando la importancia de la seguridad clínica en las instilaciones vesicales de Mitomicina y BCG. Asimismo, como prevención a los trabajadores y al medio ambiente, se reflejan los EPIs utilizados (gorro, gafas, mascarilla FFP3, guantes y bata impermeable) así como los contenedores apropiados para la gestión de residuos del grupo VI de residuos sanitarios. Por otra parte, también se describen los cuidados a los pacientes después de recibir el tratamiento.



Preparación en Farmacia



Etiquetado y empaquetado



EPIs para instilación



Grupo VI residuos sanitarios



Sonda urológica conexión Luer-Lock



Conexión de bioconector de seguridad con Sonda urológica Luer



Instilación a través de jeringa

Resultados, Discusión y Conclusión

El uso de bioconectores en las instilaciones intravesicales es sinónimo de reducción significativa de la exposición del personal sanitario a agentes citotóxicos e inmunoterapéuticos. Se disminuye la probabilidad de incidencias relacionadas con derrames, fugas y formación de aerosoles. Además, los procedimientos son más eficientes, con menor tiempo dedicado a tareas de descontaminación y sin reportes de efectos adversos entre los profesionales implicados. Dichos bioconectores son herramientas eficaces para mejorar la seguridad laboral durante la administración intravesical de Mitomicina y BCG. Su uso se alinea con las buenas prácticas clínicas y las normativas internacionales sobre manipulación segura de medicamentos peligrosos, contribuyendo a un entorno laboral más seguro y sostenible. A su vez, favorecen significativamente la seguridad laboral del personal sanitario en el tratamiento intravesical del cáncer vesical. Estos dispositivos no solo protegen al trabajador, sino que también garantizan procedimientos más seguros y eficientes, mejorando la calidad asistencial.

Cuidados del paciente

POSTINSTILACIONES DE BCG EN VESIGA

La instilación de BCG es un tratamiento que consiste en la introducción de un medicamento en la vejiga, que estimula el sistema inmunológico y tiene actividad antitumoral. Se administra directamente a través de un catéter (sonda vesical) y se deja actuar en la vejiga. Recomiendamos retirar la BCG en su vejiga durante 1-2 horas. Es posible que deba cambiar de posición cada 15 minutos para asegurarse de que el medicamento llegue a todas las áreas de la vejiga. Este fármaco está contraindicado si existe infección de orina activa o hematuria interna (sangrado con la orina). Si presenta estos síntomas deberá avisar antes de realizar la siguiente instilación.

RECOMENDACIONES DE CUIDADOS

- HIGIENE**
- Durante las primeras 24 horas.
 - Orinar sentado para prevenir salpicaduras. Tire dos veces del inodoro y mantenga la tapa cerrada.
 - Eche un chorrito de lejía al WC después de orinar.
 - No use baños públicos.
 - Lávese las manos y el área genital con agua y jabón después de orinar.
 - Lave su ropa separada del resto de la ropa y con agua caliente. Use guantes de goma cuando limpie el inodoro o cualquier desperdicio de orina.
 - Si utiliza compresa colecciona en una bolsa de plástico y deséchela con la basura.

ALIMENTACIÓN

- Evite beber líquidos mientras esté la BCG en la vejiga (2 horas).
- Beba mucho líquido (2-3 litros de agua al día) durante las primeras 24-48 horas.

SALPICADURAS

Durante las primeras 24 horas.

- EN LA PIEL: lavado de la zona con agua y jabón durante 10-15 minutos. Si empeoramiento acudir a urgencias. No usar cremas de mano u otros preparados emolientes, ya que se ayuda a la penetración del fármaco.
- EN CUALQUIER SUPERFICIE: debe limpiarse con una dilución de lejía al 1/10 (mezcla de una parte de lejía en 10 partes de agua).

RELACIONES SEXUALES

- Evite mantener relaciones sexuales en los dos primeros días después del tratamiento.
- Use preservativo si mantiene relaciones durante todo el tratamiento (varias semanas).

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- La BCG puede causar irritación de la piel si entra en contacto con ella.
- Algunos pacientes pueden desarrollar una irritación de la vejiga después de este procedimiento.
- Escocar miccional, urgencia miccional, orina con un poco de sangre, maloliente.
- Si estas molestias son muy intensas o no ceden en 24/48 h. o presenta fiebre acuda al servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova.

Referencias

1. Morón Esteban AM, Aced Magaña R, Ardid Pardo M, Peón Sánchez T, Gabro Marcén AS, Cólera Gómez I. Rol integral de la enfermería en la administración intravesical de mitomicina-C para el tratamiento del cáncer de vejiga: procedimientos y seguridad. Rev San Investig. 2024;5(8).
2. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Administración de citostático vesical con sistema de seguridad. Madrid: INGESA; 2024.
3. Revista Sanitaria de Investigación. Administración mitomicina intravesical: cuidados de enfermería. Rev San Investig. 2022;3(5).
4. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Guía de cuidados de Enfermería para la administración e instilación de Mitomicina-C. Ocronos. 2019;1(10).

Educación y seguimiento de enfermería en el manejo de prótesis peneana

Carmen Acebal Álvarez¹, Cristina Ceballos Medina¹, Cristina Escudero Candela¹, Pablo Vázquez Tobal¹,
Mónica Baldeón Mediavilla¹

¹(H.U.M.Valdecilla)

Resumen

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad para conseguir y mantener una erección suficiente, para lograr una actividad sexual satisfactoria. Dentro de los tratamientos indicados, en el tercer escalón terapéutico está la implantación de una prótesis peneana. La cirugía se valora cuando el tratamiento médico para la DE está contraindicado, es insatisfactorio o no es deseable. La implantación de una prótesis de pene debe reservarse para la DE de carácter orgánico en las que hayan fracasado otros tratamientos previos, debiendo valorarse la relación riesgo/beneficio e informando al paciente de los resultados que se esperan conseguir y de las posibles complicaciones que puedan surgir (infección, rechazo del material protésico, malfunción del dispositivo). En la consulta de Enfermería realizamos el control y seguimiento tanto de la herida quirúrgica como educación y manejo de la prótesis peneana. Se llevan a cabo consultas programadas desde el postoperatorio inmediato y revisiones durante un año. La satisfacción de los pacientes es evaluada mediante cuestionarios validados.

Material y método

Realizamos un estudio observacional retrospectivo, con revisión de historia clínica, de los pacientes intervenidos en el año 2024.

Resultados

De los 22 pacientes a los que se les implantó prótesis peneana, 3 tuvieron colonización bacteriana en la herida quirúrgica que precisó tratamiento antibiótico siendo efectivo. Ningún paciente ha presentado rechazo ni reintervención por mal funcionamiento. 2 pacientes no utilizan la prótesis aun con buen manejo y funcionamiento, por problemas de pareja.

Conclusiones

La atención temprana de la enfermera en el postoperatorio inmediato de estos pacientes, tanto en el cuidado de la herida quirúrgica como en la educación sanitaria, en el manejo y funcionamiento de la prótesis, evita complicaciones y favorece la adherencia y satisfacción de los pacientes.

Palabras clave: Enfermería. Disfunción eréctil. Prótesis de pene.



EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE PRÓTESIS PENEANA

Carmen Acebal Álvarez(H.U.M.Valdecilla), Cristina Ceballos Medina(H.U.M.Valdecilla), Cristina Escudero Candela(H.U.M.Valdecilla), Pablo Vázquez Tobal(H.U.M.Valdecilla), Mónica Baldeón Mediavilla(H.U.M.Valdecilla). **C.P.6**

INTRODUCCIÓN

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad para conseguir y mantener una erección suficiente, para lograr una actividad sexual satisfactoria. Dentro de los tratamientos indicados, en el tercer escalón terapéutico está la implantación de una prótesis peneana. La cirugía se valora cuando el tratamiento médico para la DE está contraindicado, es insatisfactorio o no es deseable. La implantación de una prótesis de pene debe reservarse para la DE de carácter orgánico en las que hayan fracasado otros tratamientos previos, debiendo valorarse la relación riesgo/beneficio e informando al paciente de los resultados que se esperan conseguir y de las posibles complicaciones que puedan surgir (infección, rechazo del material protésico, malfunción del dispositivo). En la consulta de Enfermería realizamos el control y seguimiento tanto de la herida quirúrgica como la educación y manejo de la prótesis peneana. Se llevan a cabo consultas programadas desde el postoperatorio inmediato y revisiones durante un año. La satisfacción de los pacientes es evaluada mediante cuestionarios validados.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio observacional retrospectivo con revisión de historia clínica, de los pacientes intervenidos en el año 2024.

Una vez implantada la prótesis peneana se realiza un seguimiento por parte de Enfermería en varias consultas:

1ª Consulta

- Acudirá a las 72 horas del alta de planta, para cura de la herida quirúrgica.
- Se le citará en 4-6 semanas

2ª Consulta (4-6 semanas)

- Se procederá a la primera activación/desactivación de la prótesis.
- Se instruirá al paciente en su correcto uso, resolviendo los posibles problemas que le puedan surgir a la hora de proceder a su utilización.
- Nos aseguraremos, que el paciente se va de la consulta con un manejo adecuado de su prótesis.
- Se citará en 4 meses para seguimiento.

3ª Consulta (4 meses)

- Se realiza una entrevista clínica, preguntando al paciente la eficacia de la prótesis y posibles complicaciones. Se le entregarán los cuestionarios IIEF y EHS.
- Se comprobará la correcta activación/desactivación de la prótesis por parte del paciente, y si presentara alguna duda, se ofrecerá educación específica.
- Se citará en 12 meses.

4ª Consulta (12 meses)

- Se realiza una entrevista clínica, preguntando al paciente la eficacia de la prótesis y posibles complicaciones. Se le entregarán los cuestionarios IIEF, EHS y EDITS al paciente.
- Se comprobará la correcta activación/desactivación de la prótesis por parte del paciente, y si presentara alguna duda, se ofrecerá educación específica.
- Si el paciente está satisfecho y no presenta dificultades, será alta por parte de Enfermería y se remitirá a su Urologo.

RESULTADOS

De un total de 22 pacientes a quienes se les implantó una prótesis peneana, se registró que 3 de ellos presentaron una colonización bacteriana en la herida quirúrgica. Esta complicación requirió la administración de tratamiento antibiótico, el cual resultó ser efectivo en la resolución del problema. Es importante destacar que ningún paciente experimentó rechazo del implante ni requirió una reintervención debido a un mal funcionamiento de la prótesis.

Por otro lado, se observó que 2 pacientes, a pesar de contar con un manejo adecuado y de que la prótesis funcionaba correctamente, no hacen uso de ella. Esta decisión se atribuye a problemas de pareja, lo que indica que factores psicosociales también influyen en la utilización del dispositivo, más allá de su correcto funcionamiento clínico.

CONCLUSIONES

La atención temprana brindada por la enfermera durante el periodo postoperatorio inmediato a estos pacientes desempeña un papel fundamental en la optimización de los resultados clínicos. Esta intervención especializada abarca tanto el cuidado minucioso de la herida quirúrgica, asegurando una adecuada cicatrización y previniendo posibles complicaciones infecciosas o de otro tipo, como también la educación sanitaria dirigida al manejo y funcionamiento de la prótesis peneana. La orientación oportuna y adecuada en estos aspectos no solo contribuye a reducir la incidencia de complicaciones postoperatorias, sino que también fomenta la adherencia a las indicaciones médicas y de cuidado, promoviendo una recuperación más rápida y segura. Además, este enfoque integral favorece la satisfacción de los pacientes, al brindarles confianza, información clara y apoyo emocional durante una etapa crucial de su proceso de recuperación. En conjunto, la atención temprana por parte del personal de enfermería resulta ser un elemento clave para garantizar una experiencia postoperatoria exitosa y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-A. Salonia (Chair), C. Bettocchi, J. Carvalho, G. Corona, T.H. Jones, A. Kadioglu, I. MartinezSalamanca, S. Minhas (Vice-Chair), E.C. Serefoğlu, P. Verze. European Association of Urology. Sexual and Reproductive Health Guidelines 2020. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands, 2020. [Consultado: 21 de Enero de 2021]. Disponible en: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/ISBN-978-94-92671-07-3>.
- 2.-Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristodoulou G, Moncada I, Salonia A, et al. EAU Guidelines on Male Sexual Dysfunction. Eur Urol. 2023;83(2):123-138.
- 3.-Montorsi F, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, et al. Efficacy and safety of penile prostheses: a systematic review. J Urol. 2021;205(4):1024-1032.
- 4.-Wilson SK, Delk JR. Penile prostheses: current concepts and future directions. Curr Opin Urol. 2022;32(4):377-382.



Circuito hospitalario del paciente urostomizado

Paloma Márquez Martín¹ pmarquezmartin@sescam.jccm.es, Montserrat Arias Mancheño², Laura Verona Rodríguez³, M. Angeles López Elche⁴, Vanesa Rostra Ovejero⁵

¹enfermera estomaterapeuta de la consulta de urología del Hospital Virgen de La Luz de Cuenca

²enfermera estomaterapeuta consulta de urología y supervisora de la Unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

³enfermera en C.S. Cabo Huertas y Urgencias PAC Alicante

⁴Directora de Enfermería del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

⁵enfermera de hospitalización del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

Resumen

Introducción

La Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca como Centro Candidato con la Excelencia en Cuidados (CCEC®/BPSO®) está incorporando recomendaciones de la guía de práctica clínica "Apoyo al adulto que espera o vive con una ostomía"¹. Existe evidencia que sugiere que el acceso a enfermeras estomaterapeutas desde el preoperatorio y de manera continuada mejoran la satisfacción del paciente y los resultados en salud¹. En la GAI de Cuenca no existía un circuito establecido de atención a los pacientes que necesitan o van a vivir con una urostomía.

Material y método

En enero de 2024 se decide crear un grupo de trabajo formado por enfermeras estomaterapeutas y personal de hospitalización implicado en los cuidados de estos pacientes.

El objetivo es realizar un análisis de la información que recibe el paciente sobre el recorrido que debe realizar desde que se le informa de la realización de la cistectomía, tanto en hospital como en consultas externas. Mediante una lluvia de ideas, se evidenciaron problemas como: desconocimiento por parte de los profesionales de todas las etapas de proceso, así como angustia del paciente ante un recorrido desconocido e inexplicado.

Por ello, el equipo de trabajo decide desarrollar un proyecto de mejora sobre la información al paciente con urostomía en diferentes etapas por las que va a pasar a lo largo de dicho procedimiento.

Las fases del proyecto fueron:

1. Identificación de problemas mediante lluvia de ideas.
2. Evaluamos la evidencia científica sobre los circuitos informativos para pacientes.
3. Analizamos las brechas de práctica respecto de la evidencia.
4. Creación del equipo y elaboración del circuito.
5. Presentación al Servicio de Urología.
6. Implantación en el Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

Resultados

Hemos conseguido un circuito donde, de manera esquematizada, el paciente, la familia y los profesionales pueden observar las diferentes etapas por las que van a pasar, por qué profesionales van a estar acompañados y dónde se van a realizar las etapas (prequirúrgica, quirúrgica y postquirúrgica).

El resultado ha sido satisfactorio para los pacientes y profesionales, reduciendo los tiempos de espera entre los distintos procesos, la ansiedad y la incertidumbre del paciente.

Conclusión

Este circuito ha presentado una mejora para los pacientes, sus familiares y los profesionales sanitarios, creando un profesional de referencia: la enfermera estomaterapeuta. Lo que ayuda a anticiparse a las necesidades creando un plan de cuidados basados en la evidencia.

Palabras clave: Ostomía. Cuidados. Evidencia.

Bibliografía

1. Registered Nurses Association of Ontario. Traducción al español: Guías de buenas prácticas clínicas. Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. Investen. 2019. https://rnao.ca/sites/rnao.ca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf
2. Vela Abengozar C, Alcañiz Octavio I. Cuidados de enfermería a la persona que espera o vive con un estoma de eliminación. Manual de procedimientos de enfermería. Proc. Enf. 54. GAI Alcázar de San Juan, España 2022
3. Consejo general de Enfermería. Libro Blanco de la ostomía en España. Rueda de prensa. 11 julio 2018. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriacoruna.org/sites/default/files/Libro%20Blanco%20Ostom%C3%ADa%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>
4. Álvarez Sánchez AB, Gómez Colmenero MM, Catero Guinea I et al. Guía de cuidados en paciente con urostomía. Hacia una mejora en la calidad de los cuidados. Rev Enfuro [internet] 2017. Disponible en : <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/TFG/Dialnet-GuiaDeCuidadosEnPacientesConUrostomiaHaciaUnaMejor-4093903.pdf>
5. Cucalón Leciñena G, Chiquero Valenzuela S, Pérez Irache I. Coordinación interdisciplinar en la cistectomía radical en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Revista Sanitaria de Investigación. [internet] 2020. Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/coordinacion-interdisciplinar-en-la-cistectomia-radical-en-el-hospital-clinico-universitario-lozano-bleesa-de-zaragoza/>
6. Ramos Sánchez ME, Domínguez Domínguez S. Eficacia de un programa para la atención integral del paciente urostomizado en la mejora de los problemas de afrontamiento. Rev Paraninfo Digital [internet]. 2011; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/201d.php>
7. Fernández Sánchez S, Martínez Navarro R, Fernández Moreno C. Taller en autocuidados de enfermería al alta en pacientes y familiares urostomizados. Paraninfo Digital. [internet] 2017. 27. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/pdf/178.pdf>
8. Ang SG, Chen HC, Siah RJ, He HG, Klainin-Yobas P. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. Oncol Nurs Forum. [internet] 2013;40(6):587-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161637/>



CIRCUITO HOSPITALARIO DEL PACIENTE UROSTOMIZADO CP7

Márquez Martín, Paloma; Arias Mancheño, Montserrat; Verona Rodríguez, Laura; López Elche, M. Angeles; Rostra Ovejero, Vanesa
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA

ppmm129@sescam.jccm.es

PALABRAS CLAVE

Ostomía, Cuidados, Evidencia

INTRODUCCIÓN

La Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca, como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO) ha incorporado recomendaciones de la guía de práctica clínica "Apoyo al adulto que espera o vive con una ostomía" (1). Existe evidencia que sugiere que el acceso a enfermeras estomaterapeutas desde el preoperatorio y de manera continuada mejoran la satisfacción del paciente y los resultados en salud (1). En la GAI de Cuenca no existía un circuito establecido de atención al los pacientes que necesitan o van a vivir con una urostomía.

MATERIAL Y MÉTODO

En enero de 2024 se decide crear un grupo de trabajo formado por enfermeras estomaterapeutas y personal de hospitalización implicado en los cuidados de estos pacientes.

El objetivo es realizar un análisis de la información que recibe el paciente sobre el recorrido que debe realizar desde que se le informa de la realización de la cistectomía, tanto en hospital como en consultas externas. Mediante una lluvia de ideas, se evidenciaron problemas como: desconocimiento por parte de los profesionales de todas las etapas de proceso, así como angustia del paciente ante un recorrido desconocido e inexplicado.

Por ello el equipo de trabajo decide desarrollar un proyecto de mejora sobre la información al paciente con urostomía en diferentes etapas por las que va a pasar a lo largo de dicho procedimiento.

Las fases del proyecto fueron:

1. Identificación de problemas mediante lluvia de ideas.
2. Evaluamos la evidencia científica sobre los circuitos informativos para pacientes
3. Analizamos las brechas de práctica respecto de la evidencia
4. Creación del equipo y elaboración del circuito.
5. Presentación a Servicio de Urología
6. Implantación en el Servicio de Urología del Hospital Virgen de La Luz de Cuenca

RESULTADOS

Hemos conseguido un circuito donde de manera esquematizada el paciente, familia y profesionales pueden observar las diferentes etapas por las que van a pasar, por qué profesionales van a estar acompañados y donde se van a realizar las etapas (prequirúrgica, quirúrgica y postquirúrgica).

El resultado ha sido satisfactorio para los pacientes y profesionales, reduciendo los tiempos de espera entre los distintos procesos, la ansiedad y la incertidumbre del paciente.

CONCLUSIÓN

Este circuito ha presentado una mejora para los pacientes, familiares y profesionales sanitarios, creando un profesional de referencia -la enfermera estomaterapeuta-. Lo que ayuda a anticiparse a las necesidades creando un plan de cuidados basados en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Registered Nurses Association of Ontario. Traducción al español: Guías de buenas prácticas clínicas. Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. Investen. 2019.
2. Vela Abengozar C, Alcañiz Octavio I. Cuidados de enfermería a la persona que espera o vive con un estoma de eliminación. Manual de procedimientos de enfermería. Proc. Enf. 54. GAI Alcázar de San Juan, España 2022
3. Consejo general de Enfermería. Libro Blanco de la ostomía en España. Rueda de prensa. 11 julio 2018
4. Álvarez Sánchez AB, Gómez Colmenero MM, Cestero Guinea I et al. Guía de cuidados en paciente con urostomía. Hacia una mejora en la calidad de los cuidados. Rev Enfuro [internet] 2017.
5. Cuchalón Leciñena G, Chiquero Valenzuela S, Pérez Irache I. Coordinación interdisciplinar en la cistectomía radical en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Revista Sanitaria de Investigación. [internet] 2020.
6. Ramos Sánchez ME, Domínguez Domínguez S. Eficacia de un programa para la atención integral del paciente urostomizado en la mejora de los problemas de afrontamiento. Rev Paraninfo Digital [internet]. 2011; 11.
7. Fernández Sánchez S, Martínez Navarro R, Fernández Moreno C. Taller en autocuidados de enfermería al alta en pacientes y familiares urostomizados. Paraninfo Digital. [internet] 2017. 27.
8. Ang SG, Chen HC, Siah RJ, He HG, Klainin-Yobas P. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. Oncol Nurs Forum. [internet] 2013;40(6):587-94.

Etapa prequirúrgica - Consulta

A la consulta UROCVA irá y con la urologa y la enfermera estomaterapeuta se encontrará. Allí su diagnóstico le explicarán y sus dudas aclararán.

1

Etapa prequirúrgica - Consulta

La enfermera estomaterapeuta los diferentes dispositivos le explicará, y una muestra le dará para que en casa pueda practicar. Con su ayuda para el día de la cirugía se preparará (dietas, pruebas...).

2

Etapa prequirúrgica - Consulta

Día y hora para la cirugía le darán y un primer marcaje realizarán para que usted lo pueda ubicar y visualizar

3

Etapa quirúrgica - Hospitalización

El día previo a la cirugía en la planta ingresará donde su enfermera responsable la valorará al ingreso realizará. La enfermera estomaterapeuta el marcaje realizará

4

Etapa quirúrgica - Quirófano

En quirófano la enfermera responsable y urologa le recibirán y con su urostomía saldrá. De allí a UCI/URPA irá y los primeros cuidados antes de pasar a planta le realizarán

5

Etapa postquirúrgica - Hospitalización

Una vez en planta las enfermeras y TCAES le recibirán y en su recuperación colaborarán. En las primeras 48h la visita de la estomaterapeuta recibirá y la educación para la salud continuará.

6

Etapa postquirúrgica - Hospitalización

Durante el ingreso la estomaterapeuta le informará:
-Estoma
-Piel peristomal
-Dispositivos
-Higiene
-Catéteres
-Posibles Complicaciones

7

Etapa postquirúrgica - Hospitalización

Al alta su urostomía sabrá cuidar y su dispositivo cambiar. Su kit de urostomía se entregará así como de las diferentes asociaciones se le informará. Un informe de alta recibirá con los contactos donde nos podrá localizar.

8

Etapa postquirúrgica - Consultas

En menos de 15 días -1 mes en la consulta de UROCVA la urologa y la estomaterapeuta le verán. En caso de bricker los catéteres retirarán y sus dudas resolverán. Con su nueva cita se irá.

9

Etapa postquirúrgica - Consultas

En citas sucesivas la urologa y estomaterapeuta le verán. Su seguimiento realizarán, así como posibles complicaciones le ayudarán a solucionar.

10



Manejo del paciente con inmunoterapia en la consulta de enfermería urooncológica

Juan Antonio Anillo Muñoz, Maria Quiñones Ballester, Inmaculada Albacete Fernández, Amelia Ramírez Román-Naranjo, M.^a José Castro Dorantes

Hospital Universitario de Jerez

Abstract

Introducción

La inmunoterapia ha transformado el tratamiento de diversos tipos de cáncer urológico, como el de próstata, vejiga y riñón. Sin embargo, el manejo de los efectos adversos derivados de este tratamiento es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La consulta de enfermería juega un papel clave en la identificación y gestión de estos efectos, optimizando la eficacia del tratamiento y previniendo complicaciones.

Material y método

Este trabajo se basa en una revisión sistemática de la literatura científica obtenida de bases de datos electrónicas, utilizando términos clave relacionados con los cuidados de enfermería en pacientes con inmunoterapia en oncología urológica. La búsqueda se centró en identificar las mejores prácticas para el manejo de efectos adversos y en explorar la colaboración interdisciplinaria necesaria para el manejo de estos pacientes.

Resultados

Se identificaron estrategias clave para la evaluación integral y focalizada de los pacientes, destacando la importancia de la valoración continua de los síntomas relacionados con los efectos secundarios. El uso de herramientas como la clasificación de toxicidad CTCAE v. 5.0 facilitó la categorización de los efectos adversos, permitiendo una intervención temprana y eficaz. La colaboración entre enfermería, oncología y urología fue fundamental para optimizar los resultados.

Discusión

El control adecuado de los efectos adversos en etapas iniciales del tratamiento ayuda a reducir complicaciones graves y mejora la adherencia al tratamiento. La educación continua del paciente y su seguimiento son cruciales para el éxito terapéutico. La intervención precoz permite reducir la necesidad de suspensiones de tratamiento y la modificación de dosis.

Conclusión

El manejo eficaz de los efectos adversos, combinado con el apoyo integral al paciente, es esencial para maximizar los beneficios del tratamiento con inmunoterapia en cánceres urológicos. La colaboración interdisciplinaria y el seguimiento constante son pilares para asegurar la continuidad y eficacia del tratamiento.

Palabras clave: Urología. Enfermería e inmunoterapia.



Código
C.P.8

MANEJO DEL PACIENTE CON INMUNOTERAPIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA URO-ONCOLÓGICA

Sitio:

H. U. de Jerez de la Frontera
Servicio Andalúz de Salud

Autores: - Juan Antonio Anillo Muñoz
- María Quiñones Ballester
- Amelia Ramírez Román Naranjo
- Inmaculada Albacete Fernández
- María José Castro Dorantes

JUSTIFICACIÓN:

La inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento del cáncer, especialmente en cánceres urológicos como próstata, vejiga y riñón. Sin embargo, su implementación en las consultas de enfermería requiere un manejo integral de los efectos adversos (EA) y el apoyo continuo al paciente para optimizar la efectividad del tratamiento y prevenir complicaciones.

METODOLOGÍA:

Revisión sistemática basada en la búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas utilizando palabras clave como “enfermería”, “urología” e “inmunoterapia”, para revisar las mejores prácticas y protocolos en el manejo de efectos adversos asociados a la inmunoterapia en pacientes uro-oncológicos.

OBJETIVOS:

- Identificar los signos y síntomas de los EA en el paciente con inmunoterapia precozmente.
- Destacar la importancia del monitoreo de la EA.
- Resaltar la colaboración interdisciplinaria en el tratamiento.



Virginia Henderson

Evaluación inicial del paciente:

- Valoración integral basada en el modelo de necesidades de Virginia Henderson.
- Revisión de la Historia Clínica del para identificar condiciones preexistentes y factores de riesgo.

Monitorización del paciente:

Evaluación continua a través de la valoración focalizada (modelo de Virginia Henderson) con el objetivo de detectar precozmente los síntomas de lo EAs



Valoración focalizada (Virginia Henderson)

Manejo de los EAs:

ETAPA DIAGNÓSTICA:

- Clasificación de los EAs según CTCAE versión 5.0.
- Diagnóstico objetivos e intervenciones de enfermería.

ETAPA TERAPÉUTICA:

- Tratamiento de síntomas detectados en colaboración interdisciplinaria.
- Diagnóstico objetivos e intervenciones de enfermería.

CTCAE versión 5.0

Diagnósticos, objetivos e intervenciones (NANDA, NIC, NOC)

CONCLUSIONES:

- La valoración integral y focalizada es esencial para la identificación temprana de EAs.
- El control adecuado de los EAs en fases iniciales (grado 1 y 2) reduce la necesidad de suspensiones y ajuste de dosis de tratamiento.
- La educación y el seguimiento continuo mejoran la adherencia al tratamiento y el bienestar de la paciente.
- La colaboración interdisciplinaria es clave para una gestión efectiva de los EAs y la optimización del tratamiento.

El manejo adecuado de los AEs y el apoyo continuo al paciente son fundamentales para el éxito del tratamiento con inmunoterapia.

Experiencia en la aplicación del protocolo eras en pacientes sometidos a cistectomía radical tipo bricker en el hospital royo villanova

Justes Mayoral, A.¹, Espeso Ezquerro, M.¹, Tirado Pascual, R.¹, Vicente Lluch, A.¹, Torralba Elía, L.¹

¹(Hospital Royo Villanova)

Resumen

Introducción

El protocolo ERAS consiste en aplicar una estrategia trimodal basada en la evidencia científica, en pacientes que se someten a cirugía electiva, incluyendo medidas preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias que mejoran la evolución postoperatoria, reduciendo la morbilidad y los costes sanitarios. En el Hospital Royo Villanova se aplica desde noviembre de 2022.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el tema. Se consultaron las bases de datos: Scielo, PubMed y Dialnet, utilizando los descriptores en castellano "cistectomía radical", "estancia hospitalaria", "bricker" y "protocolo ERAS", aplicando un filtro de período temporal (2020-2025). Se completó con un estudio observacional, retrospectivo y comparativo de la base de datos CMBD del Hospital Royo Villanova.

Resultados

Con la aplicación del protocolo ERAS en nuestro hospital, teniendo en cuenta solamente las cirugías realizadas con técnica abierta, la estancia media se ha reducido un 22,7% (de 32,2 a 24,9 días), y la estancia en UCI un 73% (de 7,25 a 2,1 días). Se han reducido en un 44,5% las infecciones postoperatorias y en un 26% la incidencia de ileo-paralítico.

Discusión

No se han podido tener en cuenta las cistectomías laparoscópicas, donde los resultados han sido todavía mejores porque no existen datos anteriores a 2022. Al reducirse la estancia hospitalaria, disminuye la incidencia de infecciones; es posible que estas se manifiesten cuando el paciente ya esté en su domicilio y se diagnostiquen en un segundo ingreso.

Conclusión

En concordancia con los últimos estudios publicados, la implantación del protocolo ERAS para pacientes sometidos a cistectomía radical en nuestro hospital, ha conseguido disminuir la estancia hospitalaria, la estancia en UCI y la incidencia de complicaciones. Es necesaria más experiencia y se requieren futuros estudios sobre el tema, pero la aplicación de este protocolo parece ser el futuro de este tipo de cirugía.



Experiencia en la aplicación del Protocolo ERAS en pacientes sometidos a cistectomía radical tipo Bricker en el Hospital Royo Villanova

C.P.9

Justes Mayoral, A. (Hospital Universitario Royo Villanova); Espeso Ezquerro, M. (Hospital Universitario Royo Villanova); Tirado Pascual, R. (Hospital Universitario Royo Villanova); Vicente Lluch, A. (Hospital Universitario Royo Villanova); Torralba Elía, L. (Hospital Universitario Royo Villanova)

Introducción

- ❑ **Protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery):** estrategia trimodal basada en la evidencia científica
- ❑ **Población diana:** pacientes sometidos a cistectomía tipo Bricker.
- ❑ **Incluye:** Medidas perioperatorias que mejoran el postoperatorio de los pacientes.

El Hospital Universitario Royo Villanova (HURV) lo aplica desde noviembre de 2022.

Metodología

- ❑ **Revisión sistemática** de las publicaciones científicas en:



- ❑ **Descriptores en castellano:**

- "cistectomía radical"
- "estancia hospitalaria"
- "protocolo ERAS"

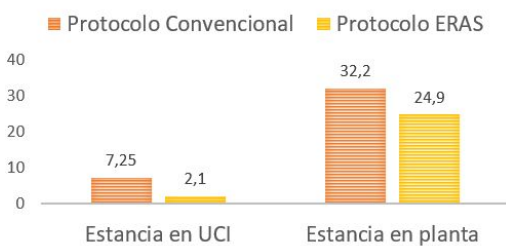
- ❑ **Periodo temporal:**

- 2020-2025

- ❑ Contemplado con un estudio de la base de datos CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del HURV

Resultados

ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA (DIAS)



- ❑ Infecciones postoperatorias: reducidas en un **44,5%**
- ❑ Incidencia ileo-paralítico: reducida en un **26%**

Discusión

Por no existir datos anteriores a 2022, no se han tenido en cuenta las **cistectomías laparoscópicas** cuyos **resultados** han sido todavía **más favorables**.

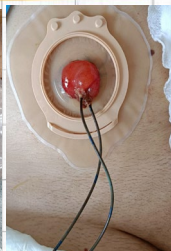
MENOS ESTANCIA HOSPITALARIA



MENOS INCIDENCIA DE INFECCIONES

Conclusión

La implantación del **protocolo ERAS** en la población diana del HURV, ha disminuido la estancia hospitalaria, la estancia en UCI y la incidencia de complicaciones. Es necesaria más experiencia y estudios sobre el tema, pero la aplicación de dicho protocolo parece ser el futuro de este tipo de cirugía.



Bibliografía

1. Carrillo-Esper R, Espinoza de los Monteros-Estrada I, Pérez-Calatayud A. Una nueva propuesta de la medicina perioperatoria. El protocolo ERAS. Rev Mex Anestesiol. 2013; 36(1): 296-301.
2. Céspedes Fanlo N, Bovio Albasini L, Khachatryan Sirakanyan A, García Domínguez MM, Guallar García D. Protocolos fast-track en cistectomía radical. Revisión sistemática. Rev Sanit Investig. [Internet]. 2024 [consultado 15 de marzo 2025]. 5(2). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/protocolos-fast-track-en-cistectomia-radical-revision-sistemica/>
3. Domínguez A, Muñoz-Rodríguez J, Martos R, Parejo V, Prera A, Parejo V et al. Progressive perioperative benefits of laparoscopy in combination with an ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocol in radical cystectomy with ileal conduit. Actas Urol Esp (Engl Ed). 2021; 45 (4): 289-299.



Dilatación uretral con balón optilume® de manera ambulatoria en consultas externas

Cristina Ceballos Medina¹, Cristina Escudero Candela¹, Pablo Vázquez Tobal¹, Carmen Acebal Álvarez¹,
Mónica Baldeón Mediavilla¹

¹(H.U.M.Valdecilla)

Resumen

La estenosis de uretra es una patología caracterizada por el estrechamiento anómalo del calibre uretral, lo que provoca dificultad miccional, disminución del flujo urinario y deterioro en la calidad de vida del paciente. Su tratamiento ha evolucionado desde opciones quirúrgicas invasivas hasta técnicas mínimamente invasivas, como el balón liberador de fármaco Optilume®. Este dispositivo combina la dilatación mecánica con la administración local de paclitaxel, un fármaco antiproliferativo que reduce la respuesta fibrótica y minimiza la tasa de recurrencia.

En nuestro hospital, el procedimiento con Optilume se realizaba tradicionalmente en quirófano, lo que implicaba mayor complejidad y costes. Sin embargo, su implementación en el entorno de consulta ha optimizado la asistencia, mejorando la experiencia del paciente y reduciendo el gasto sanitario. Esta transición ha demostrado ser segura y eficaz, consolidándose como una alternativa terapéutica innovadora para el tratamiento de la estenosis de uretra.

Material y método

Realizamos un estudio observacional retrospectivo, con revisión de historia clínica, de los pacientes intervenidos en 2024.

Resultados

De los 16 pacientes realizados de manera ambulatoria durante el año 2024, sólo se observan dos hematurias, una durante el procedimiento resuelta al finalizar el mismo; y otra pos procedimiento que también se solucionó a las pocas horas de haber realizado la técnica.

Conclusiones

Esta técnica, realizada de manera ambulatoria en el área de consultas, no implica mayores riesgos en comparación con la práctica habitual en quirófano. De esta manera, se intervienen mayores números de pacientes en una sola jornada y se reduce de manera considerada el coste sanitario.

Palabras clave: Estenosis. Dilatación. Uretra.



DILATACIÓN URETRAL CON BALÓN OPTILUME® DE MANERA AMBULATORIA EN CONSULTAS EXTERNAS.

Cristina Ceballos Medina(H.U.M.Valdecilla),Cristina Escudero Candela(H.U.M.Valdecilla),Pablo Vázquez Tobal(H.U.M.Valdecilla),Carmen Acebal Álvarez(H.U.M.Valdecilla),Mónica Baldeón Mediavilla(H.U.M.Valdecilla),C.P.10

INTRODUCCIÓN

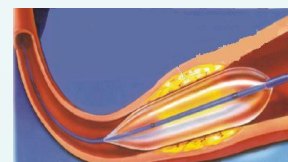
La estenosis de uretra es una afección urológica que se caracteriza por el estrechamiento anómalo del calibre del conducto uretral, lo cual ocasiona una obstrucción parcial o completa del flujo urinario. Esta obstrucción se traduce clínicamente en síntomas del tracto urinario inferior, como dificultad para orinar, chorro urinario débil, aumento del esfuerzo miccional y, en muchos casos, infecciones urinarias recurrentes. Estas manifestaciones conllevan un impacto negativo significativo en la calidad de vida de los pacientes, afectando tanto su bienestar físico como psicológico. El tratamiento de la estenosis uretral se ha basado en procedimientos quirúrgicos como la uretrotomía interna, la dilatación uretral y, en casos más complejos o recurrentes, la uretroplastia. Sin embargo, estas estrategias presentan tasas elevadas de recidiva, especialmente cuando se repiten a lo largo del tiempo, disminuyendo progresivamente su eficacia. En este contexto, han surgido alternativas terapéuticas menos invasivas con el objetivo de mejorar los resultados clínicos y reducir la necesidad de intervenciones repetidas. Entre ellas destaca el dispositivo Optilume®, un balón liberador de fármaco que combina la dilatación mecánica de la uretra con la administración local de paclitaxel, un agente antiproliferativo que inhibe la respuesta inflamatoria y la formación de tejido cicatricial. Este enfoque innovador permite reducir la tasa de reestenosis y mejorar la durabilidad del tratamiento. Estudios clínicos recientes han evidenciado que, a los tres años de seguimiento, Optilume® ofrece una mejora sostenida en términos de eficacia y durabilidad, incluso con una única intervención. En nuestro centro hospitalario, el procedimiento con Optilume® se realizaba inicialmente en el quirófano, lo cual implicaba una mayor carga logística, costes superiores y una experiencia menos cómoda para el paciente. No obstante, la implementación progresiva de esta técnica en el ámbito ambulatorio, concretamente en consultas externas bajo una sedación profunda, ha permitido optimizar los recursos sanitarios, reducir los costes asociados y mejorar la satisfacción del paciente. Esta transición ha demostrado ser tanto segura como eficaz, consolidando al Optilume® como una opción terapéutica innovadora y eficiente para el tratamiento de la estenosis de uretra.



METODOLOGÍA

Realizamos un estudio observacional retrospectivo con revisión de historia clínica, de los pacientes intervenidos en 2024. El número de pacientes que han sido tratados con esta técnica han sido 16.

Antes de la intervención, los pacientes deben realizar un preoperatorio completo en ayunas y con la preparación adecuada. La cirugía, que dura unos 30 minutos, se realiza bajo sedación profunda para mayor comodidad. El procedimiento consiste en visualizar la uretra con un cistoscopio, identificar y marcar la zona estrechada, y luego introducir un balón especial llamado Optilume®. Este balón se llena con una solución de contraste y se mantiene inflado durante 7 a 10 minutos para dilatar la zona estenosada y prevenir que vuelva a estrecharse. Después, se retira el balón y se coloca una sonda vesical Foley, que debe mantenerse entre 24 y 48 horas, o más tiempo si el médico lo indica. En algunos casos, se puede usar una sonda de silicona si hay dificultades para colocar la sonda habitual.



RESULTADOS

Durante el año 2024 se realizó de forma ambulatoria el procedimiento con Optilume® a 16 pacientes. Se evidenció un perfil de seguridad favorable, observándose únicamente dos casos de hematuria como eventos adversos leves. En uno de los casos, la hematuria se presentó durante el procedimiento y se resolvió espontáneamente al finalizar el mismo, sin necesidad de intervención adicional. En el segundo caso, la hematuria apareció en el postoperatorio inmediato, siendo autolimitada y resuelta por completo en las horas siguientes. Ambos eventos se consideraron clínicamente no significativos y no condicionaron la evolución del paciente ni requirieron atención hospitalaria. Estos hallazgos refuerzan la seguridad del uso del balón recubierto con fármaco en el abordaje ambulatorio de la estenosis uretral, y sugieren que la técnica puede aplicarse fuera del ámbito quirúrgico tradicional con complicaciones mínimas.



CONCLUSIONES

El tratamiento con el balón Optilume® ofrece ventajas, como la capacidad de dilatar la estenosis uretral de manera controlada y precisa, gracias al inflado del balón que aumenta el lumen uretral y crea microfisuras en la pared, facilitando la liberación del fármaco. Además, la liberación circunferencial del Paclitaxel ayuda a prevenir la proliferación celular y el crecimiento del tejido fibrótico, lo que reduce la probabilidad de que la estenosis vuelva a aparecer. Al ser un procedimiento rápido y con un control preciso, es una técnica menos invasiva y con menor riesgo de complicaciones. En resumen, este método combina dilatación efectiva con una acción farmacológica que ayuda a mantener la uretra abierta por más tiempo. Así mismo, esta técnica realizada de manera ambulatoria en el área de consultas, no implica mayores riesgos en comparación con la práctica habitual en quirófano. De esta manera, se intervienen mayor número de pacientes en una sola jornada y se reduce de manera considerada el coste sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Verla W, Mantica G, Waterloos M, Adamowicz J, Fran-kiewicz M, Cocci A, et al. Treatment Success After Urethroplasty: The Ongoing Quest for a Pragmatic and Universal Definition. Eur Urol Focus. 2023;9:617---20.
- VanDyke ME, Morey AF, Coutinho K, Robertson KJ, D'Anna R, Chevli K, et al. Optilume drug-coated balloon for anterior urethral stricture: 2-year results of the ROBUST III trial. BJU Int. 2023;129:305.
- FDA approves the Optilume® urethral drug coated balloon for the treatment of urethral strictures. BJU Int. 2022;129:305.
- Virasoro R, DeLong JM, Estrella RE, Pichardo M, Rodríguez-Lay R, Espino G, et al. A Drug-Coated Balloon Treatment for Urethral Stricture Disease: Three-Year Results from the ROBUST I Study. Res Reports Urol. 2022;14:177.

Estoma mitroffanof. Cuidados de enfermería

Susana Poves Herrero, enfermera. <mailto:spoveshe@saludcastillayleon.es>, Soraya Velasco Martin, enfermera, Sara Torregrosa Mejías, enfermera, Soraya Gonzalez Mambrilla, TCAE, Ana Vanesa Bocos Juarez, TCAE., Isabel Pascuas Pérez, enfermera

Unidad de consultas externas de Urología, Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid, España

Abstract

Introducción

La derivación urinaria continente (DUC), según el principio de Mitrofanoff, se desarrolló como una solución para aquellos pacientes con disfunción vesical que precisan el vaciado de la vejiga con cateterismos limpios intermitentes (CLI) cuando el acceso uretral no es posible.

Material y método

Revisión bibliográfica: 24 artículos y 4 descartados.

Bases de datos: SciELO, Dialnet, Pubmed, Cinhal.

Resultados

El estoma Mitroffanof es una discreta abertura quirúrgica que se sitúa en el ombligo o en el cuadrante inferior abdominal. Su objetivo es el vaciado vesical completo mediante CLI.

Para su creación se utiliza el apéndice para formar un conducto que conecta su extremo distal con la vejiga y el proximal con el exterior de la piel. Posteriormente, han surgido alternativas al conducto pedicular, como un segmento con intestino ileal, transvers o sigmoide, uréter o trompa de Falopio.

El papel de la enfermería en el cuidado de pacientes se basa en una adecuada educación del portador del estoma y de su familia sobre:

- Cuidados del estoma y la piel circundante.
- Signos y síntomas de alarma
- Adiestramiento sobre los CLI.

Conclusiones

La derivación urinaria descrita, es una técnica que mejora la calidad de vida del paciente y se asocia a una buena autopercepción, mejora la autonomía del paciente y facilita los CLI.

Discusión

Este tipo de DUC a pesar de ser una técnica válida, fiable y óptima, no es frecuente. Sin embargo, la enfermera urológica debe de poseer conocimientos sobre la misma, ya que es el profesional encargado de enseñar los cuidados del estoma y de formar al paciente en la realización de los CLI.

Palabras clave: Mitroffanof. Derivación urológica continente. Estoma.



ESTOMA MITROFFANOF. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Susana Poves Herrero, Soraya Velasco Martín, Sara Torregrosa Mejías, Soraya Gonzalez Mambilla, Ana Vanesa Bocos Juárez, Isabel Pascuas Pérez, Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.. C.P.11

1. INTRODUCCION

La Derivación Urinaria Continente (DUC), según el principio de Mitroffanoff, se desarrolló como una solución para aquellos pacientes con disfunción vesical que precisan el vaciado de la vejiga con Cateterismos Limpios Intermitentes (CLI) cuando el acceso uretral no es posible.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica: 24 artículos y 4 descartados. Palabras clave: Mitroffanof, derivación urológica continente, estoma. Bases de datos: SciELO, Dialnet, Pubmed, Cinhal.

3. RESULTADOS

El estoma de Mitroffanof es una discreta abertura quirúrgica que se sitúa en el ombligo o en el cuadrante inferior abdominal. Su objetivo es el vaciado completo vesical mediante CLI. Para su creación se utiliza el apéndice para formar un conducto que conecta su extremo distal con la vejiga y el proximal con el exterior de la piel. Posteriormente han surgido alternativas al conducto pedicular, como un segmento con intestino ileal, transverso o sigmoide, uréter o trompa de Falopio. En ocasiones esta técnica esta asociada a una ampliación vesical.

Indicaciones:

-Propias del aparato urinario que impiden/dificultan el vaciado vesical: malformaciones congénitas (espina bífida, extrofia vesical, valvas uretrales...), estenosis uretrales traumáticas, dolor uretral que impide el sondaje, vejiga neurógena...

-Y/o en asociación con otras relacionadas con el propio acto del sondaje: alteraciones motoras, obesidad, discapacidad intelectual o paciente infanto-juvenil.

Como posibles complicaciones destacan la estenosis estomal, Infecciones del Tracto Urinario (ITU), litiasis, incontinencia y/o necrosis.

4. CONCLUSIONES

La derivación urinaria descrita es una técnica que mejora la calidad de vida del paciente, ya que evita mantener una sonda vesical permanente, reduce el riesgo de ITU, mantiene la continencia urinaria, mejora la autoestima por el bajo impacto estético y facilita los CLI.

El papel de enfermería se basa en una adecuada educación del portador de la DUC y de su familia.



5. DISCUSIÓN

El procedimiento Mitroffanof, aunque es una técnica válida, fiable y óptima, no es frecuente. Sin embargo es fundamental que la enfermera posea conocimientos sobre el mismo ya que desempeña un papel clave en el manejo de pacientes con este tipo de estoma siendo el profesional que les guía y acompaña durante todo el proceso.

BIBLIOGRAFIA:



Fotovaporización prostática en hiperplasia benigna de próstata (rezum®) de manera ambulatoria en consultas externas

Cristina Escudero Candela¹, Pablo Vázquez Tobal¹, Carmen Acebal Álvarez¹, Cristina Ceballos Medina¹, Mónica Baldeón Mediavilla¹

¹H.U.M.Valdecilla

Resumen

El manejo de la sintomatología del tracto urinario inferior (STUI) secundaria a hiperplasia benigna de próstata (HBP) continúa siendo uno de los principales motivos de atención en la consulta de Urología debido al impacto en la calidad de vida del paciente. Entre las posibilidades terapéuticas encontramos el manejo conservador, el tratamiento médico o el manejo quirúrgico. Con el objetivo de disminuir la morbilidad postoperatoria, en las últimas décadas se han desarrollado diversas técnicas mínimamente invasivas (TMI) que permiten mejorar la sintomatología de estos pacientes evitando trastornos en la continencia o la erección. Entre estas opciones encontramos el sistema Rezūm® (Boston Scientific), que consiste en lograr la ablación del adenoma prostático mediante la energía térmica convectiva generada con la inyección intraprostática de vapor de agua. Se trata de un procedimiento rápido, seguro, reproducible y eficaz. El paciente ideal sería aquel que, al igual que sucede con otras terapias, teniendo una sintomatología moderada-severa del tracto urinario inferior, no responde a tratamiento médico, no tolera sus efectos secundarios o prefiere un tratamiento definitivo y no crónico.

En nuestro hospital, realizar este procedimiento en consultas ha optimizado la atención, mejorado la experiencia del paciente y reducido costes. El personal de enfermería verifica y prepara el dispositivo para su uso inmediato.

Material y métodos

Realizamos un estudio observacional retrospectivo, con revisión de historia clínica, de los pacientes intervenidos entre 2023 y 2024.

Resultados

Se revisaron 24 pacientes para analizar complicaciones posoperatorias inmediatas, como hematuria, falsa vía uretral e infección del tracto urinario. De ellos, 3 tuvieron hematuria (2 necesitaron hospitalización) y 1 presentó falsa vía uretral.

Conclusiones

Los resultados muestran que realizar este procedimiento ambulatoriamente en consultas presenta pocas complicaciones, permite una alta temprana, reduce costos y facilita la realización de más procedimientos en una misma sesión, en comparación con el área quirúrgica.

Palabras clave: Enfermería. Próstata. Hiperplasia.



FOTOVAPORIZACION PROSTATICA EN HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (REZUM®) DE MANERA AMBULATORIA EN CONSULTAS EXTERNAS

Cristina Escudero Candela (H.U.M.Valdecilla) , Pablo Vázquez Tobal (H.U.M.Valdecilla) , Carmen Acebal Álvarez (H.U.M.Valdecilla), Cristina Ceballos Medina (H.U.M.Valdecilla), Mónica Baldeón Mediavilla (H.U.M.Valdecilla).
C.P:12

INTRODUCCIÓN

El manejo de la sintomatología del tracto urinario inferior (STUI) secundaria a hiperplasia benigna de próstata (HBP) continúa siendo uno de los principales motivos de atención en la consulta de Urología debido al impacto en la calidad de vida del paciente. Entre las posibilidades terapéuticas encontramos el manejo conservador, el tratamiento médico o el manejo quirúrgico. Con el objetivo de disminuir la morbilidad postoperatoria, en las últimas décadas se han desarrollado diversas técnicas mínimamente invasivas (TMI) que permiten mejorar la sintomatología de estos pacientes evitando trastornos en la continencia o la erección. Entre estas opciones encontramos el sistema Rezūm® (Boston Scientific), que consiste en lograr la ablación del adenoma prostático mediante la energía térmica convectiva generada con la inyección intraprostática de vapor de agua. Se trata de un procedimiento rápido, seguro, reproducible y eficaz. El paciente ideal sería aquel que, al igual que sucede con otras terapias, teniendo una sintomatología moderada-severa del tracto urinario inferior, no responde a tratamiento médico, no tolera sus efectos secundarios o prefiere un tratamiento definitivo y no crónico. En nuestro hospital, realizar este procedimiento en consultas ha optimizado la atención, mejorado la experiencia del paciente y reducido costes. El personal de enfermería verifica y prepara el dispositivo para su uso inmediato.



MATERIAL Y METODOS

Realizamos un estudio observacional retrospectivo con revisión de historia clínica, de los pacientes intervenidos entre 2023 y 2024. El número de pacientes que fueron intervenidos en este hospital fue de 24.

Estos pacientes, días previos a la intervención, hicieron un preoperatorio completo de forma programada.

El día de la intervención acudieron en ayunas y, bajo sedación por el equipo de anestesia, se llevó a cabo la fotovaporización prostática.

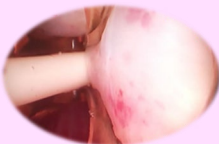
La técnica tiene una duración aproximada de 20 minutos, durante los cuales el personal de enfermería se encarga de preparar y verificar el funcionamiento del sistema.

Este procedimiento utiliza energía de vapor de agua, que por convección, permite al sistema Rezum® suministrar dosis controladas y dirigidas de energía térmica almacenada en vapor de agua, que se administra directamente a la zona de la glándula prostática con tejido obstructivo, el cual está causando síntomas del tracto urinario inferior (STUI).

Una vez finalizado el tratamiento, se coloca una sonda vesical y el paciente es trasladado al hospital de día. Tras unas horas de observación, si no se presenta complicaciones, es dado de alta.



RESULTADOS

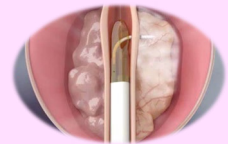


Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de las historias clínicas de los 24 pacientes que fueron intervenidos durante los años 2023 y 2024, con el objetivo de analizar las posibles complicaciones inmediatas relacionadas con el procedimiento. Se prestó especial atención a tres tipos de complicaciones: hematuria, falsa vía uretral e infecciones del tracto urinario.

Hematuria: De los 24 pacientes, tres varones presentaron hematuria (sangre en la orina) como una complicación postoperatoria. En dos de estos casos, requirieron hospitalización.

Falsa vía uretral: Un paciente varón presentó una falsa vía uretral.

Infecciones del tracto urinario: En cuanto a las infecciones urinarias, no se reportaron casos.



CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos tras la revisión de los pacientes intervenidos demuestran que realizar este procedimiento de manera ambulatoria en consultas externas de urología ofrece ventajas tanto para los pacientes como para los profesionales y el sistema de salud en general. A continuación se detallan los principales beneficios observados:

- Pocas complicaciones.
- Permite un alta temprana.
- Reduce costes.
- Facilita la realización de más procedimientos en una misma sesión, en comparación con el área quirúrgica.

Este enfoque ambulatorio en consultas externas de urología no solo ofrece una opción segura y efectiva para los pacientes, sino que también tiene beneficios significativos a nivel económico y de gestión de recursos.

BIBLIOGRAFIA

- Preservation of Sexual Function 5 Years After Water Vapor Thermal Therapy for Benign Prostatic Hyperplasia. Kevin T. McVary, MD, FACS,1 Ahmad El-Arabi, MD,1 and Claus Roehrborn, MD. Vol 203, No4S, Supplement, Sunday, May 17, 2020.
- Resultados preliminares de un trabajo multicéntrico a nivel nacional para el tratamiento de STUI secundario a hiperplasia benigna de próstata mediante el sistema con vapor de agua Rezum®. E. Fernández-Guzmán, A. Asensio Matas V. Capape Poves, J. Rioja Zuazu, P. Garrido Abad, J.I. Martínez-Salamanca, L.M. Quintana Franco, J. Justo-Quintase, J. Romero-Otero y M. Domínguez-Esteban. Junio 2021.
- Real-world experience of water vapour therapy (Rezūm) in patients with benign prostatic enlargement: a retrospective single-center study. Mathias Wolters, Martin Krastel, Thorben Winkler, Hamza Idais, Mehrdad Mazdak, Hossein Tezval, Markus A. Kuczyk, Christoph-A. J. von Klot. 2025 Mar;28(1):160-166 doi: 10.1038/s41391-024-00836-w. Epub 2024 Apr 24.

Proyecto formativo para enfermería de nueva incorporación en el servicio de urología de hospitalización

Paqui Poveda, Vanesa Costa, Amparo Rodríguez, Carmen Roldán, Laura Rodríguez

Hospital San Joan Despí, Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral

Resumen

Introducción

Los cuidados de enfermería postoperatorios en la cirugía urológica son fundamentales para garantizar una atención integral, segura y de calidad, así como minimizar complicaciones postquirúrgicas inmediatas.

Las patologías que presentan los pacientes en la unidad de urología, implican una elevada complejidad en los cuidados. Consideramos necesaria la realización de un guía visual de fácil interpretación y acceso para la adquisición de competencias del profesional de nueva incorporación.

Nuestro propósito es facilitar el conocimiento necesario a los profesionales de nueva incorporación en la unidad, para garantizar la continuidad de cuidados mediante una guía visual.

Material y métodos

- Revisión bibliográfica.
- Revisión de procedimientos internos.
- Validación por los profesionales de la unidad.
- Diseño de los instrumentos para la evaluación (encuesta Likert, guion para la entrevista, parrilla de observación).
- Presentación y aceptación por la dirección.

La difusión se hará en la acogida del profesional de nueva incorporación.

La coordinadora de la unidad evaluará su efectividad a las 72h.

Resultados:

Para evaluar la experiencia y los resultados a medio plazo, se utilizarán:

- Encuestas de satisfacción de las nuevas incorporaciones.
- Valoración del tutor/a de referencia.
- Reuniones de retroalimentación.
- Observación directa del desempeño.

Discusión:

La efectividad dependerá del compromiso del equipo y la cultura formativa de los profesionales de la unidad.

La evaluación permitirá la oportunidad de mejora y la integración del proyecto como filosofía de trabajo en equipo. También permitirá la posibilidad de adaptar el proyecto a otras unidades de hospitalización para garantizar la calidad y seguridad en los cuidados específicos de cada una de ellas.

Conclusión:

Consideramos que la introducción de la guía será clave para garantizar los cuidados seguros y de calidad, contribuyendo a la autonomía del profesional de nueva incorporación.

Palabras clave: Cuidados postoperatorios. Educación continua. Calidad de atención de salud. Seguridad del paciente.

PROYECTO FORMATIVO PARA ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DE HOSPITALIZACIÓN

Paqui Poveda, Vanesa Costa, Amparo Rodriguez, Carmen Roldan, Laura Rodriguez

Hospital Sant Joan Despí, Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi. CSI

CP14

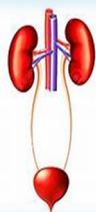


INTRODUCCIÓN

- La cirugía urológica requiere unos cuidados postoperatorios que son fundamentales para garantizar una atención integral, segura y de calidad, así como minimizar complicaciones inmediatas.
- Las diferentes patologías presentes en la unidad de urología implican una elevada complejidad en los cuidados.
- Consideramos necesario una guía visual accesible y de fácil interpretación para la adquisición de competencias de los profesionales de nueva incorporación a la unidad .

OBJETIVO

Facilitar el conocimiento de los cuidados específicos de enfermería en urología para garantizar una atención segura y continua.



MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión bibliográfica 
- Validación por el equipo 
- Diseño de instrumentos
- Presentación a la dirección
- Acogida y cuestionario tras 72h 

RESULTADOS

- Encuestas de satisfacción
- Valoración del tutor
- Reuniones de retroalimentación
- Observación directa 

DISCUSIÓN



- El compromiso del equipo es esencial
- Evaluar el proyecto permite mejora continua.
- Posibilidad de extender el modelo a otras unidades.



CONCLUSIÓN

La guía de formación es una herramienta clave para garantizar cuidados seguros, de calidad y fomentar la autonomía profesional.

Bibliografía

- Chaplain V, Johnnston D. Una oportunidad de oro: mejorar la información en enfermería con cuidados preoperatorios y postoperatorios en desviación urinaria. *Infermería urológica*. 2024;46 (3):197-209. Doi:10.7257/2168-4626.2024.44
- Gluyas H. La comunicación eficaz y el trabajo en equipo promueven la seguridad del paciente. *Estándar de enfermería*. 2015; 29 (49): 50-57
- Wainwright TW, Jakobsen DH, Kehlet H. El papel actual y futuro de las enfermeras en las vías de recuperación mejorada después de la cirugía. *Revista Británica de enfermería*. 2022;31 (12): 656.
- UpToDate. Society guideline links: Enhanced Recovery After Surgery [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 2025 abr 30]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/society-guideline-links-enhanced-recovery-after-surgery>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Enhanced recovery after surgery [Internet]. London: NICE; 2020 [citado 2025 abr 30]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng180>
- BPso. Guías de buenas prácticas [Internet]. Madrid: BPso; [citado 2025 abr 30]. Disponible en: <https://www.bpso.es/guías-de-buenas-practicas/>

Administración de cistostaticos precoz, post resección tumoral en sala de cistoscopias

Laura Guindano Garde (laura.guindano.garde@navarra.es), Eva Azpiroz Recondo, Isabel Rodríguez Pérez, Arantza Ascunce Vidondo, Juana Viedma Mendez, Marcy Cantero Nouqueret

Hospital Universitario de Navarra

Resumen

Introducción

El tamaño de la lesión vesical es un factor determinante para decidir la más adecuada forma de abordar su eliminación. La mejora de la técnica de cistoscopia posibilita la resección de una lesión vesical y tratamiento con quimioterapia en el mismo acto, en sala de cistoscopias.

La instilación de una sola dosis de citostáticos post resección reduce el riesgo de recidiva entre 15-50% respecto a aquellos pacientes sometidos solo a tratamiento mediante RTU.

Material y método

Los pacientes candidatos a beneficiarse de este procedimiento son:

- Pacientes diagnosticados con lesión única menor de 1cm, de bajo de riesgo Ta, G1.
- Pacientes con recidiva en menos de 1 año del tumor vesical de riesgo intermedio, con tasa de recurrencia previa menor de un año.

En sala de cistoscopias en régimen ambulatorio, se realiza en el mismo acto.

1. Biopsia y resección de la tumoración con coagulación.
2. Administración de dosis única de epirubicina intravesical post resección.

Resultados

- Reducción del riesgo de recurrencia al restar tiempo de posible diseminación postresección. Menos recidivas y/o de menor grado de malignidad. Previene de la posible progresión.
- Reducción de ingresos y recursos sanitarios

Discusión

La instilación en sala de cistoscopia de primera dosis de epirubicina en nuestro servicio, ha sido satisfactoria, el paciente no necesita ingreso hospitalario y ni horas de espera entre resección y administración del fármaco, evitamos la anestesia y posibles efectos secundarios derivados de ella; consiguiendo mayor confort para el paciente

Conclusión

El efecto citostático de la epirubicina reduce la posibilidad de implantación de células tumorales que pueden recidivar durante la resección y empeorar con ello el pronóstico. Cuanto más se acerquen los tiempos entre ambos actos, mejores resultados con menor necesidad de recurso sanitario.

Maximizamos la eficacia citostática de la instilación intravesical, al reducirse el tiempo de administración farmacológica, al procedimiento de resección, menos de 30'.

Simplifica el procedimiento para el paciente y reduce posibles efectos añadidos de un acto quirúrgico.

Palabras clave: Post resección. Inmediata. Recidiva.

Bibliografía

1. M. Babjuk, W. Oosterlinck, R. Sylvester, E. Kaasinen, A. Böhle, J. Palou, M. Rouprêt. Guía clínica sobre el cáncer de vejiga TaT1 pp.340-341. European association of urology 2010 Medline
2. R.J. Sylvester, A.P. van der Meijden, W. Oosterlinck, J.A. Witjes, C. Bouffoux, L. Denis, *et al.* Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: A combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. *Eur Urol*, 49 (2006), pp. 466-475 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2005.12.031> | Medline
3. N.M. Heney, S. Ahmed, M.J. Flanagan, W. Frable, M.P. Corder, M.D. Hafermann, *et al.* Superficial bladder cancer: Progression and recurrence. *J Urol*, 130 (1983), pp. 1083-1086 Medline
4. N. Perlis, A.R. Zlotta, J. Beyene, A. Finelli, N.E. Fleshner, G.S. Kulkarni. Immediate post-transurethral resection of bladder tumor intravesical chemotherapy prevents non-muscle-invasive bladder cancer recurrences: An updated meta-analysis on 2548 patients and quality-of-evidence review. *Eur Urol*, 64 (2013), pp. 421-430 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.06.009> | Medline
5. A. Feifer, X. Xie, J.M. Brophy, R. Segal, W. Kassouf. Contemporary cost analysis of single instillation of mitomycin after transurethral resection of bladder tumor in a universal health care system. *Urology*, 76 (2010), pp. 652-656 <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2009.12.070> | Medline
6. M.E. Nielsen, A.B. Smith, R.S. Pruthi, T.J. Guzzo, G. Amiel, N. Shore, *et al.* Reported use of intravesical therapy for non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC): Results from the Bladder Cancer Advocacy Network (BCAN) survey. *BJU Int*, 110 (2012), pp. 967-972 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11060.x> | Medline
7. S. Schmidt, A. Francés, J.A. Lorente Garin, N. Juanpere, J. Lloreta Trull, X. Bonfill, *et al.* Quality of life in patients with non-muscle-invasive bladder cancer: One-year results of a multicentre prospective cohort study. *Urol Oncol*, 33 (2015), pp. 19e7-19e15 <http://dx.doi.org/10.1016/j.urolonc.2014.09.012>
8. M.S. Cookson, S.S. Chang, M.G. Oefelein, J.R. Gallagher, B. Schwartz, K. Heap. National practice patterns for immediate postoperative instillation of chemotherapy in nonmuscle invasive bladder cancer. *J Urol*, 187 (2012), pp. 1571-1576 <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2011.12.056> | Medline
9. L. Lemieux-Charles, W.L. McGuire. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev*, 63 (2006), pp. 263-300 <http://dx.doi.org/10.1177/1077558706287003> | Medline
10. M.L. Fennell, I.P. Das, S. Clauser, N. Petrelli, A. Salner. The organization of multidisciplinary care teams: Modeling internal and external influences on cancer care quality. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2010 (2010), pp. 72-80



ADMINISTRACIÓN DE CISTOSTATICOS PRECOZ, POSTRESECCIÓN TUMORAL EN SALA DE CISTOSCOPIA (CP.15)

Laura Guindano Garde, Eva Azpiroz Recondo, Isabel Rodríguez Pérez, Arantza Ascunce Vidondo, Juani Viedma Mendez, Marcy Cantero Nouqueret.



INTRODUCCIÓN

El tamaño de la lesión es un factor determinante para decidir como eliminarlo. La instilación de una dosis de cistostático post resección reduce el riesgo de recidiva en un 15-50% frente aquellos pacientes solo sometidos a RTU. En sala de cistoscopias se posibilita la resección de una lesión vesical y la instalación posterior de quimioterapia en el mismo procedimiento.



METODOLOGÍA

Pacientes candidatos:

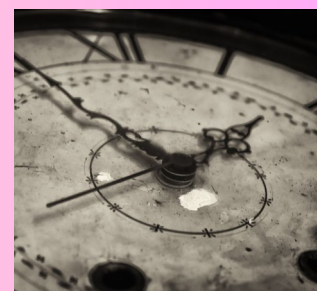
- Diagnosticados con lesión única menor de 1cm, de bajo de riesgo TaG1
- Con recidiva en menos de 1 año del tumor vesical de riesgo intermedio

En sala de cistoscopia en régimen ambulatorio en el mismo acto

- Se biopsia y reseca la tumoración mediante coagulación
- Se administra dosis única de epirubicina intravesical posterior

RESULTADOS

- Reducción de riesgo de recurrencia al restar tiempo de posible diseminación post resección. Menos recidivas y/o de menor grado de malignidad. Previene de la posible progresión.
- Reducción de ingresos y recursos sanitarios
- Mayor comodidad para el paciente



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La instilación en sala de cistoscopia de primera dosis de epirubicina en nuestro servicio, ha sido satisfactoria, el paciente no necesita ingreso hospitalario, ni horas de espera entre resección y administración del fármaco, evitamos la anestesia y posibles efectos secundarios derivados de ella; consiguiendo mayor confort para el paciente.

El efecto citostático de la Epirubicina reduce la posibilidad de implantación de células tumorales que pueden recidivar durante la resección y empeorar con ello el pronóstico. Maximizamos la eficacia del citostático, al reducirse el tiempo que pasa entre la administración farmacológica y el momento de la resección.



Evaluación de la satisfacción tras tratamiento con electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior

Pablo Vazquez Tobal¹, Carmen Acebal Alvarez¹, Cristina Ceballos Medina¹, Cristina Escudero Candela¹, Cristina Fernández Martínez², Monica Baldeon Mediavilla¹

¹H.U.M.Valdecilla

²Hospital de Laredo

Resumen

El suelo pélvico está compuesto por un conjunto de estructuras que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. La disfunción de esta área puede manifestarse a través de diversos síntomas, como aumento en la frecuencia y urgencia urinaria, retención o dificultades en el vaciamiento urinario, incontinencia fecal, estreñimiento por obstrucción de la vía de salida, disfunción sexual y dolor pélvico. Una opción de tratamiento que podría abordar estos problemas es la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior (ENTP). Este procedimiento implica la estimulación eléctrica mediante un electrodo de aguja y un electrodo de superficie, ambos conectados a un dispositivo de electroestimulación diseñado para esta terapia.

Desde la consulta de Enfermería de Urología, realizamos un estudio de satisfacción que considera factores como género, edad, patología y la realización de un estudio urodinámico previo.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio prospectivo descriptivo con 120 pacientes en 2024.

Resultados

De los 120 pacientes analizados, 101 eran mujeres y 19 hombres. La relación entre género y efectividad subjetiva del tratamiento resultó ser estadísticamente significativa. En términos de efectividad, 76 mujeres consideraron el tratamiento efectivo, mientras que 25 no. Entre los hombres, 8 lo vieron como efectivo y 11 no. Al desglosar los resultados por edad, el grupo más numeroso corresponde a personas de entre 51 y 80 años, de las cuales 64 consideraron el tratamiento efectivo y 25 no. En mujeres con estudio urodinámico, 57 lo consideraron efectivo y 25 no; entre las que no se realizaron el estudio, 27 lo consideraron efectivo y 11 no. En pacientes con urgencia miccional, 65 lo consideraron efectivo y 25 no; entre los de disfunción miccional, 19 lo vieron como efectivo y 11 no.

Conclusiones

Los datos obtenidos indican que el tratamiento con ENTP es considerado subjetivamente satisfactorio para el manejo de estas patologías.

Palabras clave: Incontinencia urinaria de urgencia. Enfermería. Nervio tibial.



EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN TRAS TRATAMIENTO CON ELECTROESTIMULACIÓN PERCUTÁNEA DEL NERVO TIBIAL POSTERIOR.

Pablo Vázquez Tobal(H.U.M.Valdecilla), Carmen Acebal Álvarez(H.U.M.Valdecilla), Cristina Ceballos Medina(H.U.M.Valdecilla), Cristina Escudero Candela(H.U.M.Valdecilla), Cristina Fernández Martínez (Hospital de Laredo), Mónica Baldeon Mediavilla(H.U.M.Valdecilla) Código: C.P.16

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico está compuesto por un conjunto de estructuras que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. La disfunción de esta área puede manifestarse a través de diversos síntomas, como aumento en la frecuencia y urgencia urinaria, retención o dificultades en el vaciamiento urinario, incontinencia fecal, estreñimiento por obstrucción de la vía de salida, disfunción sexual y dolor pélvico. Una opción de tratamiento que podría abordar estos problemas es la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior (ENTP).

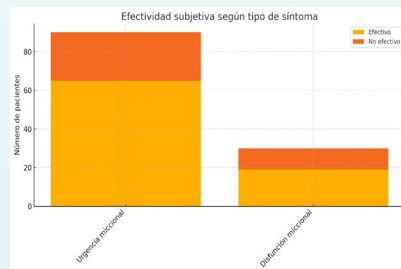
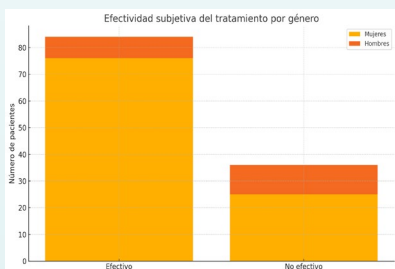
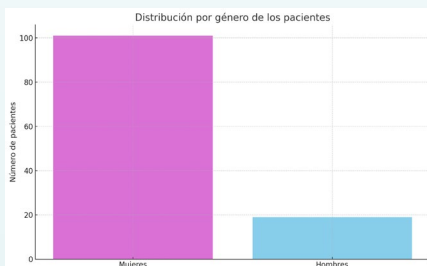
Este procedimiento implica la estimulación eléctrica mediante un electrodo de aguja y un electrodo de superficie, ambos conectados a un dispositivo de electroestimulación diseñado para esta terapia. Desde la consulta de Enfermería de Urología, realizamos un estudio de satisfacción subjetiva del paciente mediante una sencilla encuesta que entregamos al finalizar las 12 sesiones de tratamiento. Dicha encuesta considera factores como el género, la edad, la patología y si se ha realizado un estudio urodinámico previo.

OBJETIVO

Identificar la satisfacción subjetiva de los pacientes sometidos a tratamiento con estimulación del nervio tibial posterior (ENTP)

METODOLOGÍA

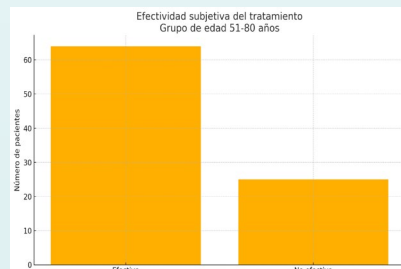
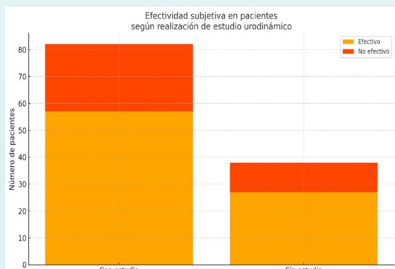
Se realizó un estudio prospectivo descriptivo con una muestra de 120 pacientes tratados entre abril de 2024 y diciembre de 2024.



RESULTADOS (n = 120)

De los resultados obtenidos tras el análisis estadístico los datos que mas relevancia han tenido para sacar conclusiones son los siguientes:

- **Género:** 101 mujeres (84,2%) y 19 hombres (15,8%).
 - Mujeres: 76 (75,2%) consideraron el tratamiento efectivo y 25 (24,8%) no.
 - Hombres: 8 (42,1%) lo vieron efectivo y 11 (57,9%) no.
 - Asociación género-efectividad: $p = 0,006$ (prueba exacta).
- **Edad:** grupo 51-80 años (n = 89; 74,2%).
 - 64 (71,9%) consideraron el tratamiento efectivo y 25 (28,1%) no.
- **Estudio urodinámico (n = 120):**
 - Con estudio (n = 82): 57 (69,5%) efectivo; 25 (30,5%) no.
 - Sin estudio (n = 38): 27 (71,1%) efectivo; 11 (28,9%) no.
- **Motivo de la prueba:**
 - Urgencia miccional (n = 90): 65 (72,2%) consideraron efectivo; 25 (27,8%) no.
 - Disfunción miccional (n = 30): 19 (63,3%) consideraron efectivo; 11 (36,7%) no.



CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes tratados con ENTP mostraron un alto grado de satisfacción al finalizar las 12 sesiones, independientemente de la edad o el género.

La mayoría de los pacientes tratados con ENTP fueron mujeres, lo que refleja la mayor prevalencia de disfunciones miccionales en población femenina .

Aunque los pacientes sin estudio urodinámico previo mostraron una satisfacción ligeramente mayor, consideramos fundamental realizar dicho estudio para partir de un diagnóstico más preciso y garantizar un abordaje mas eficaz.

Los pacientes con urgencia miccional fueron los que mostraron mayor satisfacción. En cambio, sería necesario ampliar el estudio en pacientes con disfunción miccional para obtener conclusiones más sólidas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Tahmasbi F, Salehi-Pourmehr H, Naseri A, Ghaderi S, Javadi-Farid F, Hajebrahimi S, Sedigh O, Soleimanzadeh F. Effects of posterior tibial nerve stimulation (PTNS) on lower urinary tract dysfunction: An umbrella review. *Neurourol Urodyn*. 2024 Feb;43(2):494-515. doi: 10.1002/nau.25343. Epub 2023 Dec 28. PMID: 38153131.
- 2-Al-Danakh A, Safi M, Alradhi M, Almoiliqy M, Chen Q, Al-Nusaif M, Yang X, Al-Dherasi A, Zhu X, Yang D. Posterior Tibial Nerve Stimulation for Overactive Bladder: Mechanism, Classification, and Management Outlines. *Parkinsons Dis*. 2022 Mar 16;2022:2700227. doi: 10.1155/2022/2700227. PMID: 35400016; PMCID: PMC8984064.
- 3-Sayner AM, Rogers F, Tran J, Jovanovic E, Henningham L, Nahon I. Transcutaneous Tibial Nerve Stimulation in the Management of Overactive Bladder: A Scoping Review. *Neuromodulation*. 2022 Dec;25(8):1086-1096. doi: 10.1016/j.neurom.2022.04.034. Epub 2022 Jun 8. PMID: 35688702.
- 4-Sonmez R, Yildiz N, Alkan H. Efficacy of percutaneous and transcutaneous tibial nerve stimulation in women with idiopathic overactive bladder: A prospective randomised controlled trial. *Ann Phys Rehabil Med*. 2022 Jan;65(1):101486. doi: 10.1016/j.rehab.2021.101486. Epub 2021 Nov 11. PMID: 33429090.

Neuralgia del nervio pudendo a propósito de un caso

Alicia Álvarez Mota

Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y especialista en Dolor Pélvico Crónico.

Centro de Salud Castelló (Madrid)

Resumen

Introducción

La neuralgia del nervio pudendo es una enfermedad que afecta al nervio pudendo tanto en hombres como en mujeres. Es una patología que afecta mucho a la calidad de vida y que su diagnóstico suele ser tardío. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel crucial para tratarles y acompañarles, dándoles apoyo.

Objetivos

Establecer un Plan de cuidado dirigido al paciente con Neuralgia del Pudendo.

Comprobar si un Plan de cuidado enfermero es eficaz para mejorar los síntomas de la paciente y su calidad de vida.

Material y método

Mujer de 36 años diagnosticada de neuralgia del pudendo que acude al centro de salud con dolor urente en la zona vulvar con predominio izquierdo. Su dolor va empeorando a lo largo del día y sobre todo cuando está sentada mucho tiempo en una silla dura.

Tras hacer la anamnesis, exploración física y valorar las pruebas complementarias, hacemos un Plan de cuidados especializado basado en los patrones funcionales de Gordon.

Resultados

Tras 12 semanas la paciente se siente anímicamente mejor y con mayor calidad de vida, ha podido adaptar sus actividades para tener menos dolor y conoce cuáles son los aspectos que debe cuidar más. Su calidad de vida ha mejorado mucho y tiene menos ansiedad al sentirse acompañada por los profesionales de salud.

Discusión

La neuralgia del nervio pudendo es una patología rara que puede afectar a los pacientes en todos los ámbitos de su vida. Desde el punto de vista de la enfermería, es importante acompañarles y tratar de que mejoren su calidad de vida.

Conclusión

Es importante establecer unos diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería que permitan ayudar a disminuir el dolor de la neuralgia, así como las posibles secuelas asociadas a esta.

Palabras clave: Pudendo. Pelvic pain. Care.

Bibliografía

1. *Modern algorithm for treating pudendal neuralgia: 212 cases and 104 decompressions.*
2. *Chronic perianal pain: An unsolved problem.*
3. *Aspectos anatómicos y topográficos del nervio pudendo en la región glútea.*
4. *Pudendal neuralgia. Fact or fiction? Obstet Gynecol Surv.*
5. *Evaluation of diagnostic accuracy of Colour Duplex Scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in pudendal neuralgia by entrapment: A prospective study.*
6. *Primary care management of chronic pelvic pain in women.*



NEURALGIA DEL NERVIPO PUDENDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alicia Álvarez Mota. Centro de Salud Castelló. Atención Primaria. Madrid - C.P.17

INTRODUCCIÓN

La neuralgia del nervio pudendo es una enfermedad que afecta al nervio pudendo tanto en hombres como en mujeres. Es una patología que afecta mucho a la calidad de vida y que su diagnóstico suele ser tardío. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel crucial para tratarlos y acompañarlos dándoles apoyo.

OBJETIVOS

Establecer un Plan de Cuidados dirigido al paciente con Neuralgia del Pudendo

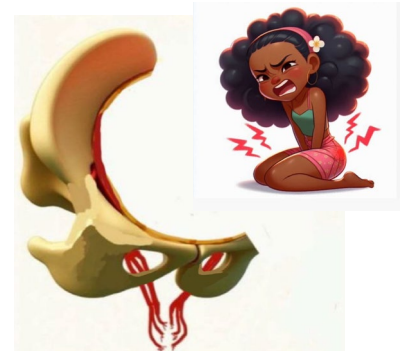
Comprobar si un Plan de Cuidados Enfermero es eficaz para mejorar los síntomas de la paciente y su calidad de vida.

PLAN DE CUIDADOS

CASO CLÍNICO:

Mujer de 36 años diagnosticada de neuralgia del pudendo que acude al centro de salud con dolor urente en la zona vulvar con predominio izquierdo. Su dolor va empeorando a lo largo del día y sobre todo cuando está sentada mucho tiempo en una silla dura.

Tras hacer la anamnesis, exploración física y valorar las pruebas complementarias hacemos un Plan de Cuidados Especializado basado en los patrones funcionales de Gordon.



NANDA	NOC	NIC
00011 Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto digestivo	501 Eliminación intestinal	430 Manejo intestinal 440 Entrenamiento intestinal
00016 Deterioro de la eliminación urinaria r/c disuria	503 Eliminación urinaria	590 Manejo de la eliminación urinaria
00237 Deterioro de la sedestación r/c dolor	0208 Movilidad	0202 Fomento del ejercicio: estiramientos
00133 Dolor crónico	2102 Nivel del dolor	1415 Manejo del dolor: crónico
00124 Desesperanza	1204 Equilibrio emocional	5270-Apoyo emocional 5310-Dar esperanza

RESULTADOS

Tras 12 semanas la paciente se siente anímicamente mejor y con mayor calidad de vida, ha podido adaptar sus actividades para tener menos dolor y conoce cuales son los aspectos que debe cuidar más. Su calidad de vida ha mejorado mucho y tiene menos ansiedad al sentirse acompañada por los profesionales de salud.

DISCUSIÓN

La neuralgia del Nervio Pudendo es una patología rara que puede afectar a los pacientes en todos los ámbitos de su vida. Desde el punto de vista de la enfermería es importante acompañarlos y tratar de que mejoren su calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Es importante establecer unos diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería que permitan ayudar a disminuir el dolor de la neuralgia, así como las posibles secuelas asociadas a esta.

BIBLIOGRAFÍA: 1)Modern algorithm for treating pudendal neuralgia: 212 cases and 104 decompressions. 2)Chronic perianal pain: An unsolved problem. 3)Aspectos anatómicos y topográficos del nervio pudendo en la región glútea. 4)Pudendal neuralgia. Fact or fiction? Obstet Gynecol Surv. 5)Evaluation of diagnostic accuracy of Colour Duplex Scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in pudendal neuralgia by entrapment: A prospective study. 6)Primary care management of chronic pelvic pain in women.

Cuidados enfermeros en pacientes sometidos a LEOC

Un enfoque basado en la seguridad y el confort

Hortensia Benavente Pérez, Marina Franco Zanca, Leonor Sánchez García

Resumen

Introducción

La litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) es una técnica no invasiva ampliamente utilizada para el tratamiento de litiasis renal y ureteral. Aunque segura, puede generar efectos adversos leves y provocar ansiedad o incomodidad en los pacientes. Los cuidados enfermeros son esenciales para garantizar la seguridad clínica, minimizar el malestar y mejorar la experiencia del paciente.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva en PubMed, Scopus y SciELO, abarcando el periodo 2018–2025. Se han seleccionado estudios que abordarán específicamente cuidados enfermeros aplicados a pacientes sometidos a LEOC, con foco en la seguridad, el confort y la educación sanitaria. Se emplearon descriptores DeCS como “Atención de Enfermería”, “Comodidad del Paciente” y “Litotricia”. Se excluyeron artículos que no trataran directamente estos aspectos o que se centraran únicamente en el abordaje médico o técnico del procedimiento.

Resultados

Los estudios analizados permitieron agrupar las intervenciones enfermeras en tres fases. En la fase pre LEOC, destacan la valoración clínica, la preparación del paciente y la educación para reducir la ansiedad. Durante el procedimiento, los cuidados se centran en la monitorización continua, el control del dolor y el acompañamiento emocional. En el post LEOC, la enfermería se ocupa de la observación de efectos adversos, la educación sobre cuidados en casa y el seguimiento.

Discusión

Los cuidados enfermeros basados en protocolos y centrados en el paciente permiten anticiparse a riesgos y humanizar el procedimiento. La comunicación efectiva y la educación sanitaria aumentan la adherencia y el confort.

Conclusión

La enfermería cumple un rol clave en la seguridad y el bienestar del paciente sometido a LEOC, contribuyendo a una atención integral, eficaz y humanizada.



CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES SOMETIDOS A LEOC: UN ENFOQUE BASADO EN LA SEGURIDAD Y EL CONFORT

Benavente Pérez, Hortensia; Franco Zanca, Marina; Sánchez García, Leonor.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Código del póster: CP18

INTRODUCCIÓN

La litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) es una técnica terapéutica no invasiva utilizada para fragmentar cálculos renales o ureterales mediante ondas acústicas de alta energía. Es un procedimiento eficaz y ampliamente utilizado, aunque puede causar molestias, ansiedad o efectos adversos leves. El papel de enfermería resulta esencial para garantizar la seguridad del paciente, reducir el impacto físico y emocional, y asegurar una experiencia satisfactoria, abarcando tanto el confort físico como el acompañamiento emocional y la educación sanitaria en todas las fases del proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una **revisión bibliográfica descriptiva** en las bases de datos PubMed, Scopus y Scielo, incluyendo publicaciones de **2018 a 2024**. Se seleccionaron estudios originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y artículos científicos que trataran los **cuidados enfermeros** en pacientes sometidos a LEOC, centrados en la **seguridad clínica**, el **manejo del confort** y la **prevención de complicaciones**.



DISCUSIÓN

La revisión muestra que un enfoque centrado en la persona y un abordaje integral mejoran la anticipación de necesidades, previenen complicaciones y humanizan la litotricia.

- La preparación física y emocional antes del procedimiento reduce la ansiedad, el dolor y facilita la colaboración del paciente.
- Durante la LEOC, la presencia y apoyo emocional del personal de enfermería son fundamentales para una experiencia más segura y menos traumática.
- Tras la intervención, la educación para el autocuidado y el seguimiento domiciliario son claves para evitar complicaciones, logrando una recuperación más rápida, menor uso de servicios urgentes y mayor satisfacción del paciente.

RESULTADOS

El análisis de los estudios seleccionados identificó 3 momentos clave:

Fase pre LEOC

- ✓ Valoración clínica, revisión de medicación, educación sanitaria
- ✓ El objetivo es: reducir la ansiedad, asegurar el cumplimiento de indicaciones preoperatorias

Durante la LEOC

- ✓ Monitorización de constantes, control del dolor, apoyo emocional
- ✓ El objetivo es garantizar seguridad y confort y prevenir incomodidades

Post LEOC

- ✓ Vigilancia de efectos adversos, educación para el autocuidado
- ✓ El objetivo es: detectar complicaciones y asegurar una recuperación rápida

CONCLUSIÓN

Los resultados reflejan que una atención enfermera planificada, empática y basada en evidencia tiene un impacto positivo en la seguridad del procedimiento, el confort del paciente y la prevención de complicaciones.



BIBLIOGRAFÍA

Sonda suprapúbica: una alternativa segura y eficaz

Montserrat Morcillo Marín

Fundación Institut Guttmann

Resumen

Introducción

La cistostomía o acceso suprapúbico es una técnica de la que se tienen registros desde el antiguo Egipto y la antigua Grecia. Era considerada de alto riesgo y debía realizarse en el menor tiempo posible para evitar todas las posibles complicaciones. En la actualidad se ha convertido en una alternativa al cateterismo uretral en pacientes que requieran una evacuación urinaria continua o un acceso uretral muy complicado.

Material y método

Revisión de las cistostomías realizadas en el hospital, diferenciando por sexo desde 2004.

Interconsultas generadas al servicio que conecta recursos con la atención primaria desde nuestro hospital para enseñar a enfermeras que no conocen la técnica del recambio de sondas suprapúbicas.

Resultados

Se han colocado 95 sondas suprapúbicas desde 2004 (33,7 % mujeres, 66,3 % hombres).

El tanto por ciento de pacientes que acuden al cambio mensual en la consulta ha visto cómo de un 34% suprapúbico y un 66% vesical hemos pasado a un 68% suprapúbico a un 32% vesical.

Se han realizado 79 formaciones a personal de enfermería de primaria.

Discusión

La sonda suprapúbica se ha consolidado como una alternativa útil y eficaz en el manejo de pacientes en los que la colocación de una sonda uretral no es viable (dificultad, complicaciones...). Su uso ha demostrado ser una buena opción cuando se realiza por un equipo capacitado en condiciones estériles. Aunque existen complicaciones, hemos podido comprobar que el número de usuarios de dichos dispositivos ha aumentado considerablemente y que refieren haber ganado calidad de vida. Sería interesante en futuros estudios registrar esa mejor calidad de vida con los cuestionarios adecuados.

Conclusión

La sonda suprapúbica representa una alternativa válida y segura dentro del manejo urológico. Si bien no es la mejor opción, hay que tenerla en cuenta en situaciones específicas en las que ha demostrado ser eficaz y beneficiosa para muchos pacientes.

Palabras clave: Suprapubic catheterization. Urinary tract infections. Urinary retention.



SONDA SUPRAPÚBICA: UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ

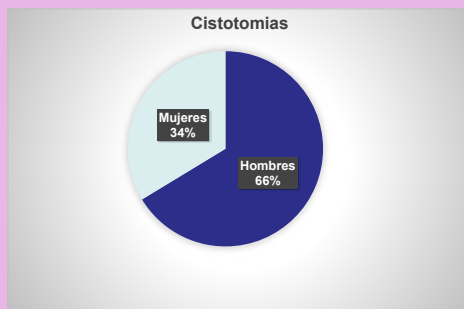
**Montserrat Morcillo Marín , Fundación Institut Guttmann ,
C.P. 19**

Primeras referencias antiguo Egipto y la antigua Grecia
Siglo XVI Pierre Franco , Siglo XVIII talla hipogástrica
Intervenciones rápidas para evitar complicaciones.

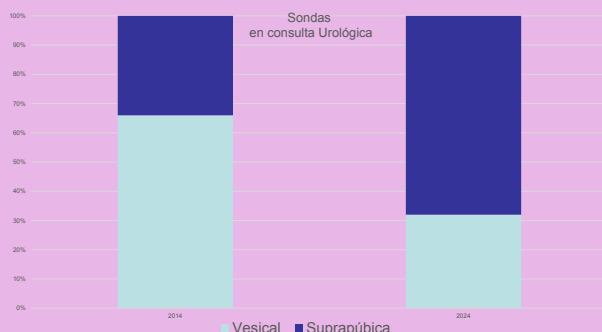


Uso en la actualidad:
Estenosis de Uretra
Hipospadias traumático
Dilataciones uretrales
Abordajes complicados por uretra

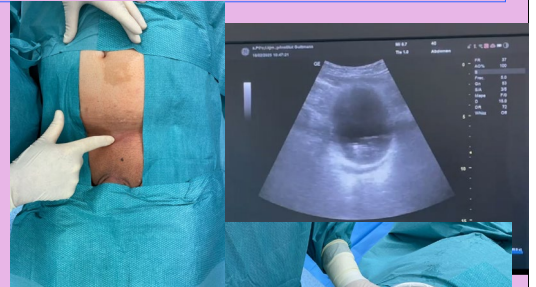
95 Cistotomías realizadas desde 2004



79 Formaciones en colocación de sonda suprapúbica a enfermeros de primaria
Alternativa útil y eficaz en el manejo de la vejiga neurógena



Aumento significativo en las consultas externas de urología desde 2014



"La suprapúbica me ha dado calidad de vida"
Mónica 53 años.
Tetraplejia C5.
35 años de lesión

"El desconocimiento me impidió dar antes el paso, ahora disfruto de las ventajas"
Jorge 58 años.Tetraplejia C7.
22 años de lesión medular.

Rol de enfermería en el manejo de la vejiga neurógena en la consulta de urodinamia

E. Domínguez Verde, J. Díez Robles, M. García Malo

Hospital Universitario Ramón y Cajal

Resumen

Introducción

Los pacientes con vejiga neurógena presentan disfunciones vesicales secundarias a alteraciones neurológicas, lo que impacta negativamente en su calidad de vida. La urodinamia proporciona información detallada sobre el funcionamiento de la vejiga y la uretra. Desde la consulta de Enfermería, se realiza una atención integral que abarca la asistencia, educación, promoción, mantenimiento y protección de la salud, así como la realización de pruebas diagnósticas que requieren personal altamente especializado. El objetivo de esta comunicación es describir la práctica clínica de Enfermería en la consulta de urodinamia en pacientes con vejiga neurógena.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Google Scholar y SciELO, incluyendo artículos publicados entre 2001 y 2024. La valoración enfermera se estructuró según los patrones funcionales de M. Gordon, y se emplearon los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC para la formulación de diagnósticos, resultados esperados e intervenciones.

Resultados

La aplicación de planes de cuidados estandarizados en pacientes con vejiga neurógena permite una atención individualizada basada en las necesidades identificadas durante la valoración enfermera. Se establecieron diagnósticos clave utilizando la taxonomía NANDA/NOC/NIC. Durante la consulta de urodinamia se llevan a cabo diversas pruebas como flujometría, cistomanometría, estudio presión/flujo, perfil de presión uretral, videocistografía y electromiografía perineal. Además, se resalta la importancia de la valoración integral previa que incluye la historia clínica, exploración física, diario miccional y evaluación del nivel de ansiedad ante la prueba, con el objetivo de mejorar la experiencia del paciente y protocolizar la práctica clínica.

Conclusión

La enfermera urológica desempeña un rol fundamental en el abordaje del paciente con vejiga neurógena desde la consulta de urodinamia. Su participación, en colaboración con el urólogo, contribuye al diagnóstico, seguimiento y tratamiento personalizado, siendo imprescindible una formación específica para garantizar una atención de calidad.

Palabras clave: Vejiga neurógena. Urodinamia. Enfermería urológica.



ROL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA VEJIGA NEURÓGENA EN LA CONSULTA DE URODINAMIA

E. Domínguez Verde, J. Díez Robles, M. García Malo.

Hospital Universitario Ramón y Cajal.C.P.20

INTRODUCCIÓN

La vejiga neurógena causa disfunciones vesicales, afectando negativamente a la calidad de vida de aquellos pacientes que la padecen .

Desde la consulta de urodinamia, el equipo de enfermería ofrece atención integral y realiza pruebas diagnósticas especializadas, claves para un abordaje completo



OBJETIVO:

Describir la práctica clínica que realiza el equipo de enfermería desde la consulta de urodinamia en pacientes con vejiga neurógena.

MATERIAL Y METODOS

- Revisión bibliográfica: Pumbed, Google Scholar y Scielo entre los años 2001-2024
- Valoración enfermera estructurada según los patrones funcionales de Gordon.
- Lenguaje estandarizados: NANDA,NOC,NIC para diagnósticos, resultados e intervenciones.

PALABRAS CLAVE

Vejiga neurógena, Urodinamia, Enfermería urológica

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Valoración previa

- ✓ Historia Clínica
- ✓ Exploración física
- ✓ Diario miccional
- ✓ Nivel de Ansiedad

Plan de cuidados estandarizados

Se ofrece atención individualizada según necesidades detectadas.

Diagnósticos clave

Basados en la taxonomía NANDA/NOC/NIC.

Pruebas realizadas en consulta

- Flujometría con o sin residuo postmiccional: Es una técnica que mide el volumen miccional eliminada por unidad de tiempo,
- Estudio urodinámico con o sin electromiografía: es una prueba que se realiza con el objetivo de conocer el funcionamiento de la vejiga, esfínter y uretra
- Videourodinamia: Combina los parámetros miccionales del estudio urodinámico con imágenes radiológicas.

CONCLUSIÓN

La enfermera urológica desempeña un papel esencial en el diagnóstico , seguimiento y tratamiento de la vejiga neurógena desde la consulta de urodinamia. Su formación específica es indispensable para interpretar las distintas pruebas y ofrecer una atención de calidad junto con el equipo nuevo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.



Cuidados de enfermería y complicaciones en pacientes intervenidos de cistectomía radical (bricker)

Javier Sierra Mozos, Lucía Veloqui Palazuelos, Carmen Sedano Carrasco, Sara Cernadas Rodríguez, Verónica Gómez Abad y Paula Torre García

Servicio de Urología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Resumen

Introducción

La cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker es una técnica quirúrgica en la que se realiza un estoma urinario originado a través de un segmento de intestino, generalmente el íleon, para desviar la orina de forma permanente. Los cuidados de enfermería tras la cirugía son un pilar fundamental para prevenir complicaciones y favorecer un mejor manejo del paciente ante la nueva situación.

Objetivo

Analizar los cuidados de enfermería y las complicaciones inmediatas en pacientes sometidos a cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las principales bases de datos y publicaciones (PubMed, Scielo, Dialnet) utilizando palabras clave como: "cuidados de enfermería", "urostomía", "Bricker", "cuidados de estoma".

Se han seleccionado 9 estudios publicados en los últimos 10 años en español e inglés y, por último, se ha realizado una lectura crítica y comparativa.

Resultados

Los cuidados de enfermería más importantes a señalar son: los cuidados de la piel, la valoración del estado de la urostomía, el manejo del dispositivo colector, la valoración psicológica del paciente y la educación sanitaria (manejo). Entre las complicaciones más importantes se destacan las relacionadas con el estoma, las con la piel y las complicaciones psicosociales del paciente.

Discusión

Todos los artículos revisados coinciden en la importancia de los cuidados de enfermería para evitar las complicaciones del postoperatorio, enfatizando diferentes aspectos del abordaje integral del paciente.

Conclusiones

La cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker es una técnica quirúrgica con posibles complicaciones importantes para el paciente. Los cuidados de enfermería son imprescindibles para prevenir e identificar las potenciales complicaciones y generar una mejor adaptación del paciente a través de la educación sanitaria, mejorando con todo ello su calidad de vida.



Cuidados de enfermería y complicaciones en pacientes intervenidos de Cistectomía Radical(Bricker)

Javier Sierra Mozos, Lucia Veloqui Palazuelos, Carmen Sedano Carrasco, Sara Cernadas Rodríguez, Verónica Gómez Abad y Paula Torre García.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

C.P 21

INTRODUCCIÓN

La cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker es una técnica quirúrgica en la que se realiza un estoma urinario originado a través de un segmento de intestino, generalmente el íleon, para desviar la orina de forma permanente. Los cuidados de enfermería tras la cirugía son un pilar fundamental para prevenir complicaciones y favorecer un mejor manejo del paciente ante la nueva situación.

OBJETIVO

Analizar los cuidados de enfermería y las complicaciones inmediatas en pacientes sometidos a cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las principales bases de datos y publicaciones (PubMed, Scielo, Dialnet) utilizando palabras clave como: "cuidados de enfermería", "urostomía", "Bricker", "cuidados de estoma".

Se han seleccionado 10 estudios publicados en los últimos 10 años en español e inglés y por último se ha realizado una lectura crítica y comparativa.

BIBLIOGRAFÍA



RESULTADOS

CUIDADOS DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES
Valoración de la urostomía ⇒ Color , estado y tamaño del estoma ⇒ Valorar posibles signos de sangrado e infección	En la piel ⇒ Irritaciones de piel periestomal derivado del contacto con orina. ⇒ Problemas asociados a los adhesivos de los dispositivos de recogida. ⇒ Infecciones cutáneas , heridas o úlceras.
Cuidados de la piel ⇒ Lavar con agua tibia y jabón de pH neutro ⇒ Secar la zona y comprobar irritación cutánea ⇒ Si hay irritación:medidas de barrera protectora	En el estoma ⇒ Obstrucción por estenosis o acumulación de mucosidad. ⇒ Dehiscencia de la anastomosis. ⇒ Isquemia o necrosis del estoma.
Manejo del dispositivo colector ⇒ Elección del dispositivo que mejor se adapte ⇒ Ajustar la medida del dispositivo al estoma	Psicosociales ⇒ Alternación de la imagen corporal. ⇒ Aceptación de la nueva situación.
Valoración del paciente y educación ⇒ Valorar el impacto psicológico en el paciente	

DISCUSIÓN

Todos los artículos revisados coinciden en la importancia de los cuidados de enfermería para evitar las complicaciones del postoperatorio, enfatizando diferentes aspectos del abordaje integral del paciente.

CONCLUSIONES

La cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker es una técnica quirúrgica con posibles complicaciones importantes para el paciente. Los cuidados de enfermería son imprescindibles para prevenir e identificar las potenciales complicaciones y generar una mejor adaptación del paciente a través de la educación sanitaria, mejorando con todo ello su calidad de vida

Papel de enfermería en la incontinencia urinaria post-prostatectomía radical

Carmen Sedano Carrasco (carmen.sedano@scsalud.es), Lucia Veloqui Palazuelos, Javier Sierra Mozos, Paula Torre García, Sara Cernadas Rodríguez, Verónica Gómez Abad

Servicio de Urología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Resumen

Introducción

El carcinoma de próstata es uno de los cánceres con mayor prevalencia en hombres. El tratamiento de elección es la prostatectomía radical.

Esta cirugía lleva asociada, entre otras complicaciones, la incontinencia urinaria. Durante el postoperatorio inmediato, más del 80% de los pacientes presentan incontinencia. Esta se alivia al cabo de unos días o meses. Llegó a reducirse al 5% pasado 1 año tras la cirugía.

Objetivo

Analizar el papel de los profesionales de enfermería en los cuidados de los pacientes que presentan incontinencia urinaria post-prostatectomía (IUPP).

Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Cochrane plus, Scielo, PubMed) y Google Académico, combinando las palabras clave "prostatectomía", "incontinencia", "enfermería" junto a los operadores booleanos AND y OR.

Como criterios de selección se han establecido: antigüedad máxima de 10 años y acceso gratuito al texto completo en español.

Por último, se ha realizado una lectura crítica y comparativa de los artículos seleccionando 9 de ellos.

Resultados

Los cuidados de enfermería son parte del tratamiento de la IUPP: apoyo emocional, educación sobre cuidados del catéter urinario, prevención de la ITU, ayuda con la ejecución de los ejercicios del suelo pélvico, creación de un gráfico de control urinario, terapia conductual, estimulación eléctrica muscular o biofeedback y cuidados quirúrgicos si la única solución fuese de nuevo la cirugía.

Discusión

La IUPP causa un problema médico, psicológico e higiénico, con un gran impacto económico, físico y social.

Un abordaje multidisciplinar, dentro del que encontramos los cuidados de enfermería, es fundamental para ofrecer la mejor solución.

Conclusión

Se han establecido diferentes tratamientos en los que los profesionales de enfermería juegan un papel importante.

La integración del colectivo enfermero en el cuidado y la detección de la incontinencia resulta un aspecto clave para lograr una mejora en la calidad de vida y en el bienestar psicológico del paciente.



PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL

CARMEN SEDANO CARRASCO, LUCIA VELOQUI PALAZUELOS, JAVIER SIERRA MOZOS, PAULA TORRE GARCÍA. SARA CERNADAS RODRÍGUEZ, VERÓNICA GÓMEZ ABAD.
SERVICIO DE UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

C.P.22

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de próstata es uno de los cánceres con mayor prevalencia en hombres. El tratamiento de elección es la prostatectomía radical. Esta cirugía lleva asociada, entre otras complicaciones, la incontinencia urinaria. Durante el postoperatorio inmediato más del 80% de los pacientes presentan incontinencia. Ésta se alivia al cabo de unos días o meses. Llegando a reducirse al 5% pasado 1 año tras la cirugía.



OBJETIVO

Analizar el papel de los profesionales de enfermería en los cuidados de los pacientes que presentan incontinencia urinaria post-prostatectomía (IUPP).

RESULTADOS



METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Cochrane plus, Scielo, PubMed) y Google Académico combinando las palabras clave "prostatectomía", "incontinencia", "enfermería" junto a los operadores booleanos AND y OR.

Como criterios de selección se han establecido: antigüedad máxima de 10 años y acceso gratuito al texto completo en español. Por último, se ha realizado una lectura crítica y comparativa de los artículos seleccionando 9 de ellos.

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria causa un problema médico, psicológico e higiénico, con un gran impacto económico, físico y social.

Un abordaje multidisciplinar, dentro del que encontramos los cuidados de enfermería, es fundamental para ofrecer la mejor solución.

CONCLUSIÓN

Se han establecido diferentes tratamientos en los que los profesionales de enfermería juegan un papel importante.

La integración del colectivo enfermero en el cuidado y la detección de la incontinencia resulta un aspecto clave para logra una mejora en la calidad de vida y en el bienestar psicológico del paciente



BIBLOGRAFÍA



Cuidados enfermeros del protocolo ERAS en la cistectomía

Lucía Veloqui Palazuelos, Carmen Sedano Carrasco, Javier Sierra Mozos, Paula Torre García,
Sara Cernadas Rodríguez, Verónica Gómez Abad

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Resumen

Introducción

El protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), consiste en una serie de intervenciones llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar, antes, durante y tras la cirugía. Tiene como objetivo promover una rápida recuperación, favoreciendo el estado general del paciente, disminuyendo el tiempo de ingreso y las posibles complicaciones.

La cistectomía radical es el tratamiento de elección ante los tumores vesicales infiltrantes, una cirugía compleja beneficiada de la protocolización de los cuidados para mejorar resultados.

Objetivo

Analizar los beneficios de la implantación del protocolo ERAS en la cistectomía radical.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica en varias bases de datos específicas (PubMed, Elsevier, Scielo) utilizando las palabras claves: "ERAS", "enfermería", "cuidados" y "cistectomía". Se ha acotado la búsqueda en un periodo de tiempo de los últimos 10 años. Se realiza una lectura crítica y comparativa.

Resultados

Los cuidados enfermeros desempeñan un papel fundamental, inicialmente realizando una preparación psicológica que consiste en aportar toda la información necesaria para hacer frente al proceso. Una mejora del estado nutricional del paciente para favorecer la recuperación y cicatrización de tejidos. Una fomentación a la movilización temprana, incentivando la independencia del paciente. Un manejo del dolor efectivo y una vigilancia constante para la prevención de complicaciones.

Discusión

La revisión bibliográfica demuestra la mejora de resultados de los pacientes sometidos a cistectomía radical bajo protocolo ERAS vs. convencional.

Conclusión

Las intervenciones realizadas por enfermería en el protocolo ERAS dan como resultado mejoras significativas, mejorando la calidad de vida y estado funcional del paciente, proporcionando una reducción de complicaciones postoperatorias, disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria y la tasa de reingreso hospitalario, ofreciendo así una disminución significativa de los gastos económicos.

Palabras clave: ERAS. Enfermería. Cistectomía.

Bibliografía

1. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols in Radical Cystectomy: A Systematic Review. Autores: Smith J, Doe A, Johnson L. Revista: Journal of Urology. Año: 2022. Resumen: Este artículo revisa la implementación de protocolos ERAS en pacientes sometidos a cistectomía radical, destacando la importancia de estandarizar estos protocolos para mejorar los resultados quirúrgicos y reducir complicaciones.
2. Nursing Perspectives on ERAS Implementation in Urological Surgeries. Autores: Williams K, Brown M, Davis P. Revista: Nursing Clinics of North America. Año: 2021. Resumen: Este estudio analiza las consecuencias de no aplicar el protocolo ERAS durante la pandemia, observando un aumento en las complicaciones y la estancia hospitalaria en pacientes cistectomizados.
3. Enhanced Recovery After Surgery: A Paradigm Shift in Perioperative Care. Autores: Velázquez Gutiérrez J, Vargas Useche M. Revista: Revista Venezolana de Cirugía. Año: 2021. Resumen: Este artículo destaca el papel fundamental del equipo de enfermería en el proceso de atención a pacientes sometidos a cistectomía radical, enfatizando la necesidad de un plan de cuidados estandarizado para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia del proceso quirúrgico.

4. ERAS Society. (2023). Guidelines for Perioperative Care after Radical Cystectomy for Bladder Cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. Cerantola, Y., et al. (2013). Perioperative Care in Radical Cystectomy: Recommendations from the ERAS Society. *European Urology*, 64(3), 403–413. Padilla, M., & García, D. (2020). Protocolo ERAS en Cirugía Urológica. *Cuidados de Enfermería. Enfermería Urológica*, 12(2), 45–53.
5. Bessa, A. et al. (2021). ERAS Protocol Implementation in Radical Cystectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Results: Reducción significativa en complicaciones y días de hospitalización. *Journal of Urology*, 206(2), 315–324. Lin, T., et al. (2020). Enhanced Recovery After Surgery Protocols in Cystectomy Patients: Impact on Recovery and Outcomes. *European Urology Focus*, 6(3), 462–468.
6. España-Navarro R, Rabadán-Márquez P, Pérez-Argüelles D, Sánchez-Martínez N, Hernández-Alcaraz D, García-Galisteo E. Aplicación de protocolos ERAS en pacientes cistectomizados: el camino hacia la estandarización. Una revisión sistemática. *Actas Urol Esp*. 2021;45(3):161-169. doi:10.1016/j.acuro.2020.10.007
7. Castellarnau S, Gaya JM, Espinosa J, Sierra P, Huguet J, Palou J, Hernando D, Sabaté S, Breda A. Impacto clínico de no aplicar el protocolo ERAS en los pacientes sometidos a cistectomía durante la pandemia COVID-19. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2023;47(4):252-258. doi:10.1016/j.acuro.2022.11.001
8. Asociación Española de A.T.S. de Urología. Trayectoria clínica enfermería: cistectomía radical. *ENFURO*. 2018; (número no disponible): [s.p.]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-180358>
9. Autores no especificados. Evidencia y aplicabilidad de los protocolos de recuperación acelerada en cistectomía radical. *Urología Madrid*. 2021. Disponible en: <https://revista.uromadrid.es/evidencia-y-aplicabilidad-de-los-protocolos-de-recuperacion-acelerada-en-cistectomia-radical>



CUIDADOS ENFERMEROS DEL PROTOCOLO ERAS EN LA CISTECTOMÍA

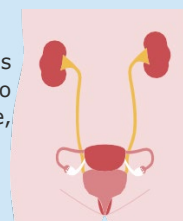
LUCÍA VELOQUI PALAZUELOS, CARMEN SEDANO CARRASCO, JAVIER SIERRA MOZOS, SARA CERNADAS RODRÍGUEZ, PAULA TORRE GARCÍA Y VERÓNICA GÓMEZ ABAD

C.P.23

Introducción

El protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) consiste en una serie de intervenciones llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar antes, durante y tras la cirugía. Tiene como objetivo promover una rápida recuperación, favoreciendo el estado general del paciente, disminuyendo el tiempo de ingreso y las posibles complicaciones.

La cistectomía radical es el tratamiento de elección ante los tumores vesicales infiltrantes, una cirugía compleja beneficiada de la protocolización de los cuidados para mejorar resultados.



Objetivo

Analizar los beneficios de la implantación del protocolo ERAS en la cistectomía radical.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica en varias bases de datos específicas (PubMed, Elsevier, Scielo) utilizando las palabras claves. Se ha acotado la búsqueda en un periodo de tiempo de los últimos 10 años. Se realiza una lectura crítica y comparativa.

Palabras clave

ERAS.
Enfermería.
Cuidados.
Cistectomía.



Resultados

Los cuidados enfermeros desempeñan un papel fundamental, inicialmente realizando una preparación psicológica que consiste en aportar toda la información necesaria para hacer frente al proceso. Una mejora del estado nutricional del paciente para favorecer la recuperación y cicatrización de tejidos. Una fomentación a la movilización temprana, incentivando la independencia del paciente. Un manejo del dolor efectivo y una vigilancia constante para la prevención de complicaciones.

Conclusión

Las intervenciones realizadas por enfermería en el protocolo ERAS dan como resultado mejoras significativas, mejorando la calidad de vida y estado funcional del paciente, proporcionando una reducción de complicaciones postoperatorias, disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria y la tasa de reingreso hospitalario, ofreciendo así una disminución significativa de los gastos económicos.

Discusión

La revisión bibliográfica demuestra la mejora de resultados de los pacientes sometidos a cistectomía radical bajo protocolo ERAS vs convencional.



Bibliografía



SERVICIO DE UROLOGÍA



Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla

Valoración urodinámica previa al trasplante renal: caso clínico

Lorenzo García, Carlos, Ibáñez Vázquez, Laura, Reina Ramírez, Manuela, Coronel Rosado, Paloma, Díaz Fernández, Jose, Santos Arrontes, Daniel

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Resumen

Introducción

Los pacientes con oliguria crónica pueden desarrollar una disfunción vesical caracterizada por una reducción de la capacidad vesical y una acomodación vesical baja, que pueden condicionarla morbilidad del injerto renal.

Material y método

Presentamos el caso clínico de un paciente que, en la valoración pretrasplante tras un estudio urodinámico, presenta una mala acomodación vesical y una capacidad vesical muy baja. Se presenta en sesión clínica, donde se decide confirmar los hallazgos mediante una videocistografía bajo sedación para determinar la capacidad cistomanométrica máxima.

Resultados

Ante los hallazgos de la videourodinámica se comprueba que la capacidad cistomanométrica máxima es de 40 ml, ausencia de reflujo vesico-ureteral, incontinencia urinaria con un Detrusor Leak Point Pressure (DLPP) de 40 cm H₂O y una acomodación de 2 cm H₂O.

Discusión

Aunque hay estudios que informan que la capacidad de la vejiga y la presión de almacenamiento puede mejorar dentro de los seis primeros meses posteriores al trasplante, no es menos cierto que esa presión excesiva pueda causar reflujo vesico-ureteral con el consiguiente riesgo para el injerto, infección urinaria o fuga de la anastomosis.

Conclusión

La evaluación del tracto urinario inferior y su corrección previa a la cirugía de trasplante renales fundamental para el pronóstico del injerto.

Palabras clave: Urodinámica. Trasplante renal. Cistoplastia.



Valoración Urodinámica Previa al Trasplante Renal: Caso Clínico

Lorenzo García, Carlos; Ibáñez Vázquez, Laura; Reina Ramírez, Manuela; Coronel Rosado, Paloma; Díaz Fernández, José; Santos Arrontes, Daniel

C.P. 24

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica y oliguria prolongada suelen desarrollar disfunción vesical caracterizada por una baja capacidad y pobre acomodación, factores que pueden comprometer el éxito del injerto renal tras el trasplante

Material y Método

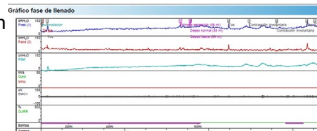
Presentamos el caso clínico de un paciente que en la valoración pretrasplante tras un estudio urodinámico, presenta una mala acomodación vesical y una capacidad vesical muy baja.

Antecedentes:

Varón de 35 años

Hipertensión Arterial

Enfermedad Renal Crónica de origen hipertensivo
Hemodiálisis desde 2014



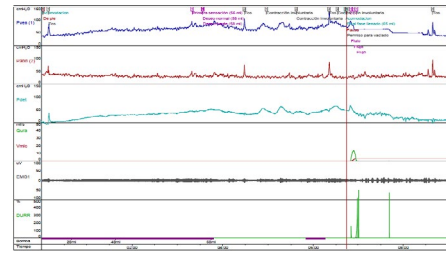
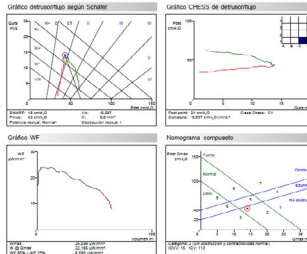
Resultados fase de llenado	
Volumen infundido	65 ml
Volumen perdido por fuga	- ml
Llenado vesical	65 ml
Pves.max	132 cmH ₂ O
Pabd.max	86 cmH ₂ O
Pdet.max	65 cmH ₂ O
Pura.max	-



Fase de llenado: Baja capacidad vesical, acomodación muy disminuida

Resultados fase de vaciado

VACIADO	14 / 70 / 0
IOVV	15
ICV	113
Capacidad vesical total	65 ml
Diuresis	2 ml
Qmax	13,8 ml/s
Tiempo a Qmax	4 s
Pves.Qmax	68 cmH ₂ O
Pdet.Qmax	43 cmH ₂ O
Volumen vaciado	67 ml
Tiempo de flujo	9 s



Fase de vaciado: No obstrucción, detrusor normocontráctil, no residuo postmiccional, micción coordinada

Se presenta en sesión clínica, donde se decide confirmar los hallazgos mediante una videourodinámica bajo sedación para determinar la capacidad cistomanométrica máxima.

Resultado

Como consecuencia de la videourodinámica realizada bajo sedación en quirófano, se comprueba

Capacidad cistomanométrica máxima de 40 ml

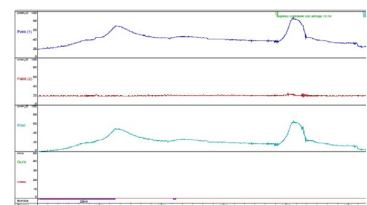
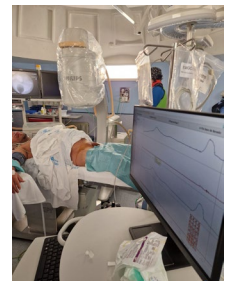
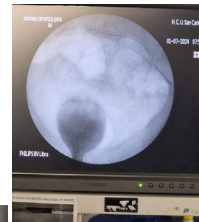
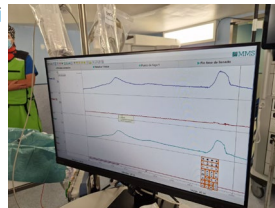
No reflujo vesico-ureteral

Incontinencia urinaria con un Detrusor Leak Point Pressure (DLPP) de 40 cm H₂O

Acomodación de 2 cm H₂O

Resultados fase de llenado

Volumen infundido	40 ml
Volumen perdido por fuga	- ml
Llenado vesical	40 ml
Pves.max	88 cmH ₂ O
Pabd.max	26 cmH ₂ O
Pdet.max	66 cmH ₂ O
Pura.max	-



Discusión Aunque hay estudios que informan que la capacidad de la vejiga y la presión de almacenamiento puede mejorar dentro de los seis primeros meses posteriores al trasplante, no es menos cierto que esa presión excesiva puede causar reflujo vesico-ureteral, infección urinaria o fuga de la anastomosis, con el consiguiente riesgo para el injerto. En nuestro caso se decide realizar una cistoplastia de aumento previa al trasplante renal

Conclusión

La evaluación del tracto urinario inferior y su corrección previa a la cirugía de trasplante renal es fundamental para el pronóstico del injerto

Bibliografía:

1. Kashi SH, Wynne KS, Sadek SA, Lodge JP. An evaluation of vesical urodynamics before renal transplantation and its effect on renal allograft function and survival. Transplantation. 27 de mayo de 1994;57(10):1455-7.
2. Zermann DH, Löffler U, Reichelt O, Wunderlich H, Wilhelm S, Schubert J. Bladder dysfunction and end stage renal disease. Int Urol Nephrol. 2003;35(1):39-7.
3. Kibbi T, Lucin M, Victor G, Sells R, Burgos Revilla FI, Wiesel M, et al.EAU guidelines on renal transplantation. Eur Urol. febrero de 2005;47(2):156-66.
4. Tangsitagoon T, Swalesutigan V. Factors associated with low-compliance bladder in end-stage renal disease patients and development of a clinical prediction model for urodynamic evaluation: the DUOL score. Int Urol Nephrol. 2023;55(1):75-84.
5. Incontinencia urinaria [Internet]. [citado 23 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.medicagalic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6745>.
6. Kim JK, Santos JD, Rickard M, Lorenzo AJ. Review - Renal transplantation for congenital urological diseases. J Pediatr Urol. 1 de octubre de 2024;20(5):990-7.
7. Zachoval R, Borovicka V, Marada T, Vilkicky O, Fronek J, Kruh J, et al. The Effects of Diuresis, Duration of Dialysis and Age on Lower Urinary Tract Function in Urologically Healthy Male Patients on the Waiting List for Kidney Transplant. Urol J. 18 de marzo de 2018;15(2):49-54.
8. Rude T, Nassiri N, Naser-Tavakoli A, Ginsberg D. The Role of Urodynamics in the Pre-transplant Evaluation of Renal Transplant. Curr Urol Rep. 1 de mayo de 2019;20(5):1-6.
9. Antoniewicz AA, Zapala L, Bogucki A, Malecki R. The standard of urological consultation of patients qualified for renal transplant - a review. Cent Eur J Urol. 2015;8(3):376-82.
10. Theodorou C, Katsifotis C, Bocos J, Moutouris G, Stournaras P, Kostakis A. Urodynamics prior to renal transplantation - its impact on treatment decision and final results. Scand J Urol Nephrol. 2003;37(4):335-8.

Consulta alta resolución en pacientes con hematuria

Eva M^a Azpiroz Recondo (em.azpiroz.recondo@navarra.es), Isabel Rodríguez Perez, Laura Guindano Garde, Arantza Ascunce Vidondo, Juana Viedma Mendez, Marcy Cantero Nouqueret

Hospital Universitario de Navarra (HUN)

Resumen

Introducción

El signo principal de sospecha de lesión vesical es la presencia de sangre en la orina (hematuria) sin dolor asociado durante la micción.

Puede ser visible (macroscópica) o no visible (microscópica) y detectarse mediante análisis de orina.

Aunque existen varios procesos no tumorales por los que puede presentarse la hematuria (litiasis, infección de tracto urinario ...), es un signo importante por el que siempre se debe consultar con el médico que debe derivar al paciente a la consulta de especialista de Urología.

Material y método

En el servicio de Urología del HUN los pacientes derivados por hematuria, son vistos en menos de dos semanas. En la primera consulta, se realiza:

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Ecografía.
- Petición de citologías de orina.
- Cistoscopia.

El procedimiento directo por excelencia en consulta de alta resolución de hematuria, es la realización de una cistoscopia que, aunque es una prueba invasiva, se realiza con anestesia local con buena tolerancia por parte del paciente; se visualiza la vejiga mediante la introducción de videocistoscopio flexible.

Resultados:

- Diagnóstico precoz y rápido de tumores vesicales.
- Mejora del pronóstico y, por tanto, la calidad de vida del paciente con tumor vesical.

Discusión

Se ha demostrado la eficacia de esta consulta de alta resolución en el diagnóstico temprano de lesiones vesicales, acortando con ello el período de inicio de tratamiento, encaminado a mejorar la supervivencia de los pacientes.

Las lesiones vesicales detectadas en fases precoces tienen un mejor pronóstico.

Conclusión

El circuito de alta resolución, utilizado en consultas de urología ante la presencia de hematuria, acorta notablemente el tiempo entre diagnóstico y tratamiento. Tras la cistoscopia realizada en la consulta, si se visualiza lesión vesical, el paciente en menos de un mes será intervenido si el tumor vesical es mayor de 1 cm o extirpado y tratado en cistoscopia si es menor.

Palabras clave: Hematuria. Cistoscopia. Tumor vesical.

Bibliografía

1. EAU Guidelines <https://uroweb.org/guidelines/non-muscle-invasive-bladder-cancer/panel>
2. Dulku G, Shivananda A, Chakera A, Mendelson R, Hayne D. Painless Visible Haematuria in Adults: An Algorithmic Approach Guiding Management. Cureus [Internet]. 13 de noviembre de 2019; Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.6140>
3. Barocas DA, Boorjian SA, Alvarez RD, Downs TM, Gross CP, Hamilton BD, et al. Microhematuria: AUA/SUFU Guideline. The Journal Of Urology [Internet]. 23 de julio de 2020;204(4):778-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000001297>
4. Ghandour R, Freifeld Y, Singla N, Lotan Y. Evaluation of Hematuria in a Large Public Health Care System. Bladder Cancer [Internet]. 2 de julio de 2019;5(2):119-29. Disponible en: <https://doi.org/10.3233/blc-190221>

5. Ngo B, Papa N, Perera M, Bolton D, Sengupta S. Predictors of delay to cystoscopy and adequacy of investigations in patients with haematuria. BJU International [Internet]. 1 de mayo de 2017;119(S5):19-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/bju.13809>
6. Devlies W, De Jong JJ, Hofmann F, Bruins HM, Zuiverloon TCM, Smith EJ, et al. The Diagnostic Accuracy of Cystoscopy for Detecting Bladder Cancer in Adults Presenting with Haematuria: A Systematic Review from the European Association of Urology Guidelines Office. European Urology Focus [Internet]. 24 de agosto de 2023;10(1):115-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euf.2023.08.002>



CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN HEMATURIA (cp25)

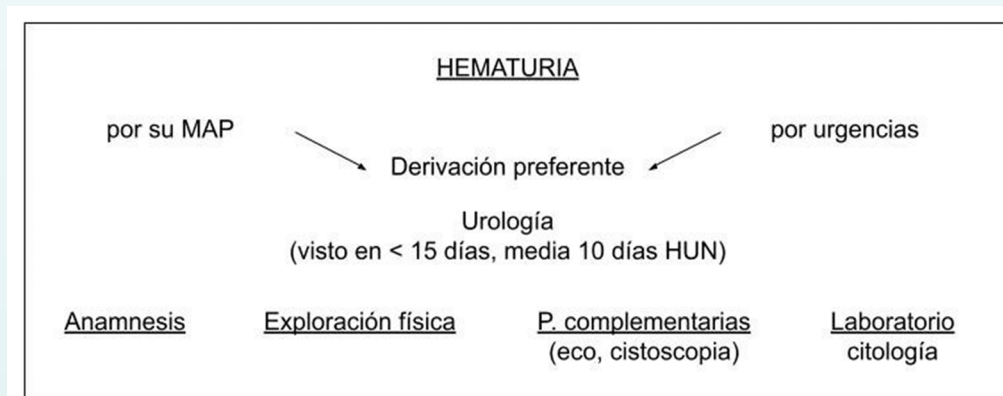


Autores: Eva M^a Azpiroz Recondo, Isabel Rodriguez Perez, Laura Guindano Garde, Arantxa Ascunce Vidondo, Juana Viedma Méndez, Marcy Cantero Nouqueret

Introducción

El signo principal de sospecha de lesión vesical es la presencia de sangre en la orina (hematuria) sin dolor asociado durante la micción. Puede ser visible (macroscópica) o no visible (microscópica) y detectarse mediante análisis de orina.

Aunque existen varios procesos no tumorales por los que puede presentarse la hematuria (litiasis, Infección de tracto urinario ...), es un signo importante por el que siempre se debe consultar con el médico que debe derivar al paciente a la consulta del especialista de Urología.



Resultados:

Diagnostico precoz y rápido de tumores vesicales
Mejora del pronóstico y por tanto calidad de vida del paciente con tumor vesical

Discusión

Se ha demostrado la eficacia de esta consulta de alta resolución en el diagnóstico temprano de lesiones vesicales, acortando con ello el período de inicio de tratamiento, encaminado a mejorar la supervivencia de los pacientes.

Las lesiones vesicales detectadas en fases precoces tienen un mejor pronóstico.

Conclusión

El circuito de alta resolución utilizado en consultas de urología ante la presencia de hematuria, acorta notablemente el tiempo entre diagnóstico y tratamiento. Tras la cistoscopia realizada en la consulta, si se visualiza lesión vesical el paciente en menos de un mes será intervenido si el tumor vesical es mayor de 1 cm o extirpado y tratado en cistoscopia si es menor.



COMUNICACIÓN POSTER

Beneficios del uso de un timbre avisador de la finalización de sueros lavadores en una unidad de urología

Uriel Calvo, M.P.* puriel@saludcastillayleon.es; Hernández Romero, B.; Valente Hernández, C.; Cubillo Miguel, N.; Postigo De Diego, A.; Álvarez Alonso, R

Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria. GASSO. SACYL

Resumen

Introducción

En nuestra unidad disponemos de un dispositivo avisador de la finalización de sueroslavadores para garantizar que la irrigación permanezca continua, evitar las interrupciones del tratamiento y sus posibles repercusiones.

Nuestro objetivo es analizar si el uso del dispositivo influye en el consumo de sueros lavadores, sueros de irrigación manual y en el número de vejigas coaguladas en la unidad de hospitalización quirúrgica del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria.

Material y método

Estudio retrospectivo, observacional en el que se ha evaluado el consumo de sueros lavadores de 3 litros, sueros de irrigación de 500 ml (utilizados exclusivamente para el lavado vesical manual) y el número de vejigas coaguladas.

Resultados

La media de consumo de balsas de suero lavador de 3 litros durante el periodo 2018, 2019 y 2021 fue de 8.236 balsas anuales. Durante el periodo 2022 a 2024 fue de 5.268 balsas, suponiendo un 36,65% de disminución del consume anual de estas balsas, con similar número de intervenciones quirúrgicas.

La media anual de consumo de sueros de irrigación de 500 ml para lavados vesicales manuales durante el primer periodo fue de 510 unidades, y en los años 2022-2024 fue de 330 unidades. Representa una reducción en el consumo del 35,3%.

La media de vejigas coaguladas durante el periodo 2018-2021 fue de 7,25 por año, mientras que la media durante el periodo 2022-2024 fue de 5,66 anuales. De estos últimos 3 años, podemos destacar que la mayoría de vejigas coaguladas se originaron en otras unidades de hospitalización.

Discusión y conclusión

El sistema de aviso de finalización de sueros lavadores supone una reducción drástica del gasto de sueros lavadores de 3 litros, del número de lavados vesicales manuales y de vejigas coaguladas.

Palabras clave: Suero. Instilación vesical. Vejiga urinaria.

Bibliografía

1. Ferreira EA, Castaño AM, González BF, Rodríguez BG, Gomez JM. Sondajevesical: protocolo de enfermería. Enfuro. 2004(90):7-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3100147>
2. Bladder Irrigation - Guidelines. 2012; 9. Disponible en: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/165589/BladderIrrigation-Toolkit.pdf
3. Bladder Irrigation - Management of Haematuria - Clinical Guideline. : 16. Disponible en: [https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0018/191061/ACI Bladder Irrigation.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0018/191061/ACI%20Bladder%20Irrigation.pdf)
4. Continuous Bladder Irrigation and Management of Haematuria - Salisbury NHS Foundation Trust. Disponible en: <http://www.icid.salisbury.nhs.uk/ClinicalManagement/Urology/Pages/ContinuousBladderIrrigationandManagementofHaematuria.aspx>
5. Grey Bruce Health Network. Continuous Bladder Irrigation Clinical Protocol. 2007. Disponible en: [http://www.gbhn.ca/ebc/documents/Continuous Bladder Irrigation Protocol.pdf](http://www.gbhn.ca/ebc/documents/Continuous%20Bladder%20Irrigation%20Protocol.pdf)



Beneficios del uso de un timbre avisador de la finalización de sueros lavadores en una unidad de urología

Uriel Calvo, M.P.; Hernández Romero, B.; Valente Hernández, C.; Cubillo Miguel, N.; Postigo De Diego, A.; Álvarez Alonso, R.
Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria. GASSO. SACYL
Código: C.P.26

Palabras clave: Suero; Instilación Vesical; Vejiga Urinaria

Introducción:

En nuestra unidad disponemos de un dispositivo avisador de la finalización de sueros lavadores.

Objetivo: analizar si el uso del dispositivo influye en el consumo de sueros lavadores, sueros de irrigación de 500 ml utilizados para el lavado vesical manual y en el número de vejigas coaguladas

Material y método:

Estudio retrospectivo, observacional. Se evaluó:



Consumo de sueros lavadores (3 litros)

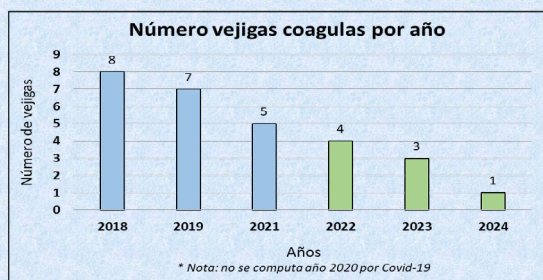
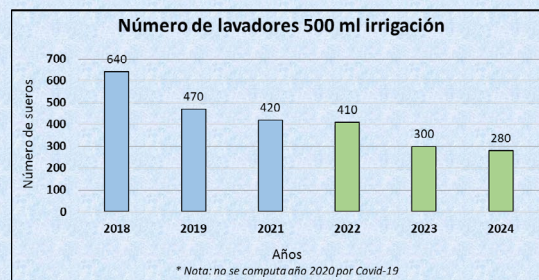
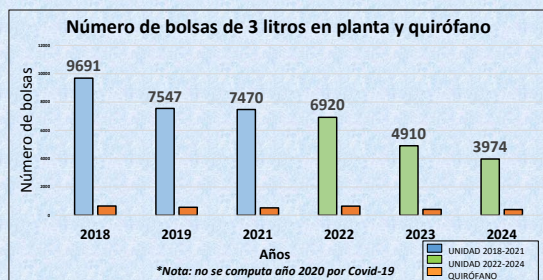


Consumo de sueros de irrigación (500 ml) utilizados para el lavado vesical manual



Número de vejigas coaguladas

Resultados:



- Disminución del consumo:
 - ✓ Bolsas suero lavador de 3 litros → 35,3%
 - ✓ Sueros irrigación de 500ml → 36,65%
- Reducción del número de vejigas coaguladas

Discusión y conclusión:

Con el sistema de aviso de finalización de sueros lavadores hemos disminuido el consumo de sueros de 3 litros, el consumo del número de sueros de irrigación de 500ml, lo que supone que se han realizado menos lavados vesicales manuales y se han reducido el número de vejigas coaguladas que requieren intervención quirúrgica

Referencias Bibliográficas:

1. Ferreiro EA, Castaño AM, González BF, Rodríguez BG, Gómez JM. Sondaje vesical: protocolo de enfermería. Enfuro. 2004(90):7-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3100147>
2. Bladder Irrigation - Guidelines. 2012; 9. Disponible en: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/165589/Bladder-Irrigation-Toolkit.pdf
3. Bladder Irrigation - Management of Haematuria - Clinical Guideline. : 16. Disponible en: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0018/191061/ACI_Bladder_Irrigation.pdf
4. Continuous Bladder Irrigation and Management of Haematuria - Salisbury NHS Foundation Trust. Disponible en: <http://www.icld.salisbury.nhs.uk/ClinicalManagement/Urology/Pages/ContinuousBladderIrrigationandManagementofHaematuria.aspx>
5. Grey Bruce Health Network. Continuous Bladder Irrigation Clinical Protocol. 2007. Disponible en: http://www.gbhn.ca/ebc/documents/Continuous_Bladder_Irrigation_Protocol.pdf

Abordaje enfermero en los cuidados de una gangrena de fournier

Rivero Romero, A; Nieto González, N

Servicio de Urología Hospital Álvaro Cunqueiro (HAC), Vigo (Pontevedra)

Resumen

Introducción

La gangrena de Fournier es una infección potencialmente letal y poco frecuente que afecta a la zona genital, perineal y región perianal. La incidencia en nuestro servicio suele ser de cinco o seis casos anuales. En el presente trabajo se expone un caso clínico de un paciente atendido en el Servicio de Urología del HAC durante los meses de abril y mayo de 2024.

Se ha llevado un seguimiento a lo largo de 30 días de un paciente afectado de gangrena de Fournier, que acude al servicio de urgencias el 28/03/24 por dolor testicular. Se tienen en cuenta antecedentes personales, intervenciones quirúrgicas; realizando una valoración inicial y un plan de cuidados individualizado.

Para ello, abordamos los patrones de percepción, manejo de la salud, nutricional, eliminación, actividad, ejercicio y cognitivo-perceptivo.

Resultados

Fue intervenido para el servicio de cirugía plástica el 14/05/2024, realizando una cobertura con injertos cutáneos.

Finalmente, se consigue la epitelización completa de la herida. La evolución fue favorable y fue dado de alta (23/05/2024).

Discusión

Es importante un abordaje temprano para esta patología y obtener resultados satisfactorios. El trabajo en equipo y una buena coordinación entre el equipo multidisciplinario han sido clave durante el proceso de hospitalización.

Conclusión

Se consiguió mantener el lecho de la herida en condiciones óptimas que facilitaron la posterior intervención por parte del servicio de cirugía plástica; y el control del dolor del paciente. El paciente logra un patrón de eliminación normal al alta. En cuanto al patrón nutricional, precisa continuar con suplementos en el domicilio. Tras la estancia hospitalaria, el paciente logra la autonomía necesaria para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Palabras clave: Gangrena de Fournier. Atención de enfermería. Enfermería de práctica avanzada.

Bibliografía

- Mondragón-Gómez S., Jiménez-Utrilla J. Proceso de atención de enfermería a pacientes con gangrena de Fournier. Elsevier [Internet]. 2013; 10(2): 58-66. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706313726307>
- Delgado E.V., Molina A., Pastor P., López S., García A.B., Pisonero M. Gangrena de Fournier: una urgencia urológica. Caso Clínico. RSI [Internet]. 2024; 5(5). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/gangrena-de-fournier-una-urgencia-urolologica-caso-clinico/>
- Flores-Galván K.P., Aceves C.A., Guzmán G. Gangrena de Fournier. Cirujano General [Internet]. 2021; 43(2): 107-114. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v43n2/1405-0099-cg-43-02-107.pdf>
- García E. Abordaje enfermero a un paciente intervenido por Gangrena de Fournier [Trabajo Fin de Grado]. Murcia: UCAM;2021. Disponible en: <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/4982/Elena%20Garc%C3%ADa%20Roden%C3%A1s.pdf?sequence=1>



ABORDAJE ENFERMERO EN LOS CUIDADOS DE UNA GANGRENA DE FOURNIER

Rivero Romero, A; Nieto González, N. Servicio de Urología Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra). C.P.27

INTRODUCCIÓN

La gangrena de Fournier es una infección potencialmente letal y poco frecuente que afecta a la zona genital, perineo y región perianal. La incidencia en nuestro servicio suele ser de cinco o seis casos anuales. En el presente trabajo se expone un caso clínico de un paciente atendido en el Servicio de Urología del HAC durante los meses de abril y mayo de 2024.

MATERIAL Y MÉTODOS

Seguimiento → 30 días → paciente con Gangrena de Fournier. Acude a urgencias el 28/03/24 por dolor testicular.



65 años, fumador, DM2 (ADO), HTA y un Flutter ablacionado. En un primer momento se realiza intervención quirúrgica por urología (orquiectomía y desbridamiento); siendo necesarias tres limpiezas quirúrgicas posteriores. Lo recibimos en planta de urología el 11/04 donde realizamos una valoración inicial y un plan de cuidados individualizado.

Patrón 1: Percepción – manejo de salud: El paciente necesita ayuda para seguir los cuidados y tratamiento médico. Gracias al trabajo en equipo de todo el personal (enfermería, TCAE, celadores...) el paciente logra su independencia al alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE

Gangrena de Fournier, atención de enfermería, enfermería de práctica avanzada

Patrón 2: Nutricional:

IC a endocrinología: inicia alimentación progresiva y suplementación por riesgo de desnutrición.



Patrón 3: Eliminación:



Patrón 4: Actividad – ejercicio: Limitado debido a la inmovilización de los primeros días. Se fomenta la sedestación precoz a sillón y posteriormente la deambulación. Servicio de fisioterapia → diariamente.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Desorientación temporoespacial los primeros días.

Servicio de psiquiatría → ajuste de tratamiento → buen estado de consciencia y orientación.

Dolor intenso durante la realización de las curas (EVA: 8).

Primeros días en planta → PCA de levobupicaína y fentanilo a 3ml/h; precisando bolos durante la realización de las curas. Una vez retirada, se administra dolantina sc según necesidad.

En cuanto a los cuidados realizados durante el proceso de hospitalización nos centramos en la cura de la herida. La lesión en los genitales y la región anal era muy exudativa, necesitaba curas por turno debido a la saturación de los apósitos.

Los primeros días, nos centramos en desbridamiento enzimático. Para ello, se realizaba limpieza con fomentos de Granudacyn (potente antimicrobiano) durante 15-20 minutos + Aquacel + compresas + mepores.

Tras última IQ, las curas se realizarán con urgotul cada 48 horas.

RESULTADOS

Fue intervenido por el servicio de cirugía plástica el 14/05/2024 realizando cobertura con injertos cutáneos. A partir de este momento, las curas se realizaban cada 48h con betatul.

Finalmente, consiguiendo la epitelización completa de la herida fue dado de alta el 23/05/2024, tras una evolución favorable.

DISCUSIÓN

Es importante un abordaje temprano para esta patología y así obtener resultados satisfactorios. Asimismo, el trabajo en equipo y una buena coordinación entre el equipo multidisciplinario ha sido clave durante el proceso de hospitalización del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Mondragón-Gómez S., Jiménez-Utrilla J. Proceso de atención de enfermería a pacientes con gangrena de Fournier. Elsevier [Internet]. 2013; 10(2): 58-66. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1865706313726307>
 Delgado E.V., Molina A., Pastor P., López S., García A.B., Pisonero M. Gangrena de Fournier: una urgencia urológica. Caso Clínico. RSI [Internet]. 2024; 5(5). Disponible en: <https://revistasanbarcelonainvestigacion.com/gangrena-de-fournier-una-urgencia-urolologica-caso-clinico/>
 Flores-Gálvez K.P., Acosta C.A., Guzmán G. Gangrena de Fournier. Cirujano General [Internet]. 2021; 43(2): 107-114. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v43n2/1605-2098-cg-43-02-107.pdf>
 García E. Abordaje enfermero a un paciente intervenido por Gangrena de Fournier [Trabajo Fin de Grado]. Murcia: UCAM;2021. Disponible en: <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/4082/Elena%20Garc%C3%ADa%20Rodenas.pdf?sequence=1>



CONCLUSIÓN

Se consiguió mantener el lecho de la herida en condiciones óptimas que facilitaron la posterior intervención por parte del servicio de cirugía plástica, al igual que el control del dolor del paciente durante la realización de las curas.

El paciente logra un patrón de eliminación normal al alta, sin colostomía ni sonda vesical.

En cuanto al patrón nutricional, precisa continuar con suplementos en el domicilio.

Tras la estancia hospitalaria, el paciente logra la autonomía necesaria para las ABVD.

Incidencia de disreflexia autonómica y evaluación del conocimiento enfermero en un centro de neurorrehabilitación

Maria Caminal Araujo mcaminal@guttmann.com, Elena Hernández Pena, Montse Morcillo

Instituto Guttmann. Hospital de Neurorrehabilitación

Resumen

Introducción

La disreflexia autonómica (DA), es una respuesta exagerada del sistema nervioso autónomo desencadenada por estímulos infralesionales en personas con lesión medular (LM) $\geq$ T6, puede ser mortal si no se interviene de inmediato. Este estudio retrospectivo en un centro de neurorrehabilitación cuantifica la incidencia de DA (2023-2024) y evalúa la competencia del equipo clínico, resaltando la necesidad de formación y detección precoz.

Objetivos

- Determinar la incidencia de DA en pacientes con lesión medular atendidos en nuestro centro en 2023 y 2024.
- Analizar el conocimiento, experiencia y percepción de seguridad de las enfermeras sobre el abordaje clínico de la DA.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo en la unidad de lesión medular, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con lesión medular ($\geq$ T6) atendidos entre 2023 y 2024, registrando episodios de disreflexia autonómica (DA). Además, se realizó una encuesta anónima al personal de enfermería para evaluar su conocimiento, formación y experiencia en su manejo.

Resultados

250 pacientes con LM $\geq$ T6 fueron atendidos en 2023-2024 (edad media 44,6 años; 78 % varones).

El 34,4 % presentó un episodio de DA; el 54,7 % ocurrió durante la hospitalización, el 23,3 % en consultas externas y el 22,1 % durante estudios urodinámicos.

De 57 respuestas (66 %), el 18 % no identificó pacientes con riesgo de DA y el 26 % reportó escasa o nula experiencia práctica. El 25 % se siente inseguro en su manejo, y el 75 %, bastante o muy seguro.

Conclusiones

Los hallazgos indican que la DA durante el periodo evaluado afecta a más de un tercio de los pacientes con LM $\geq$ T6, lo que implica mantener una actitud expectante frente a este grupo.

El 25 % de los encuestados se siente inseguro en el manejo, lo que resalta la necesidad de formación específica para una detección y actuación eficaces.

Palabras clave: Disreflexia autonómica. Lesión medular espinal. Neurorrehabilitación. Urodinamia. Enfermería.

Bibliografía

- Adegeest, C. Y., van Gent, J. A. N., Stolwijk-Swüste, J. M., Post, M. W. M., Vandertop, W. P., Öner, F. C., Peul, W. C., & Wengel, P. V. T. (2022). Influence of severity and level of injury on the occurrence of complications during the subacute and chronic stage of traumatic spinal cord injury: A systematic review. *Journal of Neurosurgery. Spine*, 36(4), 632-652. <https://doi.org/10.3171/2021.7.SPINE21537>
- Bataller, W. P., Powell, L. E., Gerdes, A., Miskella, J., & White, C. (2025). Readability assessment of patient education materials on autonomic dysreflexia. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/10790268.2024.2448040>
- Dens Higan, J., Burns, K., Smith, G., & Solinsky, R. (2025). Correlating autonomic physiology with symptoms of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1002/pmrj.13295>

- Krogh, S., Jønsson, A. B., Vibjerg, J., Severinsen, K., Aagaard, P., & Kasch, H. (2020). Feasibility and safety of 4 weeks of blood flow-restricted exercise in an individual with tetraplegia and known autonomic dysreflexia: A case report. *Spinal Cord Series and Cases*, 6(1), 83. <https://doi.org/10.1038/s41394-020-00335-9>
- Markić, D., Minić, Ž., Šimičić, J., Kuljanić, K., Strčić, J., Bonifačić, D., Sušan, I. M., Jakšić, A., Sveško Visentin, H., Ehrman, R., & Marinović, M. (2025). On-Line Survey About Autonomic Dysreflexia in Individuals with Spinal Cord Injury in Croatia. *Journal of Clinical Medicine*, 14(3), 670. <https://doi.org/10.3390/jcm14030670>
- Palanjian, R., Welk, B., Myers, J. B., Lenherr, S. M., Elliott, S. P., O'Dell, D., & Stoffel, J. T. (2025). Impact of Bladder Management Strategies on Autonomic Dysreflexia Severity in People With Spinal Cord Injuries. *Neurourology and Urodynamics*, 44(4), 754-759. <https://doi.org/10.1002/nau.70002>
- Pavese, C., & Kessler, T. M. (2023). Prediction of Lower Urinary Tract, Sexual, and Bowel Function, and Autonomic Dysreflexia after Spinal Cord Injury. *Biomedicines*, 11(6), 1644. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11061644>
- Walter, M., Krassioukov, A. V., & Nightingale, T. E. (2025). Managing autonomic dysreflexia during urological care in individuals living with spinal cord injury. *Nature Reviews. Urology*. <https://doi.org/10.1038/s41585-025-01026-6>
- West, C. R., Crawford, M. A., Laher, I., Ramer, M. S., & Krassioukov, A. V. (2016). Passive Hind-Limb Cycling Reduces the Severity of Autonomic Dysreflexia After Experimental Spinal Cord Injury. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 30(4), 317-327. <https://doi.org/10.1177/1545968315593807>



INCIDENCIA DE DISREFLEXIA AUTONÓMICA Y EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO EN UN CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN

Maria Caminal, Elena Hernández, Montse Morcillo. INSTITUT GUTTMANN. C.P.28

1 INTRODUCCIÓN

La disreflexia autonómica (DA), es una respuesta exagerada del sistema nervioso autónomo desencadenada por estímulos infralesionales en personas con una lesión medular (LM) $\geq T6$, puede ser mortal si no se interviene de inmediato. Este estudio retrospectivo en un centro de neurorrehabilitación cuantifica la incidencia de DA (2023-2024) y evalúa la competencia del equipo clínico, resaltando la necesidad de formación y detección precoz.

2 OBJETIVOS

- Determinar la incidencia de DA en pacientes con LM $\geq T6$
- Analizar el conocimiento y experiencia del equipo de enfermería

3 METODOLOGÍA

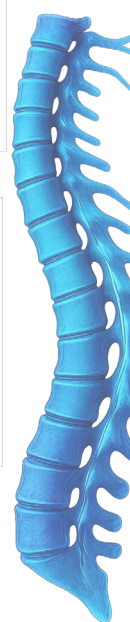
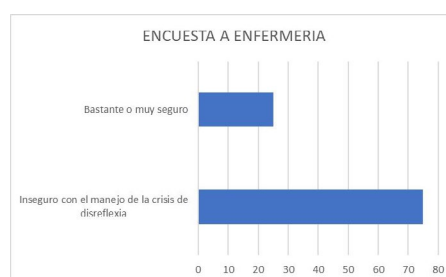
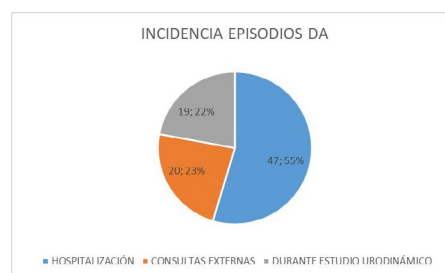
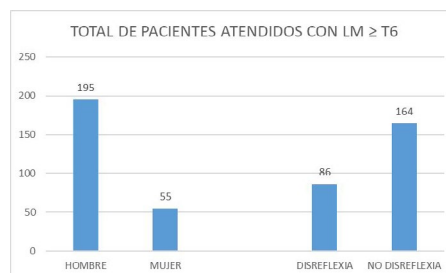
- Estudio retrospectivo 2023-2024
- Revisión de historias clínicas
- Encuesta a personal enfermero (66 % de respuestas)

4 CONCLUSIONES

Los hallazgos indican que la DA durante el periodo evaluado afecta a más de un tercio de los pacientes con LM $\geq T6$, lo que implica mantener una actitud expectante frente a este grupo.

El 25 % de los encuestados se sienten inseguros en el manejo de la disreflexia, lo que resalta la necesidad de formación específica para una detección y actuación eficaces.

4 RESULTADOS



REFERENCIAS

- Battaller, W. P., Powell, L. E., Gerdes, A., Miskella, J., & White, C. (2025). Readability assessment of patient education materials on autonomic dysreflexia. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/10790268.2024.2448040>
- Dens Higan, J., Burns, K., Smith, G., & Solinsky, R. (2025). Correlating autonomic physiology with symptoms of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1002/pmrj.13295>
- Krogh, S., Jonsson, A. B., Vibiorg, J., Severinsen, K., Aagaard, P., & Kasch, H. (2020). Feasibility and safety of 4 weeks of blood flow-restricted exercise in an individual with tetraplegia and known autonomic dysreflexia: A case report. *Spinal Cord Series and Cases*, 6(1), 83. <https://doi.org/10.1038/s41394-020-00335-9>
- Palanjan, R., Welk, B., Myers, J. B., Lenherr, S. M., Elliott, S. P., O'Dell, D., & Stoffel, J. T. (2025). Impact of Bladder Management Strategies on Autonomic Dysreflexia Severity in People With Spinal Cord Injuries. *Neurology and Urodynamics*, 44(4), 754-759. <https://doi.org/10.1002/nuu.20002>
- Pavese, C., & Kessler, T. M. (2023). Prediction of Lower Urinary Tract, Sexual, and Bowel Function, and Autonomic Dysreflexia after Spinal Cord Injury. *Biomedicine*, 11(6), 1644. <https://doi.org/10.3390/biomedicine11061644>
- Walter, M., Krassioukov, A. V., & Nightingale, T. E. (2025). Managing autonomic dysreflexia during urological care in individuals living with spinal cord injury. *Nature Reviews. Urology*. <https://doi.org/10.1038/s41585-025-01026-6>

Institut
Guttmann

65 ANIVERSARI
1965-2025

Terapia de vacío en herida quirúrgica

Seoane Rubio, Judit, Valladares Peñalba, Agurtzane, Abasolo Lucas, Itziar, Rodriguez Diez, Virginia, Ulayar Godoy, Amaia, Martinez Tobalina, Marta

DUEs Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, 1ºD Urología-Nefrología

Resumen

Introducción

La infección de una herida quirúrgica supone un reto terapéutico importante. Actualmente, la Terapia de Presión Negativa (TNP) es uno de los tratamientos de elección que ayuda en la sanación de heridas quirúrgicas complejas mediante la aplicación de presión subatmosférica. Es un sistema activo y no invasivo; esta herramienta es esencial especialmente en pacientes sometidos a trasplantes renales no solo optimizando la cicatrización, sino reduciendo complicaciones como infecciones y dehiscencias.

Material y método

Se realizó una revisión de literatura publicada entre 2015 y 2025 incluyendo las palabras clave, utilizando las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet y Medline.

Resultados

La TNP tiene múltiples efectos beneficiosos en la cicatrización de heridas. Sin embargo, no se ha demostrado clínicamente su superioridad sobre las técnicas convencionales.

Discusión

Pese a que los resultados bibliográficos no reconocen una gran diferencia entre la TPN y los apósitos convencionales, el personal de enfermería ve grandes ventajas: acortamiento de la estancia hospitalaria, menor lesión de la piel perilesional, ya que el apósito puede permanecer de dos a cinco días sin levantar, y la implicación del paciente en su proceso de curación.

Conclusión

La TNP se presenta como una intervención altamente efectiva en el manejo de heridas quirúrgicas, ofreciendo beneficios que optimizan el proceso de cicatrización: promueve la regeneración del tejido en un 43% consiguiendo su completa cicatrización en un 93%, reduce el riesgo de infecciones y dehiscencias en un 12,5% con la TNP frente a un 43,8% con apósito convencional, asimismo acelera la recuperación reduciendo el tiempo de asistencia del paciente. Además, su implementación requiere un enfoque multidisciplinario, donde el rol de la enfermera en su aplicación, supervisión y educación es fundamental para garantizar su éxito y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Terapia de vacío. Herida quirúrgica y trasplante renal.

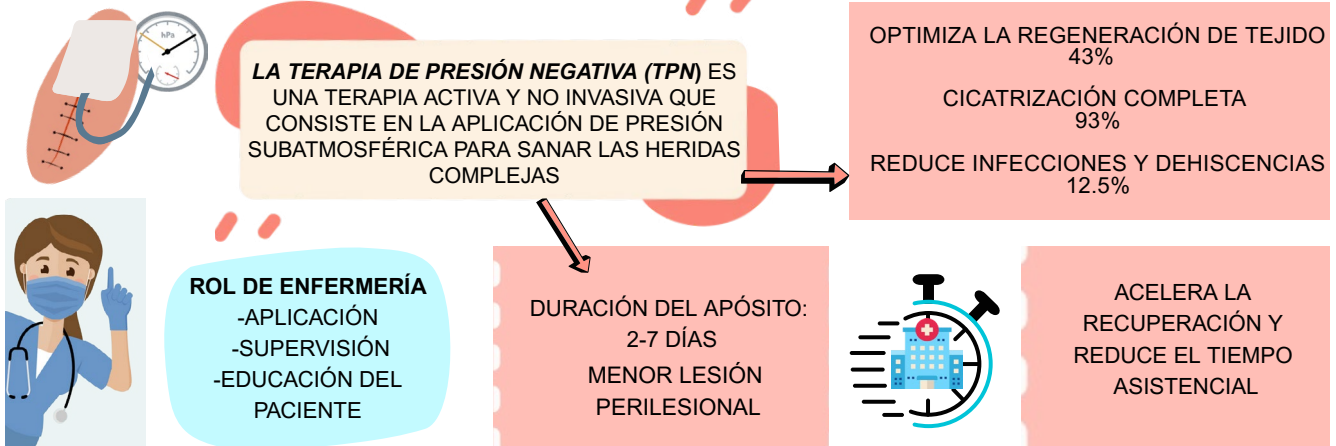
Bibliografía

1. Poteet SJ, Schulz SA, Povoski SP, Chao AH. Negative pressure wound therapy: device design, indications, and the evidence supporting its use. *Expert Rev Med Devices*. 2021 Feb;18(2):151-160. doi: 10.1080/17434440.2021.1882301. PMID: 33496626.
2. Chetter I, Arundel C, Martin BC, Hewitt C, Fairhurst C, Joshi K, et al. Negative pressure wound therapy versus usual care for surgical wounds healing by secondary intention (SWHSI-2trial): study protocol for a pragmatic, multicentre, cross surgical specialty, randomised controlled trial. *Trials*. 2021 Oct 25;22(1):739. doi: 10.1186/s13063-021-05662-2. PMID: 34696784.
3. Negative pressure wound therapy [Internet]. UpToDate; [cited 2025 Apr 27]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/negative-pressure-wound-therapy?search=vacuum%20therapy%20&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10#H24
4. Negative pressure wound therapy and healing [Internet]. *J Vasc Bras*. [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.002816>
5. Tratamiento de heridas por presión negativa [Internet]. Dialnet. [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7501266>
6. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, McGuirt W. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg*. 1997 Sep;38(6):553-62. PMID: 14513235.
7. Takahashi H, Takeda S, Tanaka Y, Shibata R, Ito H, Kurahashi S, Mitsuya S, Murakami H. Effectiveness of specific single-use incisional negative pressure wound therapy (PICO system) after major lower extremity amputation. *Int J Low Extrem Wounds*. 2025 Mar;24(1):130-134. doi: 10.1177/15347346231221116.



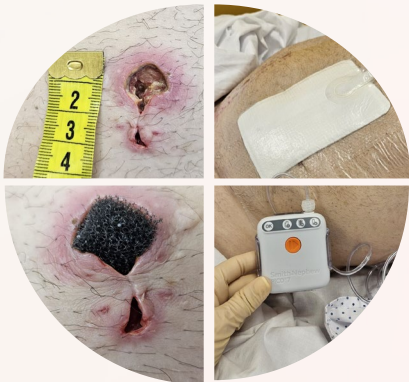
TERAPIA DE VACÍO EN HERIDAS QUIRÚRGICAS

Autores: Seoane Rubio, Judit; Valladares Peñalba, Agurtzane; Abasolo Lucas, Itziar; Rodríguez Díez, Virginia; Ulayar Godoy, Amaia; Martínez Tobalina, Marta.
DUE, Urología y Nefrología, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo



HERIDA QUIRÚRGICA CON DEHISCENCIA EN TRASPLANTE RENAL

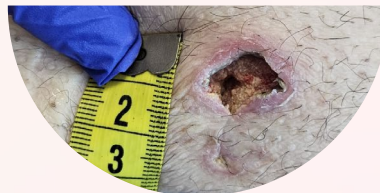
DÍA 0
INICIO DE TERAPIA CON ESPONJA DE POLIURETANO



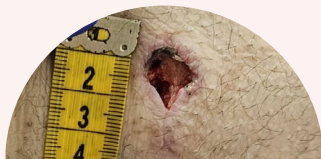
DÍA 14
CAMBIO DE ESPONJA POR GASA



DÍA 7



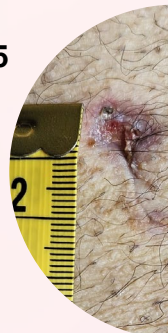
DÍA 21



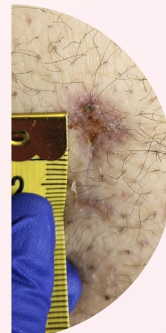
DÍA 28



DÍA 35



DÍA 42
CIERRE COMPLETO DE HERIDA



BIBLIOGRAFÍA



CONSENTIMIENTO PACIENTE



Gurutzeta Ospitalea
Hospital Cruces



BPSO
ESPAÑA/EBERDIA



Organization Accredited
by Joint Commission International



Osakidetza
EZKERRALDE ENKARTERRI GURUTZETAKO ESI
OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES

smith&nephew

Esterilización versus desinfección de alto nivel en cistoscopios

Revisión bibliográfica de la evidencia y variabilidad en la práctica hospitalaria

M. García Malo, E. Domínguez Verde, J. Díez Robles

Hospital Universitario Ramón y Cajal

Resumen

Introducción

Con motivo de la renovación de los equipos utilizados en nuestro centro para la desinfección de cistoscopios, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿es más adecuado realizar una desinfección de alto nivel o proceder a una esterilización? Para abordar esta cuestión, se consultaron diferentes centros hospitalarios, observándose una notable variabilidad en los protocolos empleados y una ausencia de consenso respaldado por evidencia científica. Esta situación nos llevó a realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar la evidencia disponible sobre las mejores prácticas en el reprocesamiento de cistoscopios.

Material y método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, CINAHL, LILACS y Enfispo. Se utilizaron descriptores en inglés y español, combinados con operadores booleanos: *"cystoscopie" OR "cystoscopy" AND "sterilization" OR "high-level disinfection"*. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años, en inglés o español, que abordaran el reprocesamiento de cistoscopios flexibles.

Resultados

La búsqueda sistemática arrojó un número muy limitado de publicaciones directamente relacionadas con la comparación entre esterilización y desinfección de alto nivel en el reprocesamiento de cistoscopios. La mayoría de los estudios encontrados abordaban el reprocesamiento de endoscopios en general, sin diferenciar específicamente los cistoscopios.

Discusión

La escasez de literatura específica sobre el reprocesamiento de cistoscopios pone de manifiesto una importante laguna en la evidencia científica. Esta falta de datos puede explicar la variabilidad observada entre centros hospitalarios y resalta la necesidad de estudios más específicos que orienten la práctica clínica.

Conclusión

La falta de evidencia concluyente impide establecer una recomendación clara. Es necesario promover investigaciones que permitan definir protocolos estandarizados basados en datos clínicos y microbiológicos. Mientras tanto, cada centro debe adaptar su práctica a sus recursos y contexto clínico.

Palabras claves: Cistoscopios. Esterilización. Desinfección de alto nivel.



ESTERILIZACIÓN VERSUS DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL EN CISTOSCOPIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA EVIDENCIA Y VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA HOSPITALARIA

García Malo, M; Domínguez Verde, E; Díez Robles, J; Hospital Universitario Ramón y Cajal; C.P.31

INTRODUCCIÓN

Con motivo de la renovación de los equipos utilizados en nuestro centro para la desinfección de cistoscopios, nos planteamos **¿es más adecuado realizar una desinfección de alto nivel o proceder a una esterilización?** Para abordar esta cuestión, se consultaron diferentes centros hospitalarios, observándose una notable variabilidad en los protocolos empleados y una ausencia de consenso respaldado por evidencia científica.



Esta situación nos llevó a realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar la evidencia disponible sobre las mejores prácticas en el mantenimiento de cistoscopios flexibles.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, CINAHL, LILACS y Enfispo. Se utilizaron descriptores en inglés y español, combinados con operadores booleanos: "cystoscopy" OR "cystoscopy" AND "sterilization" OR "high-level disinfection". Se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años, en inglés o español, que abordaran la limpieza y desinfección de cistoscopios flexibles.

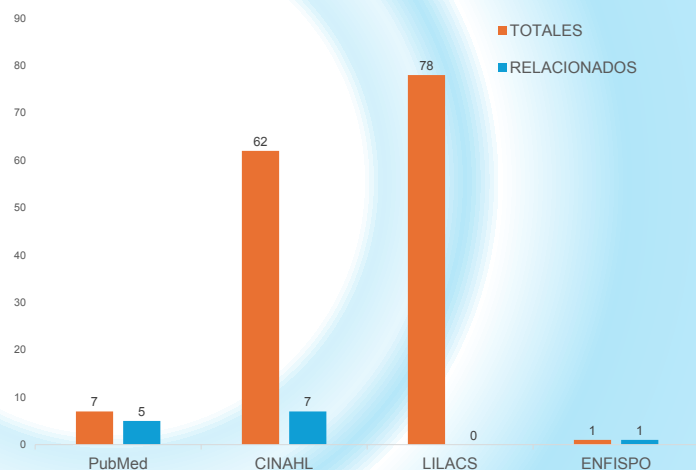
DISCUSIÓN

La escasez de literatura específica sobre la preparación para la reutilización de cistoscopios pone de manifiesto una importante laguna en la evidencia científica. Esta falta de datos puede explicar la variabilidad observada entre centros hospitalarios y resalta la necesidad de estudios más específicos que orienten la práctica clínica con base en resultados comparativos de eficacia, seguridad y coste.



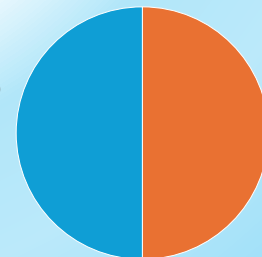
RESULTADOS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EN BASES DE DATOS



10 HOSPITALES

■ DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL
■ ESTERILIZACIÓN



CONCLUSIÓN

La revisión bibliográfica confirma la escasa evidencia científica específica sobre el reprocesamiento de cistoscopios, lo que dificulta establecer una recomendación clara entre desinfección de alto nivel y esterilización. Esta situación resalta la necesidad de investigaciones más enfocadas que permitan definir protocolos estandarizados basados en datos clínicos y microbiológicos sólidos. Mientras tanto, la elección del método debe considerar factores como el tipo de procedimiento, el riesgo de infección y los recursos disponibles en cada centro.



Análisis del impacto de una actividad formativa en el manejo de mitomicina-C

Resumen

Introducción

Debido al manejo de Mitomicina-C tras RTU vesical, se elaboró un protocolo para evitar riesgos derivados de su manipulación, garantizando la seguridad del profesional y del paciente.

El objetivo del trabajo, fue evaluar el impacto de una intervención formativa, tras su implantación, en el conocimiento y práctica de un equipo de enfermería de hospitalización respecto al manejo seguro de la Mitomicina-C.

Material y método

Se optó por un estudio cuasi-experimental pre-post test, dirigido al equipo de enfermería de urología, mediante cuestionario ad hoc de 20 preguntas, con respuestas en escala Likert, enfocado en valorar el manejo seguro del fármaco. Se realizó una prueba t de Student de muestras dependientes, comparando los resultados obtenidos, previos y posteriores a una sesión formativa de 60 minutos.

Resultados

La comparación de resultados mediante t de Student, permitió evaluar el impacto de la formación con mejoras claras, encontrando una diferencia significativa en el manejo seguro de Mitomicina-C, actuación ante incidencias y percepción del riesgo (La desviación estándar se vio reducida de 2,91 a 0,80 tras la intervención ($t(19)=-2,71$, error estándar=0,56, $p=0,01$).

Discusión

Comparamos los resultados con estudios de intervención educativa sobre manejo del dolor, cuyos resultados muestran, que la media del conocimiento de enfermería aumentó tras el programa sobre el manejo del dolor y la percepción de estudiantes de enfermería en manejo seguro de medicamentos, los resultados animan a reevaluar cómo se brinda la seguridad y la calidad de la atención en las escuelas de enfermería. En ambos observamos la importancia de intervenciones formativas.

Conclusion

La formación específica tras la implantación de un protocolo mejora la seguridad en el manejo de Mitomicina-C, garantizando la protección del paciente y los profesionales ante exposiciones accidentales.

Palabras claves: Capacitación profesional. Mitomicina-C. Seguridad.

Bibliografía

1. Ortega-López Rosa M, Aguirre-González. Ma.E, Pérez-Vega María E, Aguilera-Pérez P, Sánchez-Castellanos Ma D, Arteaga-Torres J. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. CienciaUAT vol.12 no.2 Ciudad Victoria ene./jun. 2018 Medicina y ciencias de la salud. Consultado Abril 2025
2. Escandell-Rico FM Percepciones de los estudiantes de enfermería sobre la administración segura de medicamentos. Enferm. glob. vol.21 no.67 Murcia jul. 2022 Epub 19-Sep-2022. Consultado Abril 2025.
3. INSTRUCCIÓN N02/2019 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Fecha 29 de abril de 2019, por la que se dictan directrices para la seguridad en la manipulación de medicamentos peligrosos en el Servicio Extremeño de Salud.
4. NIOSH [2016]. NIOSH list of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings, 2016. By Connor TH, MacKenzie BA, DeBord DG, TroutDB, O'Callaghan JP. Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication Number 2016-161 (Supersedes 2014-138).
5. Servicio Madrileño de Salud, Atención Especializada. Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros. Comunidad de Madrid 2012. Consultado en febrero 2024. Accesible en: www.madrid.org/bvirtual/BVCM017377.pdf

6. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Medicamentos Peligrosos, medidas de prevención para su preparación y administración. Barcelona, septiembre 2016. Depósito Legal: M-30207-2016 (aquí habla de EPI)
7. Guías de buenas prácticas profesionales expuestos a agentes citostáticos. AMMTAS Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Febrero 2014
8. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHI), O.A.,M.P. Guía técnica para la utilización para los trabajadores de Equipo de Protección Individual. Madrid, febrero 2022. Depósito Legal: M-16620-2021
9. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHI), O.A.,M.P. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos o mutágenos en el trabajo. Madrid, agosto 2022. Depósito Legal: M-21789-2022
10. VV. AA. Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria. Medicamentos peligrosos N°6 Barcelona. Bayer Hispania SL,2016. ISBN:978-84-617-5254-6 DL B 21828-2016
11. ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA. CONSEJO GENERAL.RESOLUCIÓN N° 15/2018. Por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional enfermero en el ámbito de la consulta de enfermería de urología.
12. Herrerías Redondo, A; Franco Lozano, F.J; López Albiñana, L.I. Guía de cuidados de enfermería para la administración e instalación de mitomicina C. Revista médica y de enfermería Ocronos. ISSN n° 2603-8358. Depósito legal: CA-27-2019
13. Rodríguez A, Muniesa M, Gracia B, López S, Moral López M, Valls M, Padilla C, Esteve J. Importancia del equipo multidisciplinar en la eficacia de la instilación de mitomicina C postoperatoria inmediata. Revista ENFURO 2015.N° 129, pág 7-9. ISSN 2695-5172, ISSN-e 2695-5180.
14. Unda-Urzáiz M, Alonso-Herreros JM, Fernández-Gómez JM, GasparCarreño M, Cozar-Olmos JM, Cercós Lleti AC; en representación del Grupo de Trabajo de Medicamentos Peligrosos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Revisión de la evidencia sobre el manejo de medicamentos y productos peligrosos en los servicios de Urología; documento de consenso entre la Asociación Española de Urología y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Farmacia Hospitalaria. 2018; Vol. 42(N°5): pág.212-215.
15. RF. Velázquez-Macías, GE. Monroy-Bolaños. Eficacia de la terapia intravesical con mitomicina C en pacientes con carcinoma urotelial superficial de vejiga posterior a resección transuretral de tumor vesical y correlación sintomatológica con recidiva tumoral. Rev Mex Urol. 2017 julio;77(4):258-264. Versión on-line ISSN 2007-4085. Versión impresa ISSN 0185-4542
16. Virseda Rodríguez, Julio A. Tratamiento intravesical, efecto terapéutico y preventivo con fármacos antineoplásicos, mitomicina c en una sola dosis administrados en las primeras 24 horas de resección transuretral de vejiga superficial (carcinoma transicional de vejiga ta-tl de bajo y alto grado). EUCTR2009-010579-26-ES. Disponible en: <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=EUCTR2009-010579-26-ES>
17. Mazón García, A. Actuación y técnica de enfermería en la instilación de mitomicina en el post operatoria de tumor de vejiga no musculo invasor. Caso práctico. Revista electrónica de Portales Médicos.com. 2021 Vol XVI, n°8,429. ISSN 1886-8924
18. Manual Medicamentos Peligrosos Area de salud de caceres 2024.
19. Guía de buenas prácticas para trabajadores expuestos a citostáticos AMMTAS 2014, Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario.Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III.
20. Ortega-López Rosa M, Aguirre-González. Ma.E, Pérez-Vega María E, Aguilera-Pérez P, Sánchez-Castellanos Ma D, Arteaga-Torres J. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. CienciaUAT vol.12 no.2 Ciudad Victoria ene./jun. 2018.
21. Medicina y ciencias de la salud. Escandell-Rico FM Percepciones de los estudiantes de enfermería sobre la administración segura de medicamentos. Enferm. glob. vol.21 no.67 Murciajul. 2022 Epub 19-Sep-2022.
22. AEMPS (Agencia Española del Medicamento y producto Sanitario). Mitomicina-C. Polvo para solución inyectable o solución intravesical. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2021. Consultado en febrero 2024. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/p/81599/P_81599.html.pdf
23. Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón. Guía metodología para elaboración de protocolos basados en la evidencia. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Depósito legal: Z-2.586/09. Consultado en febrero 2024. Accesible en: <https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/guia-protocolo.pdf>



ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN EL MANEJO DE MITOMICINA-C

AUTORES: Sánchez Fernández R; Álvarez Torres S; Borrega Hernández N; Corcobado Márquez MM; Jiménez Barroso AM; Servicio de Hospitalización de Urología/Digestivo. Hospital Universitario de Cáceres

PALABRAS CLAVE: Capacitación profesional, Mitomicina-C, Seguridad.

C.P. 32

INTRODUCCION

La Mitomicina C es un medicamento citostático indicado en el cáncer superficial no músculo invasivo de vejiga, tras resección transuretral vesical. Para su manejo(preparación, administración y retirada de los residuos generados), se realizó un protocolo(2024) que garantizase la seguridad del profesional, del paciente y del entorno, e indicaciones de actuación ante incidencias. En base a este protocolo, y para su implantación, se realizó formación presencial para hacerlo extensivo a todo el equipo de enfermería.

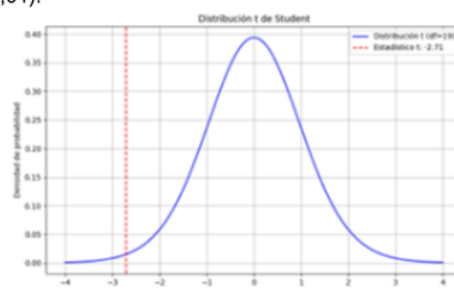
El *objetivo* del estudio fue, evaluar la repercusión de la intervención formativa en el conocimiento y práctica del equipo de enfermería del servicio de hospitalización de urología, respecto al manejo seguro del medicamento.

MATERIAL Y MÉTODO

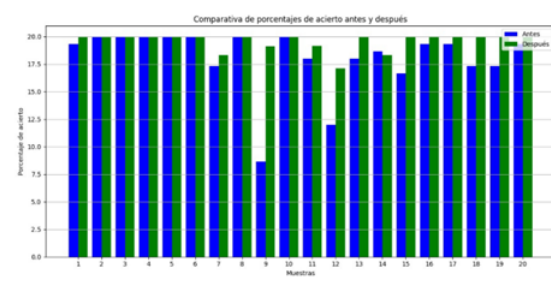
1. Diseño del estudio: cuasiexperimental. Comparación pre-post intervención.
2. Desarrollo de un cuestionario ad hoc anónimo de 20 preguntas, con respuestas en escala Likert, enfocado en valorar los conocimientos y riesgos del fármaco para su manejo seguro. Obtención de resultados del primer test.
3. 4 intervenciones formativas de 60 minutos, para captación de todo el equipo de enfermería, realizadas dentro de la jornada laboral.
4. Post-test, en el que se incluyeron varias preguntas para valorar, además, la importancia de la formación, la seguridad percibida por los profesionales y las observaciones que creyesen necesarias relacionadas con el manejo seguro.
5. Se hallaron las puntuaciones medias obtenidas en ambos tests, en cada una de las 20 preguntas, antes y después de la formación (20 pares de medias).
6. Se realizó una prueba t de Student (Phyton) de muestras dependientes sobre 20 pares de medias y se compararon.

RESULTADOS

La comparación de resultados del rendimiento global en cada pregunta, mediante t de Student, permitió evaluar el impacto de la formación con mejoras claras, encontrando una diferencia significativa (La desviación estándar se vio reducida de 2,91 a 0,80 tras la intervención($t(19)=-2,71$, error estándar=0,56, $p=0,01$).



Las preguntas con mayor índice de mejora tras la intervención formativa, estaban relacionadas con la Sección 3(-Seguridad y manejo de residuos, y Sección 4(-Reacciones adversas y complicaciones) del cuestionario.



DISCUSIÓN

Comparamos los resultados obtenidos en nuestro equipo, con estudios de intervención educativa sobre manejo del dolor, que muestran, aumento en la media del conocimiento de enfermería tras un programa sobre el manejo del dolor, y la percepción de estudiantes de enfermería en manejo seguro de medicamentos, los resultados animan a reevaluar cómo se brinda la seguridad y la calidad de la atención en las escuelas de enfermería. En ambos observamos la importancia de realizar intervenciones formativas, lo que concuerda con nuestros resultados.

CONCLUSION

La formación específica tras la implantación de un protocolo, mejora la seguridad en el manejo de Mitomicina-C, garantizando la protección del paciente y los profesionales, ante exposiciones accidentales. Recomendamos realizar la formación en otras unidades donde se maneje el medicamento(Consultas Externas y Unidad de Corta Estancia), así como formaciones periódicas para hacerlo extensivo al personal de nueva incorporación.

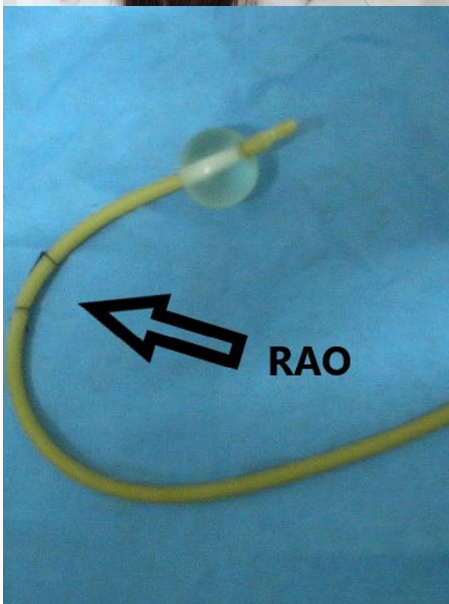
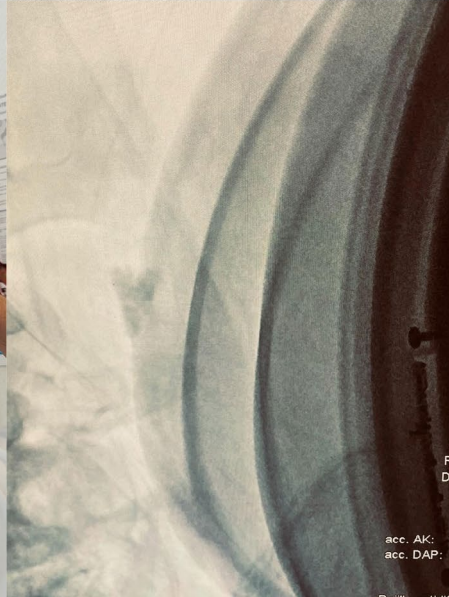
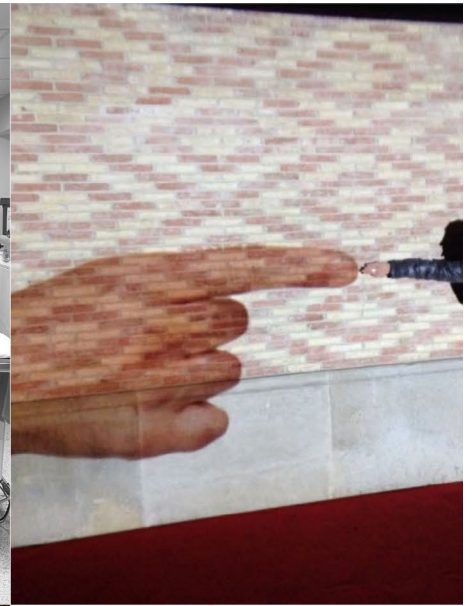


SCAN ME

BIBLIOGRAFIA

XLII Congreso AEEU - Bilbao - II Concurso de fotografía





Manuel R. Bernal Pacheco, una vida dedicada a la enfermería y la urología



Debido al manejo de Mitomicina-C tras RTU vesical, se elaboró un protocolo para evitar riesgos derivados de su manipulación. En el panorama de la enfermería urológica española, hay nombres que resuenan con una dedicación y un compromiso excepcionales. Uno de ellos es, sin duda, Manuel R. Bernal Pacheco, una figura cuya trayectoria profesional y académica refleja una constante búsqueda de la excelencia, siempre con el foco puesto en el paciente y el avance de la disciplina.

Recientemente, Manuel ha concluido una etapa significativa como Presidente de la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU), cargo que ostentó desde septiembre de 2021 hasta mayo de 2025. Un periodo en el que su liderazgo ha sido clave para impulsar los proyectos de la Asociación y consolidar su papel en el ámbito nacional.

Su día a día profesional se desarrolla principalmente en Málaga, donde está adscrito al Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV), combinando esta labor con su implicación en el Grupo USC Urólogos del Hospital Quirón Salud Málaga. En el HUVV, su influencia es palpable, no solo como miembro electo de la Junta de Enfermería y de la Comisión de Protocolo e Investigación, sino por su demostrada capacidad en la gestión de equipos.

Manuel encarna la figura del enfermero experto. Sus funciones abarcan desde la docencia y la formación de nuevas generaciones de profesionales —ejerciendo como tutor clínico de EIR Comunitaria en la rotación de Cuidados Ambulatorios— hasta una participación activa en la investigación, siendo integrante de múltiples grupos de trabajo científicos y colaborando en proyectos sobre urología funcional. Es un firme creyente en la necesidad de la evidencia para transformar la práctica clínica.

Uno de sus mayores compromisos se manifiesta en la atención directa al paciente. Es el responsable de la valoración, seguimiento y evaluación de aquellos sujetos a programas de reeducación vesical e intestinal, así como en el manejo de la incontinencia urinaria y fecal. Consciente de la importancia de empoderar a los pacientes, ha sido el promotor de la Escuela de Pacientes con incontinencia urinaria y un decidido impulsor del programa paciente activo/experto en el HUVV, reflejando su profunda convicción en una relación terapéutica horizontal entre pacientes y profesionales de la salud.

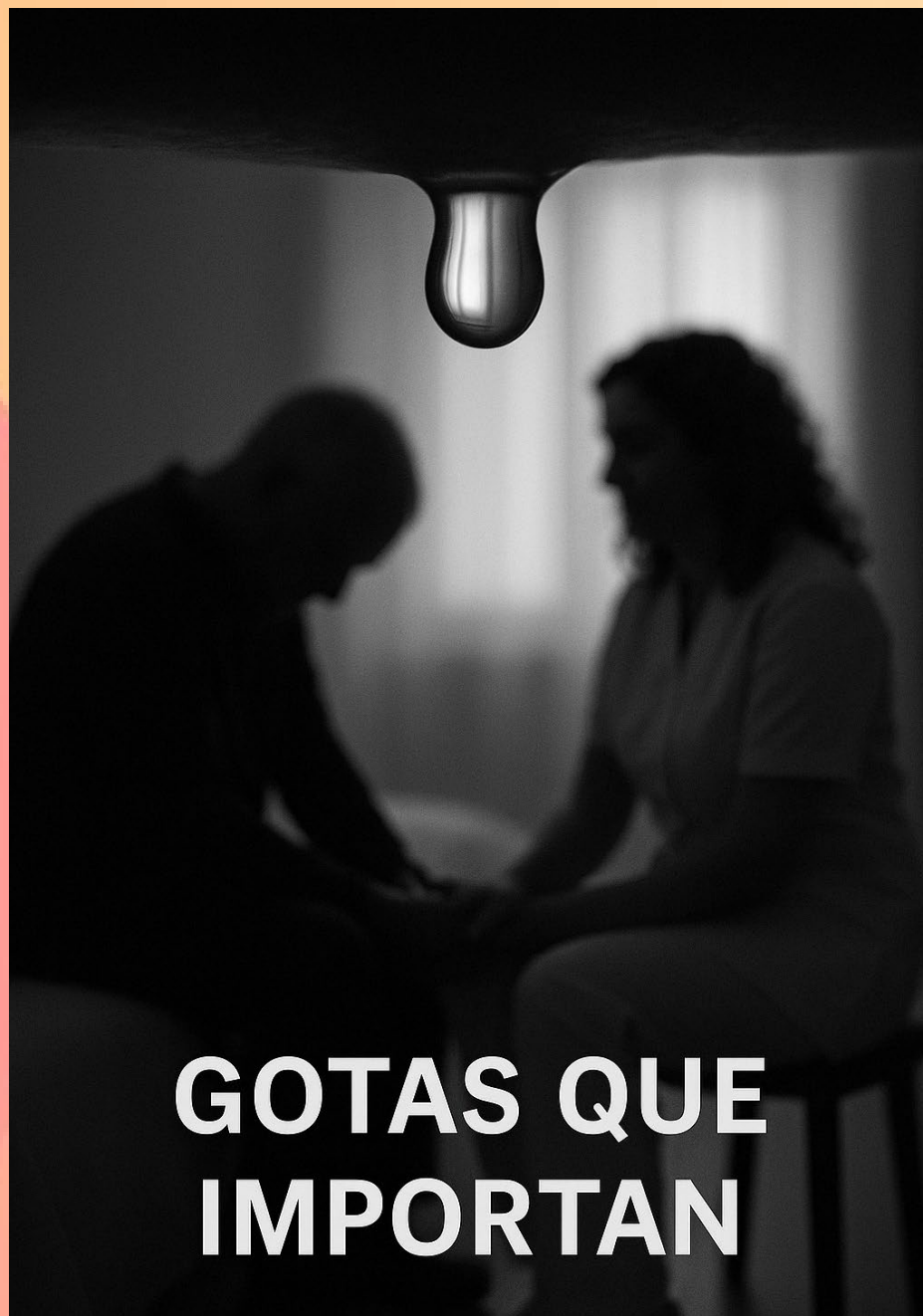
Detrás de este perfil profesional tan completo, se esconde una trayectoria académica sólida y diversificada. Desde su titulación como Enfermero por la Universidad de Sevilla (1998-2001), Manuel ha apostado por la formación continua, especializándose en áreas clave como la Hemodiálisis (Experto Universitario, Universidad de Málaga, 2004) y la Gestión de Cuidados (Experto Universitario, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010). Más recientemente, ha profundizado en la urología con un Máster en Enfermería Urológica (Universidad Francisco de Vitoria, 2018), un Diploma de Especialización en Metodología Urodinámica (Universidad de Salamanca, 2020) y un Máster en Urología Funcional Femenina y Urodinámica (Universidad de Salamanca, 2021), culminando con un Experto Universitario en Disfunción Intestinal (Universidad Francisco de Vitoria, 2022). Su visión de la salud también integra el futuro, con un Máster en Salud Digital (Universidad Europea Miguel de Cervantes, 2020).

Manuel R. Bernal Pacheco es, en definitiva, un referente en la enfermería urológica, un líder, un formador y, sobre todo, un enfermero comprometido con la mejora constante de la calidad de vida de sus pacientes. Es un honor para ENFURO ponerle cara en este número.

Palabras suyas son:

"Las enfermeras latimos con fuerza dentro del sistema sanitario, tenemos que seguir potenciando y promoviendo nuestro rol. Busquemos la cohesión del colectivo y permanezcamos juntos. Sigamos adelante con motivación, ilusión y fuerza".





GOTAS QUE IMPORTAN

Gotas que importan | Fotografía ganadora
II Concurso de fotografía. XLII Congreso AEEU - Bilbao

Órgano oficial de

