

GARCÍA MARTÍNEZ, M. J.; MONTES NIETO, I. M.; RAMOS SUÁREZ, J. M.; GONZÁLEZ CABRERA, S.; LUQUE GONZÁLEZ, I.; AVILÉS GARRIDO, Ó.
Servicio de Urología. Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología de los HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla

Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker). Estudio de un caso clínico

RESUMEN

Se exponen los cuidados enfermeros llevados a cabo en nuestro servicio en un caso de derivación urinaria con asa ileal, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, veinte días después. Se trata de un paciente de 63 años, diagnosticado de carcinoma vesical al que se le ha practicado una ureteroileostomía (Bricker). Se muestran, asimismo, las complicaciones postoperatorias más frecuentes que este tipo de intervenciones quirúrgicas suelen presentar. Tras la elaboración del correspondiente caso clínico se abordan los diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC), así como los cuidados enfermeros administrados, basados en el modelo de los once patrones funcionales de Majori Gordon. Por último se resalta el importante papel que tanto Enfermería Domiciliaria como Atención Primaria juegan tras el alta del paciente.

Palabras clave: Ureteroileostomía (Bricker), cistectomía radical, cáncer vesical, derivación urinaria. Cuidados enfermeros.

ABSTRACT

We expose nursing cares carried out in our service on a case of ileodiversion, from their hospitalization until discharge, twenty days later. It is a 63 years old patient, diagnosed by vesical carcinoma which was performed an ureteroileostomy (Bricker).

We also show post-intervention complications more prevalent among this kind of surgical interventions. After the clinical case elaboration, nursing diagnoses, outcomes criteria and intervention criteria, as well as administered nursing care are explained, based on the eleven functional patterns model of Majori Gordon.

It is also outstanding the important role of home-based nursing intervention and primary attention nursing plays after patient's discharge.

Keywords: ureteroileostomy (Bricker), radical cystectomy, bladder cancer, urinary diversion, nursing care.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVO

La alta incidencia y elevada prevalencia de casos de cáncer de vejiga, traducido ello en un creciente número de ingresos hospitalarios, hacen de esta patología un grave problema de salud pública. España es el primer país en incidencia de cáncer de vejiga y el segundo en mortalidad de Europa. Durante 2006 se produjeron 3.732 muertes por cáncer de vejiga en hombres y 781 en mujeres, siendo la tasa de mortalidad ajustada por la población europea de 12,96 en hombres y de 1,8 en mujeres por 100.000 habitantes, representando ello el 6% de las muertes por cáncer en hombres y el 2,1% en las mujeres durante dicho año. La edad media del fallecimiento fue de 72,5 años en varones y 74,5 años en mujeres¹.

En nuestro país, la incidencia más alta en los hombres se concentra en el suroeste (Cádiz y Sevilla), siendo los principales factores de riesgo conocidos el tabaco, la exposición a ciertos químicos (aminas aromáticas), exposición a ciertos carcinógenos profesionales (textil, caucho, aluminio...) y otros factores estudiados (DM, HTA, toma de anticonceptivos orales y otros).

Tras la cistectomía radical se plantea la necesidad de llevar a cabo una derivación urinaria, es decir, cambiar el curso

normal de la orina por donde normalmente discurre. Las técnicas de derivación han experimentado un notable empuje en las últimas décadas gracias a un mayor apoyo antibiótico y a una técnica quirúrgica más depurada. La derivación de la orina al intestino es un procedimiento con más de 150 años de vida, realizándose múltiples técnicas, anastomosando los uréteres al recto y al colon sigmoideo. Sería en los años 50 cuando Bricker deriva la orina a un segmento aislado del íleon, aportando como novedad fundamental lograr mantener separada la orina de las heces.

La ureteroileostomía tipo Bricker es la derivación urinaria más frecuente en Europa y consiste, pues, en aislar una porción de íleon para crear un «conducto ileal» al que se abocarán ambos uréteres. El extremo próximo de esta porción de íleon se cierra y el distal se lleva a la piel para construir un estoma protuyente a modo de pezón. Se presenta como un excelente método de derivación permanente en el adulto, con tasas de complicaciones muy aceptables y, aunque distorsiona la imagen corporal, protege de manera eficaz al riñón².

En nuestra Unidad de Gestión Clínica de Urología-Nefrología se ha realizado en el año 2009 un total de 28 intervenciones de cistectomías radicales, distribuidas del siguiente

modo: 19 ureteroileostomías (Bricker), 7 ureterosigmoidostomías y 2 neovejigas.

Nos planteamos como objetivo central de la presente comunicación mostrar la metodología seguida en nuestra unidad en relación a los cuidados enfermeros llevados a cabo en un paciente diagnosticado de cáncer vesical al que se le ha practicado una cistectomía radical con ureteroileostomía (Bricker). Se incide en la importancia que juega el personal de Enfermería Domiciliaria y de Atención Primaria, para evitar infecciones y, sobre todo, ayudar al paciente a sobrellevar psicológicamente este tipo de intervenciones quirúrgicas que alteran la propia imagen del enfermo. En este sentido, se destaca asimismo la importancia del «Informe de Continuidad de Cuidados» y de una buena coordinación entre los profesionales enfermeros.

MATERIAL/MÉTODO

Estudio de un caso clínico de un paciente al que se le ha practicado una derivación urinaria (ureteroileostomía tipo Bricker) tras cistectomía radical. Se ha procedido a hacer un seguimiento desde su ingreso hospitalario, el día 14 de julio, hasta el alta, veinte días después, estableciéndose los correspondientes diagnósticos enfermeros y planes de cuidados.

Se ha elegido este caso clínico con objeto de mostrar no sólo los cuidados enfermeros prestados habitualmente en un proceso quirúrgico como es la ureteroileostomía, sino porque ha presentado las complicaciones más usuales a las que tiene que enfrentarse el personal de enfermería: íleo paralítico e infección de la herida quirúrgica, entre otras, poco tratada en los trabajos que abordan el tema.

El material empleado³ es el habitual en el servicio: Protocolos de acogimiento y cuidados del servicio, registros de enfermería habituales (gráfica de constantes vitales, registro de valoración inicial, plan de cuidados, registro de evolución de cuidados, registro de control de constantes y actividades desarrolladas), recomendaciones de enfermería al alta e informe de continuidad de cuidados. Contacto con Atención Primaria.

Se ha llevado un control fotográfico del proceso desde su ingreso en planta hasta el alta hospitalaria del paciente, material que será utilizado posteriormente dentro del plan de formación del personal en forma de sesiones clínicas de enfermería.

RESULTADOS

El primer día de ingreso en el Servicio de Urología se procede a realizar valoración inicial, aplicando protocolo de acogida. Como preparación preoperatoria se le prescribe al paciente dieta pobre en residuos desde una semana antes de la cirugía y ayunos de ocho horas previas a la intervención. Asimismo, para prevenir el tromboembolismo pulmonar y de miembros inferiores, se administró la tarde-noche previa enoxaparina 20 mg subcutánea y vendaje elástico compresivo gradual en miembros inferiores. Se administra por indicación del Servicio de Anestesia loracepan 1 mg con objeto

de que el paciente descansase la noche previa y omeprazol 20 mg, como protector gástrico.

A continuación se muestra el caso clínico del paciente estudiado:

CASO CLÍNICO

«Paciente varón de 62 años de edad, consciente y lúcido, diagnosticado de carcinoma urotelial de vejiga (Grado 3, con infiltración de lámina y capas musculares propias, categoría pT-2 de la TNM), que ingresa en el Servicio de Urología de forma programada para intervención quirúrgica (cistectomía radical y Bricker). Tras la operación el paciente pasa a UCI, donde evolucionó favorablemente, aunque inicialmente presentó difícil control de dolor. Tras dos días en dicho servicio es trasladado a planta el día 17 de julio.

Como antecedentes personales en relación al episodio actual destacar RTU vesical el 27 de mayo de 2010 y síndrome febril y clínica miccional durante el mes anterior a la intervención. Durante los 18 días de hospitalización el paciente ha presentado dolor, distensión y timpanismo abdominal, suboclusión intestinal, secreción serohemática y colección en pared abdominal inferior de 3 cm de diámetro, lo que ha requerido su evacuación mediante drenaje que accede por pared abdominal anterior izquierda con punta alojada en suelo pélvico. El paciente marcha de alta portando estoma y necesitando cura diaria de herida quirúrgica. El personal de enfermería le facilita las recomendaciones oportunas y realiza el informe de continuidad de cuidados».

A partir del caso clínico, y durante la permanencia del paciente en nuestro servicio, se han elaborado los siguientes diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), estableciéndose el plan de cuidados correspondiente.



DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PLANTEADOS

00146 Ansiedad R/C Amenaza de cambio en el rol y el estado de salud; M/P Expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales, temor, preocupación creciente y nerviosismo.

Criterio de resultados (NOC): 1302 Superación de problemas (afrentamiento); 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida; 1402 Control de la ansiedad.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5820 Disminución de la ansiedad; 4920 Escucha activa; 5230 Aumentar el afrontamiento.

00108 Déficit de autocuidado: baño / higiene. R/C Debilidad y cansancio; M/P Incapacidad para: lavar total o parcialmente el cuerpo.

Criterios de resultados (NOC): 0301 Cuidados personales: baño; 0305 Cuidados personales: higiene.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1610 Baño; 5606 Enseñanza: individual; 7040 Apoyo al cuidador principal; 1801 Ayuda con los autocuidados: baño / higiene.

00085 Deterioro de la movilidad física. R/C Prescripción de restricción de movimientos y malestar o dolor.

Criterios de resultados (NOC): 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria; 1811 Conocimiento: actividad prescrita; 2102 Nivel del dolor.

Intervenciones de enfermería (NIC): 0840 Cambio de posición; 1800 Ayuda al autocuidado; 1801 Ayuda con los autocuidados: baño / higiene; 1802 Ayuda con los autocuidados: vestirse / arreglo personal; 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación; 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo; 4310 Terapia de actividad; 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.

00118 Trastorno de la imagen corporal. R/C Factores biofisiológicos, tratamiento de la enfermedad y cirugía; M/P Verbalización del problema.

Criterios de resultados (NOC): 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos; 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida; 1205 Autoestima.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5220 Potenciación de la imagen corporal; 5400 Potenciación de la autoestima; 5230 Aumentar el afrontamiento; 0489 Cuidados de la ostomía.

00004 Riesgo de infección. R/C Procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental. M/P Vigilancia de signos y síntomas en herida quirúrgica y estado general del paciente.

Criterios de resultados (NOC): 1908 Detección del riesgo; 1807 Conocimiento: control de la infección; 1902 Control del riesgo.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1876 Cuidados del catéter urinario; 3660 Cuidados de las heridas; 6540 Control de infecciones; 6550 Protección contra las infecciones.

00015 Riesgo de estreñimiento. R/C Disminución motilidad intestinal, debilidad de los músculos abdominales; M/P Uso de fármacos opiáceos y cirugía con manipulación de paquete intestinal.

Criterios de resultados (NOC): 0501 Eliminación intestinal.

Intervenciones de enfermería (NIC): 0450 Manejo del estreñimiento / impactación.

00039 Riesgo de aspiración. R/C Cirugía, disminución de la motilidad gastrointestinal y retraso en el vaciado gástrico; M/P Uso de S.N.G. conectada a aspiración.

Criterios de resultados (NOC): 1918 Control de la aspiración.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1570 Manejo del vómito; 3200 Precauciones para evitar la aspiración.

00120 Baja autoestima situacional. R/C Alteración de la

imagen corporal. Rechazo; M/P Verbalización del problema.

Criterios de resultados (NOC): 1205 Autoestima; 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5230 Aumentar el afrontamiento; 5270 Apoyo emocional; 5400 Potenciación de la autoestima.

00126 Conocimientos deficientes sobre su proceso. R/C Falta de exposición y poca familiaridad con los recursos para obtener la información; M/P Verbalización del problema.

Criterios de enfermería (NOC): 1813 Conocimiento: régimen terapéutico; 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5510 Educación sanitaria; 5520 Facilitar el aprendizaje; 7370 Planificación del alta; 5606 Enseñanza individual; 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.

00023 Retención urinaria. R/C Obstrucción de los catéteres tutores de los uréteres; M/P Anuria o diuresis escasa.

Criterios de enfermería (NOC): 0502 Continencia urinaria; 0503 Eliminación urinaria.

Intervenciones de enfermería (NIC): 0620 Cuidados de la retención urinaria; 0590 Manejo de la eliminación urinaria

00095 Deterioro del patrón de sueño. R/C Ansiedad, ruido, falta de familiaridad, muebles, habitación, falta de intimidad o control para el sueño e interrupción para procedimientos terapéuticos, controles o pruebas laboratorio; M/P Verbalización del problema.

Criterios de resultados (NOC): 0003 Descanso; 0004 Sueño; 1402 Control de la ansiedad.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1850 Fomentar el sueño; 5230 Aumentar el afrontamiento; 5820 Disminución de la ansiedad; 5880 Técnica de relajación; 6482 Manejo ambiental: confort.

00039 Riesgo de aspiración. R/C Disminución de la motilidad gastrointestinal, retraso en el vaciado gástrico, aumento de la presión intragástrica, aumento del volumen gástrico o residual, deterioro de la deglución, y tubos gastrointestinales; M/P Distensión abdominal, aumento de secreción de jugos gástricos e íleo paralítico.

Criterio de resultados (NOC): 0912 Estado neurológico: conciencia; 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos; 1918 Control de la aspiración.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1570 Manejo del vómito; 3200 Precauciones para evitar la aspiración.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. R/C Alteración estado nutricional (obesidad, emaciación), factores mecánicos (presión, sujeciones) e inmovilización física; M/P Prescripción de reposo y dieta.

Criterio de resultados (NOC): 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas; 1902 Control del riesgo; 1908 Detección del riesgo.

Intervenciones de enfermería (NIC): 3590 Vigilancia de la piel; 3500 Manejo de presiones; 3540 Prevención de úlceras por presión; 0740 Cuidados del paciente encamado; 0840 Cambio de posición.

00121 Trastorno de la identidad personal. R/C Derivaciones biofísicas (estoma); M/P Verbalización del problema .

Criterio de resultados (NOC): 1202 Identidad; 1403 Con-

trol del pensamiento distorsionado; 1409 Control de la depresión.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5230 Aumentar el afrontamiento; 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo; 5820 Disminución de la ansiedad; 5400 Potenciación de la autoestima.

00059 Disfunción sexual. R/C Alteración en la estructura corporal (cirugía); M/P Limitaciones reales impuestas por la cirugía.

Criterio de resultados (NOC): 1205 Autoestima; 1300 Aceptación: estado de salud; 0019 Funcionamiento sexual.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5248 Asesoramiento sexual; 5624 Enseñanza: sexualidad.

00065 Patrón sexual inefectivo. R/C Alteración de la función corporal; M/P Verbalización del problema.

Criterios de resultados (NOC): 0019 Funcionamiento sexual; 1200 Imagen corporal; 1603 Conducta de búsqueda de la salud

Intervenciones de enfermería (NIC): 5624 Enseñanza: sexualidad; 5240 Asesoramiento; 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo.

00076 Disposición para mejorar el afrontamiento. R/C Disfunción sexual M/P Participación y verbalización del problema.

Criterio de resultados (NOC): 1603 Conducta de búsqueda de la salud.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5248 Asesoramiento sexual.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES

00134 Náuseas R/C Distensión gástrica, uso de fármacos y manipulación de paquete intestinal; M/P Verbalización del problema.

Criterio de resultados (NOC): 0602 Hidratación; 2103 Gravedad del síntoma.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1450 Manejo de las náuseas; 1570 Manejo del vómito; 2380 Manejo de la medicación.

00132 Dolor agudo. R/C Cirugía; M/P Verbalización del problema.

Criterio de resultados (NOC): 1605 Control del dolor; 2102 Nivel del dolor.

Intervenciones de enfermería (NIC): 6482 Manejo ambiental: confort; 2210 Administración de analgésicos; 1400 Manejo del dolor.

En la UCI le fue colocado al paciente catéter epidural para tratamiento analgésico, el cual tuvo que ser retirado a su llegada a planta por no ser funcionante, sustituyéndose por perfusión continua de cloruro morfíco durante dos días.

FIEBRE S/A CIRUGÍA

Intervenciones de enfermería (NIC): 6680 Monitorización de signos vitales; 6650 Protección contra las infecciones; 3740 Tratamiento de la fiebre.

Como resumen de la actividad enfermera desarrollada durante la estancia del paciente en el Servicio de Urología, destacamos que, tras dos días en UCI, los dos primeros del postoperatorio, donde evolucionó favorablemente, junto con los cuidados administrados, considerados habituales (man-

tenimiento de permeabilidad de los catéteres ureterales, vigilancia de la orina –cantidad, aspecto...–, cuantificación del débito del drenaje abdominal, vigilancia de la permeabilidad de la sonda nasogástrica, medición de su débito, control del dolor), el paciente ha necesitado atenciones y cuidados específicos por tres problemas planteados: íleo paralítico (suboclusión intestinal), complicaciones hemodinámicas, necesitando transfusión de dos concentrados de hemáties (hemoglobina de 6,8 mg/dl) y oxigenoterapia, e infección, habiéndose detectado la presencia de *Escherichia coli* productor BLEE en la herida quirúrgica (drenaje abdominal) y enterococos resistentes a la ampicilina, siendo necesario someter al paciente a aislamiento de contacto.

En cuanto al primero de los problemas presentados, el íleo paralítico, el paciente necesitó tratamiento con dieta parenteral durante dos semanas, dieta oral absoluta, sueroterapia y sonda nasogástrica conectada a aspiración suave durante esas dos semanas al haberse detectado desde el tercer día del posoperatorio cuadro de abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación, palidez y sudoración, confirmándose mediante TAC abdominal el referido cuadro suboclusivo. Mejoró algo con sonda rectal intermitente.



En relación a la infección, mediante TAC abdominal se confirma una colección localizada a nivel de lecho quirúrgico con forma de «C» de 65 x 20 mm, siendo necesario tratamiento con antibióticos para su resolución (Imipenem y Cilastatina 500 mg / 6 h y Vancomicina 1 g / 12 h, todo ello por vía IV).

Al décimo día del posoperatorio, la herida drena escasa cantidad y se cura colocándose apósito de Aquacel en la zona del exudado. Se retiran algunos puntos de la herida quirúrgica. Buena evolución de la misma. Se añade Iruxol a la cura. Deberá terminarse de curar diariamente en su domicilio.

VALORACIÓN DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO

Para la elaboración del plan de cuidados en nuestro servicio se sigue el modelo de Majori Gordon de los once patrones funcionales (1982). Todos ellos se han visto afectados en el caso que analizamos:

- Patrón 1: Percepción-manejo de la salud. El paciente ha presentado dificultad para seguir el tratamiento médico

y los cuidados enfermeros. Ha necesitado la ayuda del personal de enfermería y de su familia para llevarlos a cabo.

- Patrón 2: Nutrición-metabolismo. Ha mantenido dieta oral absoluta y nutrición parenteral durante la mayor parte del tiempo ingresado.
- Patrón 3: Eliminación. Tras la intervención quirúrgica, el paciente llevará a cabo la eliminación urinaria a través de los catéteres ureterales implantados (Bricker). Dada la dieta seguida (parenteral) no ha defecado hasta las dos semanas aproximadamente.
- Patrón 4: Actividad-ejercicio. El estado de la herida quirúrgica y su situación clínica han obligado al paciente a guardar reposo en cama durante 12 días, por lo que apenas hace ejercicio, distrayéndose con la lectura, televisión y radio.
- Patrón 5: Sueño-descanso. Desde el primer día del ingreso ha necesitado medicación para descansar y dormir (cloruro mórfico, loracepán).
- Patrón 6: Cognitivo-perceptual. El paciente presentó molestias abdominales intensas por íleo paralítico desde el tercer día del posoperatorio.
- Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto. La imagen corporal del paciente se ha visto gravemente comprometida tras la realización del estoma. El paciente refiere sensación de ansiedad y temor, preocupándole los cambios funcionales y corporales. Refiere encontrarse preocupado por la evolución de su patología.
- Patrón 8: Rol-relaciones. La familia del paciente ha colaborado durante todo el ingreso en relación a la aceptación de la nueva situación. Le ha acompañado y animado en todo momento.
- Patrón 9: Sexualidad-reproducción. El paciente es consciente de que su sexualidad puede verse afectada tras la intervención quirúrgica, desconociendo hasta qué grado. Fue informado al respecto.
- Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés. Durante la primera semana del posoperatorio ha necesitado apoyo psicológico. Ha mostrado estado de ansiedad y estrés importante, requiriendo medicación para ello.
- Patrón 11: Valores-creencias. Piensa que sus creencias le ayudan bastante a sobrellevar su nueva situación. El informe anatomopatológico posterior de la vejiga y otras zonas analizadas muestran que no existen metástasis, lo cual le ha infundido mucho ánimo. No precisó asistencia religiosa.

Tras la detección de las alteraciones en los patrones funcionales, se procede a la implantación del correspondiente plan

EN NUESTRA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE UROLOGÍA-NEFROLOGÍA SE HA REALIZADO EN EL AÑO 2009 UN TOTAL DE 28 INTERVENCIONES DE CISTECTOMÍAS RADICALES.

EN ESTE TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES, EL PAPEL JUGADO POR ENFERMERÍA ES ABSOLUTAMENTE FUNDAMENTAL, TANTO EN EL CENTRO HOSPITALARIO COMO A NIVEL DOMICILIARIO.

de cuidados, todos ellos debidamente protocolizados, los cuales dieron como resultados la resolución de la mayor parte de las alteraciones durante los días de permanencia en el hospital. En total, el paciente permaneció 20 días en el hospital.

CUIDADOS DOMICILIARIOS

En este tipo de intervenciones quirúrgicas mayores, el papel jugado por Enfermería es absolutamente fundamental, tanto en el centro hospitalario como a nivel domiciliario. En el caso que exponemos, la realización de una ureteroileostomía tipo Bricker, supone para el paciente un hecho nuevo: portar un estoma, lo que va a requerir atenciones y cuidados que debe conocer perfectamente.

El personal de Enfermería aprovecha la estancia hospitalaria del paciente para explicarle y enseñarle las técnicas del cambio de bolsa y limpieza del estoma, haciéndolo constar asimismo en el correspondiente informe de continuidad de cuidados. La información que se facilita al paciente se dirige a su actividad diaria (ejercicio físico, descanso necesario...), a la higiene y cuidado del estoma (agua y jabón neutro, esponja y papel de celulosa suave, etc.) y dieta (no requiere una pauta alimenticia especial), debiendo ser ésta equilibrada (carne, pescado,

frutas, etc.) con abundantes líquidos. En el momento del alta hospitalaria se le facilita un número de teléfono para que pueda aclarar cuantas dudas le vayan surgiendo, lo cual disminuye de forma importante el grado de ansiedad que suele acompañar estas intervenciones⁴.

DISCUSIÓN

Tras la consulta de la bibliografía publicada sobre el tema, se ha escogido el presente caso clínico de ureteroileostomía (tipo Bricker) por considerarlo representativo del trabajo llevado a cabo por el personal de enfermería. Habitualmente, un paciente intervenido de cistectomía radical y posterior derivación urinaria suele permanecer ingresado en el hospital durante un tiempo máximo de 6 a 10 días, en caso de no presentar complicaciones.

El caso expuesto ha triplicado ese tiempo por presentar distintos problemas, fundamentalmente íleo paralítico (suboclusión intestinal) e infección de la herida quirúrgica, precisando aislamiento de contacto. Se trata de un caso, pues, no habitual, más complejo de lo normal, en el que se han visto comprometidos los 11 patrones funcionales que seguimos en nuestro servicio a la hora de realizar la valoración enfermera. Recoge, en definitiva, una amplia muestra de los posibles diagnósticos y cuidados enfermeros que exige esta patología.



CUANDO EL PACIENTE MARCHA A SU CASA PORTANDO UN ESTOMA, VA A REQUERIR UN APOYO PSICOLÓGICO PARA DISMINUIR SU GRADO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD

CONCLUSIÓN

Cuando se le diagnostica a un paciente un carcinoma vesical avanzado y se le informa del tratamiento a seguir, la cistectomía radical con derivación urinaria, en el caso que exponemos una ureteroileostomía tipo Bricker, hemos observado diversas reacciones: desde los que aceptan su situación y colaboran desde el primer día de su ingreso en el hospital hasta aquellos otros que la rechazan y adoptan una actitud negativa durante todo el proceso hospitalario. Por tanto, señalamos en primer lugar el papel de enfermería en relación a la información que debe transmitirse al paciente, ayudando a la adopción de actitudes positivas.

En segundo lugar, y puede servir de ejemplo el caso clínico abordado en el presente trabajo, resaltar la importancia de la colaboración de la familia, fundamentalmente en los primeros días del posoperatorio. Cuando el paciente marcha a su casa portando un estoma, con lo que ello conlleva, cambiando su propia imagen corporal, va a requerir un apoyo psicológico para disminuir su grado de estrés y ansiedad. Enfermería puede ayudarle a que acepte esa nueva situación, apoyándole tanto en los momentos previos de la intervención como a nivel domiciliario (papel de Enfermería Domiciliaria y Atención Primaria). En este sentido son muy útiles las técnicas de relajación, tanto en el pre como en el postoperatorio.

El caso clínico expuesto recoge aquellos cuidados enfermeros administrados habitualmente en este tipo de intervención quirúrgica, mostrando además algunas de las complicaciones que pueden presentarse, fundamentalmente el íleo paralítico y la infección.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos mostrar nuestro agradecimiento a todo el personal de enfermería de la unidad, en especial a su director, don Rafael Antonio Medina López, y al jefe de Bloque de Enfermería, don José Guerrero Pérez, por su colaboración y las facilidades dadas para la realización del presente trabajo. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Cabello Benavente, R. y otros. «Desderivación urinaria; de Bricker a Studer. A propósito de dos casos». *Actas Urológicas Españolas*, v. 30, n.º 9. Madrid octubre de 2006.
- Castiñeiras Fernández, J. (coordinador). *Libro del Residente de Urología*. Asociación Española de Urología. Madrid, 2007: 525-540.
- Martínez-Sagarra, J. M. *Sustitución vesical con empleo de intestino*. Discurso para recepción como Académico de número en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Edit. Cerver Cuesta. Valladolid, 2001: 41-46.
- Mc Closkey y otros. NIC. *Clasificación de intervenciones de Enfermería*. Editorial Elsevier España, S. A. 2.ª edic. 2008.
- Moorhead, Sue y otros. NOC. *Clasificación de resultados de Enfermería*. Editorial Elsevier España, S. A. 2.ª edic. 2004.
- NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2007-2008*. Editorial Elsevier España, S.A. 2007.
- Pierre-Louis Lauture, M. Martínez Fera, L. Sánchez Álvarez, A. «Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria». *Enfuro*, n.º 110, 2009: 13-14.
- Riomoros Sanz, M. B. Herrero Cecilia, I. Carrasco Díaz, R. «Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones». *Enfuro*, n.º 108, 2008:10-13.
- Rivera García, Sebastián; Durán Ventura, Mayca. *Cuidados domiciliarios para pacientes ostomizados*. Unidad de Ostomía. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.
- Protocolos y Registros de Enfermería*. Servicio de Urología de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología de los HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.

NOTAS

1. Datos obtenidos de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer.
2. Castiñeiras Fernández, J. (Coordinador). *Libro del Residente de Urología*. Asociación Española de Urología. Madrid, 2007: 529-530.
3. *Registros y Protocolos de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología*. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.
4. Rivera García, Sebastián; Durán Ventura, Mayca. *Cuidados domiciliarios para pacientes ostomizados*. Unidad de Ostomía. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.