

ALONSO FRÍAS MA, SÁNCHEZ TOVAR MD, CANOVAS TOMÁS MA, URGOITI BADIOLA A, PÉREZ RASTROJO A, PARDO LEAL AI.  
falta

# Manejo de los espasmos vesicales en una unidad de enfermería urológica

**Palabras clave:** espasmo vesical, dolor, urgencia miccional.

**Key words:** bladder spasm, pain, micturition emergency

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como eje analítico, el estudio de los espasmos vesicales en los pacientes urológicos ingresados durante los meses de Junio y Julio de 2005, en la Unidad de Hospitalización de Urología del Hospital Morales Meseguer de la Ciudad de Murcia, hospital público dependiente del Servicio Murciano de Salud.

La presencia de espasmos vesicales es uno de los principales problemas de enfermería en el postoperatorio de la cirugía urológica, debido tanto a la intervención en sí misma, como a la necesidad de portar catéter uretral permanente durante un periodo de tiempo determinado. Desde una perspectiva clínica entendemos el **espasmo vesical** como una contracción involuntaria del músculo detrusor de la vejiga, que tiene lugar de manera intermitente e impredecible y que cursa con *calambres abdominales*, *pérdida de orina* por perisonda, *urgencia de vaciar la vejiga* y *dolor*.

El **tratamiento** de los espasmos vesicales con la finalidad de disminuir el dolor, intensidad y frecuencia, tal como demuestran algunos estudios (Park, 2000; Chiang, 2005), ha sido llevado a cabo mediante la aplicación de ciertos analgésicos, tales como *Ketorolaco*, *Paracetamol*, *Codeína*, *Oxibutinina*..., así como mediante técnicas de relajación (Legarra, 2003).

En nuestra práctica diaria observamos que, en ocasiones, el *masaje abdominal* o el *lavado manual de la vejiga*, no eran suficientes para la disminución del dolor, ante la presencia de espasmos vesicales en los pacientes que portaban sonda vesical permanente. Preocupados por este tema, nuestra pretensión principal ha sido una aproximación al estudio de los espasmos vesicales, con el **objetivo** inicial de describir el manejo de los mismos en los pacientes que fracasaba el masaje abdominal y, de este modo, mejorar los cuidados de enfermería en el tratamiento de los espasmos vesicales en nuestra unidad.

## METODOLOGÍA

El estudio ha sido realizado mediante un diseño descriptivo prospectivo. Se incluyó en el mismo a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Urología portadores de sonda vesical, en los que fracasaba el masaje abdominal para disminuir el dolor, tras sufrir el espasmo. El estudio se realizó durante los meses de Junio y Julio de 2005, periodo durante el cual, los datos fueron recogidos a través de un cuestionario *ad hoc*, previa información al paciente. (Anexo I)

Estos datos fueron recogidos, siempre que fue posible, inmediatamente después de que el paciente sufriera cada espasmo vesical, demandando en ese momento la atención de enfermería para disminuir el dolor. Del mismo modo, en cada turno de trabajo, se realizó una encuesta a los pacientes con el fin de conocer si habían tenido espasmos vesicales y si éstos habían cedido de modo espontáneo o mediante masaje abdominal.

De otra parte, centramos también nuestro interés en conocer la intensidad del dolor sufrido tras los espasmos. Teniendo en cuenta que el dolor es siempre subjetivo, se pasó a los pacientes una Escala Visual Analógica del dolor (EVA), dado que dicha escala permite una determinación consistente en esa subjetividad.

La escala presenta una puntuación del 0 al 10, donde el 0 significa ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor posible. Así mismo, se mostraban diferentes expresiones faciales que se correspondían con dichas puntuaciones. Después de enseñar todo esto al paciente, se le pidió que pusiera una señal en la zona de la escala que, a su juicio, se correspondía con la intensidad del dolor sufrido durante los espasmos.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyó a 25 pacientes de los cuales el 96% eran varones, con una edad media de

## ANEXO I. ENCUESTA REALIZADA AL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA Y AL ALTA

REGISTRO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

PACIENTE INGRESADO POR:  CIRUGÍA  RETENCIÓN URINARIA  HEMATURIA  OTROS, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

TIPO DE SONDA Y CALIBRE:  2 VÍAS  Nº 18  Nº 20  ACODADA  SILICONA  
 3 VÍAS  Nº 18  Nº 22  SILICONA  
 RECTA  Nº 20  Nº 24  
 LATEX

¿EXISTEN PÉRDIDAS PERISONDA?  SI  NO

¿EL PACIENTE LLEVA LAVADO CONTINUO?  SI  NO

¿SE HA REALIZADO LAVADO MANUAL?  SI  NO

EL RESULTADO DEL LAVADO MANUAL HA SIDO:  SONDA OBTURADA  COÁGULOS IMPORTANTES  NINGUNO

EL DOLOR CEDIÓ CON:  MASAJE ABDOMINAL  ANALGESIA  ESPONTANEO

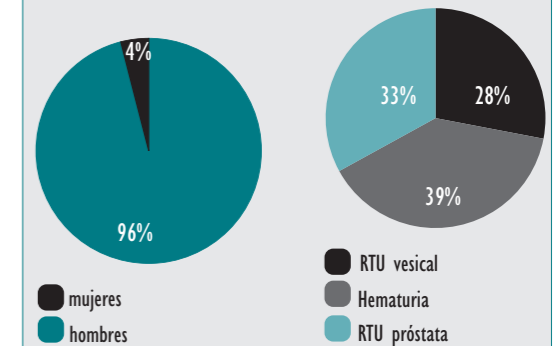
EN CASO DE HABER CEDIDO CON ANALGESIA, TIPO DE ANALGESIA:  NOLOTIL  ADOLOLITA  NIDORUFEN  OTROS, ESPECIFICAR CUAL: \_\_\_\_\_  
 BUSCAPINA COMPOSITUM  OTROS, ESPECIFICAR CUAL: \_\_\_\_\_  
 DITROMAN

¿AL ALTA, EN UNA ESCALA DE 0 A 10, SIENDO 0 UN DOLOR INSOPORTABLE Y 10 NO HABER SENTIDO DOLOR ALGUNO, PUNTEE EL NIVEL DE DOLOR QUE HA SENTIDO CON LOS ESPASMOS. MARQUE CON UN CÍRCULO: \_\_\_\_\_

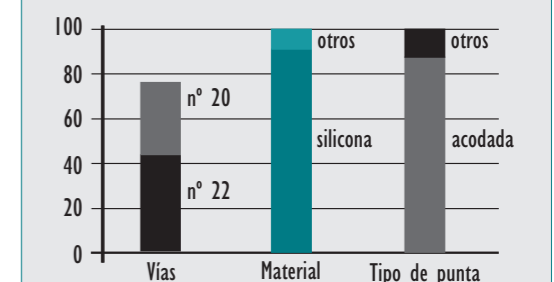
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## ANEXO II. RESULTADOS. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

n = 25 pacientes  
Edad media = 71,8 ± 9,4 años  
Estancia media = 6,7 ± 4,6 días



## ANEXO III. RESULTADOS. CARACTERÍSTICAS DE LOS SONDAJES



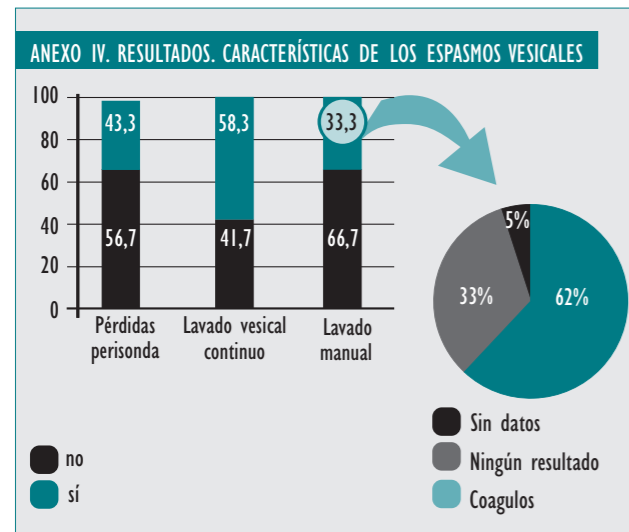
71,8 ± 9,4 años. Los principales motivos de ingreso fueron: Hematuria (28%), RTU de próstata (24%) y RTU vesical (20%). La estancia media fue de 6,7 ± 4,6 días. El número total de espasmos vesicales registrados fue de 60, siendo la media de espasmos vesicales por paciente de 2,4 ± 2,1 espasmos durante su estancia (sufriendo un solo espasmo el 48% de los pacientes). Sin embargo, el dolor medio manifestado por los pacientes fue de 6 ± 2,6 sobre 10. (Anexo II)

El 90% de las sondas vesicales utilizadas eran de tres vías siendo mayoritariamente del nº 22 (43%) y nº 20 (33%), de silicona (91,7%) y con punta acodada (88,3%) (Anexo III).

Dentro de los 60 espasmos vesicales estudiados, en el 56,7% no se produjeron pérdidas perisonda, en el 58,3% se mantenía lavado vesical continuo y en el 66,7% no se realizó lavado manual. Del 33,3% que se realizaron lavados manuales, en el 61,9% se obtuvieron coágulos importantes y en el 33,3% no se produjo ningún resultado. (Anexo IV)

En cuanto al dolor producido por los espasmos vesicales, fue solucionado en el 43,3% de las ocasiones con analgesia (nolotil 61,5% y buscapina compositum 15,4%), en el 41,7% cesó espontáneamente y en el 15% cesó tras el lavado manual. (Anexo V)

**DENTRO DE LOS 60 ESPASMOS VESICALES ESTUDIADOS, EN EL 56,7% NO SE PRODUCERON PÉRDIDAS PERISONDA, EN EL 58,3% SE MANTENÍA LAVADO VESICAL CONTINUO Y EN EL 66,7% NO SE REALIZÓ LAVADO MANUAL. DEL 33,3% QUE SE REALIZARON LAVADOS MANUALES, EN EL 61,9% SE OBTUVIERON COÁGULOS IMPORTANTES Y EN EL 33,3% NO SE PRODUJO NINGÚN RESULTADO**



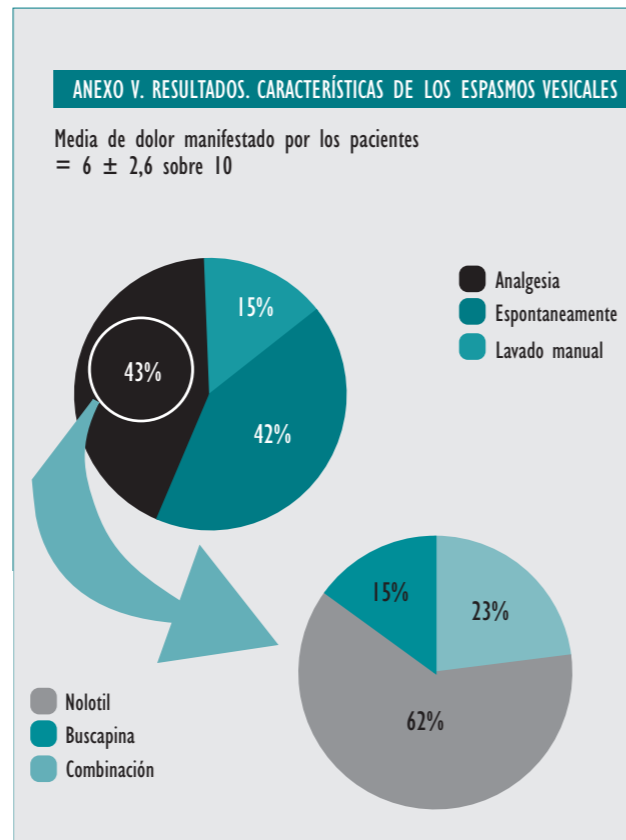
**LA INFORMACIÓN OBTENIDA A PARTIR DE LAS DIFERENTES VARIABLES ESTUDIADAS, NOS AYUDA Y ORIENTA PARA CONTINUAR CON EL DESARROLLO DEL ESTUDIO EN UN PERÍODO MÁS AMPLIO QUE NOS DÉ LA OPORTUNIDAD DE PROFUNDIZAR MÁS EN EL ESTUDIO DE DICHAS VARIABLES, Y ASÍ, MEJORAR NUESTRA PRAXIS ENFERMERA EN TORNO AL MANEJO DE LOS ESPASMOS VESICALES**

**DISCUSIONES**

Tras realizar esta primera aproximación al estudio de los espasmos vesicales y obtener los resultados, observamos que el número de los mismos sufridos por los pacientes no es elevado, no obstante, sí lo es el dolor manifestado por ellos.

La realización y el diseño propio de este estudio, nos lleva a poner nuestra atención tanto en los diferentes tratamientos analgésicos para paliar el dolor, así como en los diferentes cuidados enfermeros que los profesionales podemos prestar en el manejo de los espasmos vesicales (masaje abdominal, técnicas de relajación, lavado manual y continuo).

De este modo, la información obtenida a partir de las diferentes variables estudiadas (Anexo I), nos ayuda y orienta para continuar con el desarrollo del estudio en un período más amplio de tiempo, que nos dé la oportunidad de profundizar más en el estudio de dichas variables, y así, mejorar nuestra praxis enfermera en torno al manejo de los espasmos vesicales. ▼



**BIBLIOGRAFÍA**

CEA, M. (2001). *Metodología Cuantitativa. Estrategia y Técnicas de Investigación Social*. Madrid, Síntesis.

CHEN, Q. et al. (2004). "Tolterodine for bladder spasm caused by the indwelling catheter after prostate operation" en *Zhonghua Nan Ke Xue* 10(5):374-5.

CHIANG, D. et al. (2005). "Management of posoperative bladder spasm", en *Journal Pediatric Children Health* 41:56-58.

FERNÁNDEZ DEL BUSTO, E. y MARTÍNEZ DE IURRATEGUI, J. (2000). *Manual de Enfermería Urológica*. Valladolid, Universidad de Valladolid Secretariado de Publicaciones.

LEGARRA, S. et al. (1993). "Tratamiento de los espasmos vesicales mediante técnicas de relajación" en *Revista de la Asociación de Enfermería Urológica* 49:60.64.

PARK, J. et al. (2000). "Ketorolac Suppresses Postoperative Bladder Spasms After Pediatric Ureteral Reimplantation" en *Internacional Anestesia Research Society* 91(1):11-15.

PAULSON, D.F. (1978). "Oxybutynin chloride in control of post-urethral vesical pain and spasm" en *Urology* 11(3):237-238.

THOMSON, J.M. & LAUVETZ, R. (1976). "Oxybutynin in bladder spasm, neurogenic bladder and enuresis" en *Urology* 8(5):452-454.

WEIN, A.J. et al. (1978). "Effect of Oxybutynin Chloride of bladder spasms following transurethral surgery" en *Urology* 12(2):184-186

YATES, V. et al. (2004). "Bladder spasm following transurethral surgery" en *British Journal Perioper Nursing*. 14(6):259-264.



**En cualquier momento.  
En cualquier lugar.**

LoFric® Primo™ es la nueva alternativa para sondaje intermitente.

La sonda lleva incluida el agua, por lo que no es necesario buscar una fuente segura de agua. El envase es tan pequeño y flexible que se puede guardar hasta en un bolsillo. Y se puede abrir de muchas maneras diferentes, adaptándose a cada persona.

La Tecnología de Superficie Urotónica, disponible en todas las sondas LoFric, es el único sistema en el mundo que aporta la seguridad de un sondaje sin problemas a largo plazo. Es el único sistema que asegura que la fricción sea mínima tanto en la intraducción como en la retirada, para evitar las sorpresas cuando la retiras.



**LoFric® Primo™**

Sin concesiones

LoFric, LoFric Primo y la Tecnología de Superficie Urotónica son marcas registradas de AstraTech, una compañía del grupo AstraZeneca. AstraTech, S.A. Ciencias 73, Nave 9, R.I.Ltd. Redoxo CP908 L'Hospitalet de Llobregat, Tl. 93 264 35 40 Fax: 93 336 32 31 www.astratech.com