



Universidad de Valladolid

UVa

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN MEDICINA

CURSO 2021-2022

DERIVACIONES URINARIAS EN CISTECTOMÍA RADICAL Y CALIDAD DE VIDA



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

AUTOR

Eduardo Calvo del Olmo

TUTORES

Dr. Juan Ramón Torrecilla García-Ripoll

Dra. Ana Herranz Arriero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Servicio de Urología



ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. OBJETIVOS.....	5
3.1 Objetivos principales	5
3.2 Objetivos secundarios	5
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
4.1 Diseño de estudio.....	5
4.2 Descripción de las variables estudiadas	6
4.3 Cuestionario sobre la calidad de vida	7
4.4 Consideraciones éticas	8
4.5 Análisis estadístico	8
5. RESULTADOS.....	9
6. DISCUSIÓN	14
7. CONCLUSIONES	16
8. AGRADECIMIENTOS	17
9. BIBLIOGRAFÍA	17
10. ANEXOS	20

1. RESUMEN

Introducción. El cáncer vesical es una enfermedad muy prevalente en la actualidad. Su diagnóstico y tratamiento precoz resulta de vital importancia para intentar reducir la morbimortalidad asociada a dicha enfermedad. La cistectomía radical y posterior derivación urinaria es la técnica gold estándar en su tratamiento, pero junto con la alta complejidad de esta cirugía se asocian complicaciones a corto, medio y largo plazo que debemos valorar y prevenir.

Objetivos. Nuestro objetivo ha sido analizar, evaluar y valorar los datos de pacientes en el Área Este de Valladolid intervenidos de cistectomía radical por cáncer de vejiga y comparar las complicaciones y calidad de vida posterior en relación al tipo de derivación urinaria utilizada.

Material y métodos. Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo con los datos de 40 pacientes del Área de salud Valladolid Este en el periodo 2015 – 2021. Se dividieron en dos grupos en base al tipo de derivación urinaria: ureteroileostomía cutánea (Bricker) o ureterostomía cutánea. Se analizaron un total de 22 variables recogidas en las historias clínicas, así como un cuestionario de 28 preguntas sobre la calidad de vida post intervención.

Resultados y discusión. Los resultados han sido complejos de comparar y contrastar con otras publicaciones. Aun así, hemos podido relacionar algunos aspectos que podrían influir en la elección de una u otra derivación urinaria. A pesar de ello y dada la ausencia de significación estadística no podemos apoyar firmemente una de las derivaciones propuestas frente a la otra.

Conclusión. Debido a la reducida muestra de pacientes no hemos podido obtener conclusiones firmes y de relevancia, pero sí relacionar mínimamente determinadas variables asociadas a las dos posibles derivaciones urinarias que hemos tratado. Así mismo, y debido a la escasa bibliografía al respecto, hemos obtenido limitados datos comparativos en cuanto a la calidad de vida de los pacientes sometidos a cistectomía radical por cáncer vesical.

Palabras clave. Cáncer de vejiga, cistectomía radical, Ureteroileostomía (Bricker), ureterostomía cutánea, calidad de vida.

2. INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga (CV) supone un importante problema de salud en nuestro país (6). Afecta principalmente a adultos mayores, siendo la edad promedio de los pacientes al momento del diagnóstico de 73 años. Se estima que 573.278 personas fueron diagnosticadas de cáncer vesical en el último año a nivel mundial. Este tipo de neoplasia es la cuarta más frecuente entre los hombres, con una incidencia cuatro veces superior a las mujeres, siendo, además, en varones de raza blanca el doble que en raza negra (1).

El CV es la octava causa más frecuente de muerte entre hombres, sin embargo, la tasa de fallecimiento por este motivo disminuyó un 2% entre 2015 y 2019, después de décadas sin cambios significativos. Actualmente la tasa de supervivencia a 5 años de todas las personas con cáncer de vejiga es del 77%. Si bien es cierto que esta tasa de supervivencia a cinco años varía sustancialmente dependiendo de muchos factores, entre los que se incluye el tipo y el estadio del cáncer de vejiga que se diagnostica, así como el momento del diagnóstico y las comorbilidades asociadas del paciente (1).

Según las células afectadas el CV puede ser de tipo carcinoma urotelial, también llamado carcinoma de células transicionales. Este tipo de cáncer se origina en las células uroteliales ubicadas en las vías urinarias y representa el 90% de todos los cánceres vesicales. Existen variantes menos frecuentes, como el carcinoma de células escamosas, el cual se relaciona con la inflamación e infección crónica, y otros como el adenocarcinoma o sarcoma, con peor pronóstico (5).

Además de esta clasificación histológica, se puede estadificar por el tipo de infiltración: no invasivo (carcinoma papilar no invasivo o carcinoma in situ - CIS); no músculo invasivo o cáncer superficial, puesto que no ha infiltrado más allá de la lámina propia; y músculo invasivo: ha crecido en el músculo de la pared vesical o incluso infiltrado las capas de grasa perivesical. Cualquiera de los tipos puede evolucionar a estadios más avanzados y en el caso del CIS o del carcinoma músculo invasivo producir diseminación metastásica a otras estructuras adyacentes a la vejiga o a distancia (2), (3).

El tratamiento quirúrgico del cáncer vesical invasivo o músculo infiltrante (TVMI) es la cistectomía radical acompañada de una derivación urinaria para permitir la salida de la orina al exterior. Existen distintos tipos de derivaciones urinarias, que podemos clasificar en derivaciones no continentales y continentales:

- No continentes: caracterizadas por la necesidad de llevar bolsa de urostomía. En este subgrupo encontramos, la ureterocutaneostomía o ureterostomía cutánea en la cual, los uréteres se abocan a la piel; y el conducto ileal (ureteroileostomía tipo Bricker) o colónico, donde los uréteres son abocados a un segmento de intestino que se aísla para tal fin.
- Continentes: se caracterizan por la ausencia de bolsas de ostomía, consiguiendo el acúmulo urinario intracorpóreo, realizándose un vaciado posterior controlado voluntariamente por el paciente. En este caso la técnica más habitual es la reconstrucción con intestino delgado de una neovejiga, llamada enterocistoplastia o plastia de sustitución vesical ortotópica.

En cualquier caso, a pesar de las mejoras en la técnica quirúrgica y la experiencia acumulada, las derivaciones urinarias suponen siempre un reto, ya que pueden ocurrir diferentes complicaciones a corto, medio o largo plazo, condicionando la calidad de vida e incluso la supervivencia de nuestros pacientes.

Entre las principales complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica encontramos la uropatía obstructiva (UPO), entendida como obstrucción de las sondas de ureterostomía cutánea o formación de estenosis a nivel ureteral, así como el desarrollo de hidronefrosis, definida como la dilatación del sistema colector renal. Todo ello va a producir no sólo complicaciones a nivel orgánico sino también en la calidad de vida de los pacientes, necesitando atención médica urgente en numerosas ocasiones. De estas complicaciones se puede derivar el desarrollo de insuficiencia renal (IR), necesitando los pacientes un tratamiento médico complementario o incluso, terapia renal sustitutiva (4).

Actualmente, en la literatura encontramos estudios en los que se compara la calidad de vida de las ureterostomías cutáneas o las ureteroileostomías con la plastia de sustitución vesical ortotópica, sin existir suficientes estudios comparativos en cuanto a la calidad de vida de pacientes con derivación urinaria ureteroileostomía tipo Bricker frente a aquellos con ureterostomía cutánea.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos principales.

El objetivo principal del estudio es evaluar dos técnicas de derivación urinaria no continente como son la ureteroileostomía de Bricker y la ureterocutaneostomía, con el fin de analizar aspectos que pudieran influir en la elección de la técnica quirúrgica y valorar qué expectativas de vida esperan a los pacientes con dichas derivaciones después de ser sometidos a una cistectomía radical.

3.2 Objetivos secundarios.

La cistectomía radical por cáncer de vejiga músculo invasivo es una cirugía no exenta de un alto número de complicaciones y de una afectación de la calidad de vida de los pacientes. Por ello, los objetivos secundarios de este estudio han sido el análisis y valoración del número y severidad de las complicaciones secundarias al tipo de derivación urinaria realizada y su repercusión en la calidad de vida futura.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño de estudio

Para la realización de este estudio se revisaron todos los pacientes sometidos a cistectomía radical entre los años 2015 – 2021 en el Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, es decir, se analizó a los pacientes del Área de Salud de Valladolid Este. De todos ellos, más de 50 pacientes habían fallecido. Del resto de pacientes, 40 accedieron a participar en el estudio.

Se lleva a cabo un análisis de cohortes retrospectivo en estos 40 pacientes, sometidos a cistectomía radical por cáncer vesical músculo-invasivo y posterior derivación urinaria no continente, siendo desarrollado el estudio en el periodo comprendido entre septiembre de 2021 y abril de 2022.

Para ello se crean dos cohortes con estos pacientes cistectomizados en función del tipo de derivación urinaria realizada:

- Grupo sometido a derivación urinaria tipo ureterostomía cutánea o ureterocutaneostomía: n= 9 (22,5%) pacientes.
- Grupo sometido a derivación urinaria tipo ureteroileostomía de Bricker: n= 31 (77,5%) pacientes.

Para la recogida de datos, se revisaron exhaustivamente las historias clínicas de los pacientes sometidos a ambos tipos de derivación urinaria para recoger variables clínicas y epidemiológicas, así como las complicaciones posteriores a la intervención. Además, se realizó vía telefónica un cuestionario estandarizado de satisfacción y calidad de vida tras la cirugía de forma individual, consentida y confidencial.

4.2 Descripción de las variables estudiadas

De cada uno de los 40 pacientes incluidos en el estudio, se recogen y analizan distintas variables relacionadas con la calidad de vida post intervención mediante un cuestionario establecido (Cuestionario 1). También, se recogen otras variables cuya fuente de información son las historias clínicas de cada paciente:

- Sexo: masculino/femenino
- Edad: como variable cuantitativa discreta
- Fecha de intervención quirúrgica
- Tabaquismo: fumador, no fumador, exfumador
- Antecedentes personales quirúrgicos: SI/NO
- Antecedentes personales de cirugía abdominal: SI/NO
- Antecedentes personales de nefrectomía: SI/NO
- Abordaje quirúrgico: laparotomía, laparoscopia, reconvertida (de laparoscopia a laparotomía)
- Tipo de derivación urinaria: Bricker/cutánea
- Quimioterapia: NO/neoadyuvante/adyuvante
- Radioterapia: SI/NO
- Estadificación basada en T
- Estadificación basada en N
- Linfadenectomía: SI/NO
- Variantes anatomopatológicas
- Eventración postquirúrgica: SI/NO

- Hidronefrosis: SI/NO
- Salida de ureterostomía/ uropatía obstructiva secundaria: SI/NO
- Recidiva local o ganglionar: SI/NO
- Metástasis ósea: SI/NO
- Metástasis pulmonar: SI/NO
- Insuficiencia renal secundaria: SI/NO

4.3 Cuestionario sobre calidad de vida

Se realizó un cuestionario de elaboración propia (Cuestionario 1) a partir de dos formularios: FACT-BI-Cys y EORTC-QLQ BLM30 validados (Cuestionario 2 y Cuestionario 3). En este cuestionario, se recogen distintas preguntas sobre la calidad de vida de los pacientes en relación con la derivación urinaria y el bienestar físico y psicosocial.

A cada pregunta se le asignó una puntuación (0-3) en función de la clínica y la gravedad de la afectación. Se consideró 0 al menor grado de afectación, mientras que una puntuación de 1 (un poco), 2 (bastante) y 3 (mucho), se consideraron una afectación de la calidad de vida en sus distintos grados. Un total de 28 preguntas se clasificaron en seis bloques, analizando las distintas esferas de interés en la calidad de vida de los pacientes, asignando a cada bloque un porcentaje resultado de las puntuaciones de cada pregunta en ambos grupos (cohorte Bricker y cohorte ureterostomía cutánea).

- A. Cuidado de urostomía.
- B. Bienestar físico general.
- C. Bienestar socio-familiar.
- D. Bienestar psicológico.
- E. Bienestar funcional.
- F. Bienestar sexual.

4.4 Consideraciones éticas

Todos los datos provenientes de los pacientes incluidos en este estudio son tratados con todas las garantías de confidencialidad. Todo ello bajo la tutela del artículo 7.1 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, en el que afirma que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada en la Ley; la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre sobre la protección de datos de carácter personal; y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y Consejo de 27 de abril de 2016 de protección de datos (5).

Así mismo, este estudio cumple las normas éticas aprobadas por el comité ético de investigación del Área de Salud de Valladolid Este que, una vez evaluados los aspectos éticos del presente proyecto, procedió a emitir informe favorable el 16 de septiembre de 2021.

Además, al margen de las presentes disposiciones legales, el presente estudio se ha realizado bajo los más estrictos valores personales, morales y éticos, orientados hacia la preservación de la privacidad y el máximo de los respetos hacia los individuos que participan voluntariamente en este proyecto.

Por último, a cada uno de los pacientes participantes de este estudio se le preguntó verbalmente si deseaba formar parte del mismo, informándole de todos sus derechos al respecto. Todos y cada uno de los individuos firmaron el consentimiento informado, informándoles de su derecho de rectificación en cualquier momento del proceso.

4.5 Análisis estadístico

Se han recogido las diferentes variables y sus valores en una base de datos Excel, siendo codificados cuantitativa y discretamente antes de ser tratados por el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.0 para Windows con licencia de la Universidad de Valladolid, previa depuración de los datos. Es decir, se han considerado estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Las variables cuantitativas se presentan con la media y la desviación típica y las cualitativas según su distribución de frecuencias mediante la tabla de frecuencias

absolutas y relativas. Se ha utilizado el test de Kolmogorv Smirmov para la comprobación de la normalidad.

Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 es mayor de un 20%, se ha utilizado el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías.

5. RESULTADOS

De los 40 pacientes que conforman la muestra incluidos en nuestra base de datos, 31 (77,5%) tenían derivación urinaria tipo ureteroileostomía cutánea (Bricker) y 9 (22,5%) derivación urinaria tipo ureterostomía cutánea (Tabla 2). En la derivación tipo Bricker participaron 27 (87,1%) pacientes varones frente a 4 (12,9%) mujeres mientras que en la ureterostomía 7 (77,8%) eran varones y 2 (22,2%) mujeres (Tabla 3). La media de edad (Tabla 4) en pacientes con Bricker fue de 70 (70,39 ± 6,76) años y en la ureterostomía 77 (77,11 ± 5,8) con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,01$) (Tabla 1).

Tabla 1. Variables tipo de derivación cutánea, edad media y sexo

		FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA	EDAD MEDIA	SEXO	
TIPO DERIVACIÓN URINARIA	BRICKER	31 (77,5%)	70,39 ± 6,76	27 (87,1%)	4 (12,9%)
	CUTÁNEA	9 (22,5%)	77,11 ± 5,8	7 (77,8%)	2 (22,2%)
	TOTAL PACIENTES	40		34	6

En relación al abuso del tabaco (Tabla 5), de los 31 pacientes con Bricker, 22 (71%) pacientes eran exfumadores, 3 (9,6%) nunca habían fumado y 6 (19,4%) eran fumadores activos, mientras que, en el grupo de derivación cutánea, 2 (22,2%) refirieron ser exfumadores, 4 (44,4%) afirmaron no haber fumado nunca y 3 (33,4%) son fumadores en la actualidad ($p=0,02$).

Tabla 5. Correlación entre tabaco y tipo de derivación urinaria.

		TIPO DE DERIVACIÓN CUTÁNEA		P - VALOR
		BRICKER	CUTÁNEA	
TABACO	NUNCA FUMADOR	3 (9,6%)	4 (44,4%)	0,02
	EXFUMADOR	22 (71%)	2 (22,2%)	
	FUMADOR ACTIVO	6 (19,40)	3 (33,4%)	

En cuanto a los antecedentes personales (Tabla 6), 11 (35.5%) de los pacientes con Bricker tenían algún antecedente de cirugía abdominal y sólo 2 (22,2%) pacientes con ureterostomía cutánea tenían antecedentes de cirugía abdominal sin encontrar diferencias entre ambos grupos. Sí observamos diferencias ($p=0,001$) en cuanto al antecedente de nefrectomía previa, encontrando 1 (3,2%) en los pacientes con Bricker y un 5 (55,6%) en los pacientes con derivación cutánea.

Tabla 6. Correlación entre antecedentes personales y tipo de derivación urinaria

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA		P - VALOR
		BRICKER	CUTÁNEA	
AP DE CIRUGÍA ABDOMINAL	NO	20 (64,5%)	7 (77,8%)	0,69
	SÍ	11 (35,5%)	2 (22,2%)	
AP DE NEFRECTOMÍA	NO	30 (96,8%)	4 (44,4%)	0,001
	SÍ	1 (3,2%)	5 (55,6%)	

En ambos grupos, la estadificación (Tabla 7) más frecuente fue de pT2N0M0 en la pieza anatomopatológica: 5 (16%) en el grupo de Bricker y 2 (22%) en el grupo de cutánea, sin observar diferencias en ambos grupos en cuanto a esta variable a estudio ($p=0,6$).

De los que recibieron quimioterapia neoadyuvante (Tabla 8), 14 (45,4%) fueron del grupo de Bricker mientras que, en la derivación cutánea, la mayoría de los pacientes, 7, (77,8%) no habían sido sometidos a dicha quimioterapia neoadyuvante ($p=0,02$).

En 7 (22,6%) con Bricker se realizó un abordaje laparoscópico. En cambio, para la derivación cutánea en 8 (88,9%) se prefirió un abordaje abierto desde el inicio ($p=0,036$), debiéndose las diferencias observadas a las preferencias y grado de experiencia de los cirujanos de nuestro centro (Tabla 9).

Tabla 8. Correlación entre quimioterapia y tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA		P - VALOR
		BRICKER	CUTÁNEA	
QUIMIOTERAPIA	NO	9 (28,9%)	7 (77,8%)	0,029
	NEOADYUVANTE	14 (45,4%)	1 (11,1%)	
	ADYUVANTE	8 (25,7%)	1 (11,1%)	

Tabla 9. Correlación entre abordaje quirúrgico y tipo de derivación urinaria

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA		P - VALOR
		BRICKER	CUTÁNEA	
ABORDAJE QUIRÚRGICO	ABIERTO	24 (77,4%)	8 (88,9%)	0,036
	LAPAROSCÓPICO	7 (22,6%)	0 (0,0%)	
	RECONVERTIDA (LPS A ABIERTO)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	

En cuanto a las complicaciones a largo plazo, analizamos el desarrollo de UPO por salida accidental u obstrucción de las sondas de ureterostomía o secundaria a estenosis ureteral (Tabla 10). Esta complicación fue más frecuente en el subgrupo de pacientes con derivación cutánea 7 (77,8%), en cambio en el grupo de pacientes con Bricker observamos una frecuencia menor 17 (54,8%), sin encontrar diferencias significativas ($p=0,2$). De todos los pacientes que recibieron quimioterapia neoadyuvante, 11 (68,8%) no presentaron UPO. En cambio, 8 (53.3%) de estos pacientes sometidos a quimioterapia previa, sí presentaron UPO ($p=0,65$). También hallamos una frecuencia más elevada de UPO en pacientes sometidos a un abordaje laparoscópico 6 (85,7%) frente a un abordaje abierto 18 (56,3%) ($p=0,1$).

Además, estudiamos el desarrollo de hidronefrosis (Tabla 11), observando en el Bricker 20 (64,5%) pacientes con esta complicación, sin embargo, en la derivación cutánea solo observamos 3 (33,3%) pacientes ($p=0,1$). También encontramos un mayor número de casos en el abordaje laparoscópico con 6 (85,7%) ($p=0,1$).

En cuanto al desarrollo de IR (Tabla 12), fue más frecuente en pacientes con derivación cutánea 7 (77,8%) sin diferencias con el grupo del Bricker ($p=0,2$). Encontramos también más datos de IR en pacientes con abordaje laparoscópico 71,4% frente al 59,4% de los abiertos ($p=0,3$).

En el análisis del cuestionario de la calidad de vida, se compararon ambos grupos de derivación urinaria por pregunta y subgrupos de preguntas (Tabla 19). En relación al cuidado de la bolsa de urostomía (Tabla 13) 21 (67,7%) pacientes con Bricker tuvieron una puntuación de 2 frente a 2 (22,2%) pacientes con cutánea, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0,04$). Dentro de este subgrupo, la mayor diferencia en cuanto a frecuencia se observó en la ligera irritación de la piel alrededor de la bolsa de urostomía, presentándola 6 (66,7%) pacientes con cutánea y 11 (35,5%) con Bricker. Los pacientes con Bricker refirieron tener más problemas con el cuidado de la urostomía 17 (54,8%) frente a 2 (22,2) en cutánea ($p=0,1$), entendido como la dificultad para el cambio de la misma. En ninguna de las preguntas estudiadas se encontraron diferencias significativas.

En relación al bienestar físico general (Tabla 14), no encontramos diferencias entre ambos grupos ($p=0,3$), sin embargo, observamos una mayor frecuencia de alteraciones digestivas en el grupo de pacientes con derivación cutánea: 3 (33,3%) presentaron bastantes flatulencias y episodios de diarrea ($p=0,1$) y 2 (22,2%) refirieron no tener buen apetito ($p=0,1$). En ambos tipos de derivaciones urinarias, los pacientes confirmaron tener buen apoyo socio-familiar ($p=0,5$), observando un porcentaje elevado de pacientes que no se sienten a gusto comentando su condición física con amigos (Tabla 15): Bricker 8 (25,8%), cutánea 2 (22,2%) ($p=0,5$).

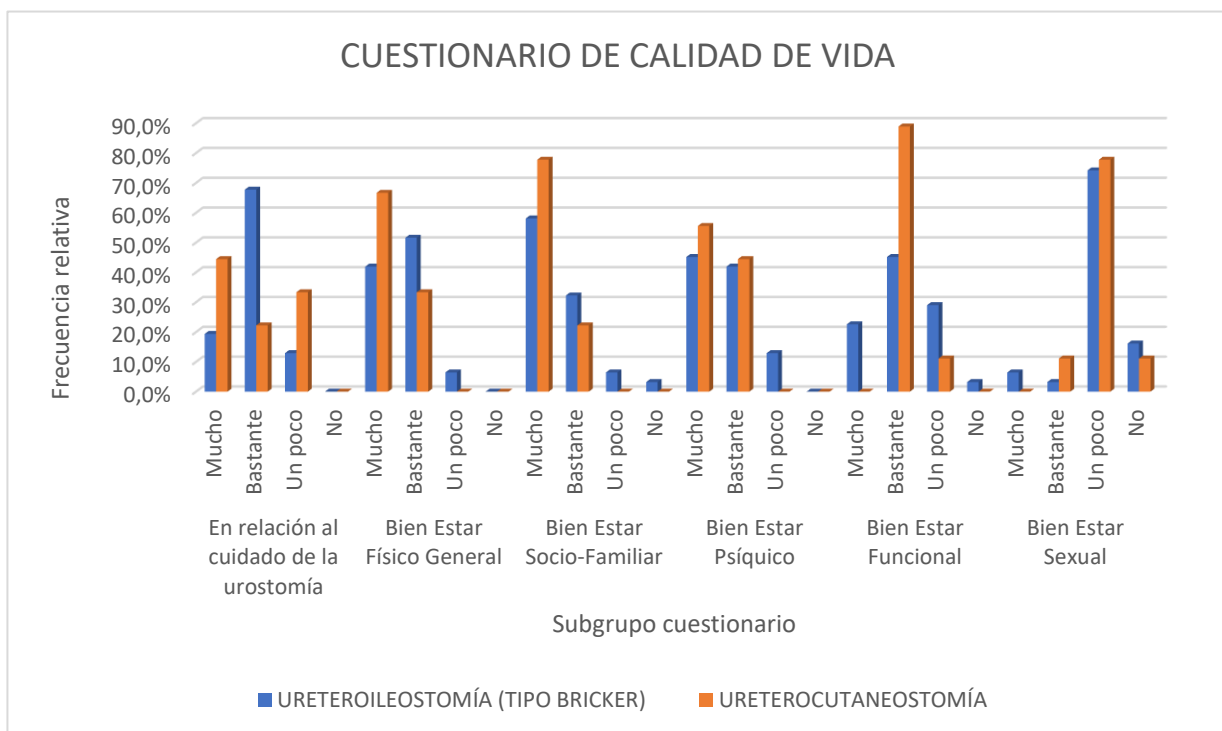
En el ámbito psicológico (Tabla 16), el grado de afectación fue mínimo en ambos grupos ($p=0,3$). En este bloque de preguntas, la mayoría de los pacientes en ambos grupos confirmaban haber aceptado su enfermedad ($p=0,4$) y no haber perdido la esperanza de seguir luchando contra su enfermedad ($p=0,17$).

En el estudio del bienestar funcional (Tabla 17), se halló una mayor afectación en pacientes con derivación cutánea, con una puntuación de 2 en 8 (88,9%) frente al

Bricker con 14 (45,2%). A pesar de una mayor prevalencia en la derivación cutánea, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,06$). De aquellos pacientes no jubilados previamente a la cirugía, en grupo del Bricker 13(72,2%) de los pacientes no fueron capaces de trabajar, en cambio en el grupo de cutánea solamente 2 (40%) no pudieron continuar con su trabajo ($p=0,19$).

Por último, se estudió la esfera sexual en los individuos mediante dos preguntas (Tabla 18). No se encontraron diferencias con respecto a sentirme físicamente menos atractivo como resultado de llevar una bolsa de urostomía ($p=0,5$). La mayoría de los pacientes no estaban interesados en mantener relaciones sexuales ni habían sido sexualmente activos en los últimos meses: Bricker 27 (87,1%) frente a 8 (88,9%) en cutánea ($p=0,5$).

Gráfico 1. Correlación ambos tipos de derivación urinaria con subgrupos cuestionario de calidad de vida.



6. DISCUSIÓN

El cáncer de vejiga (CV) tiene una alta incidencia a nivel mundial de 26 por 100000 habitantes/año, presentando en algunas áreas de Europa occidental tasas de incidencia de las más elevadas (7). Además, se encontró una relación de la

incidencia con el índice de desarrollo humano, apreciándose una menor tasa en países con menor desarrollo. Esto puede deberse al menor diagnóstico de la enfermedad por la falta de medios existentes (8).

En España, se registran entre 27 a 30 casos por cada 100000 habitantes/año en pacientes varones y de 3 a 5 en mujeres. Los datos disponibles de los registros españoles de cáncer han mostrado en los últimos años una tendencia al incremento en la frecuencia de la patología (9), (10).

En cuanto a la edad de los pacientes que desarrollan cáncer vesical, la incidencia aumenta con la misma, siendo su pico en la séptima década de vida (11), algo que concuerda con los resultados obtenidos en nuestra muestra. Se ha propuesto como causas de este aumento la mayor exposición a sustancias carcinógenas y la disminución de la capacidad para reparar el material genético (12). Por ello, es importante tener en cuenta a los individuos en estos rangos de edad, puesto que aumenta el riesgo de padecer de CV. Autores como Gamé o Farnham consideran como pacientes de riesgo aquellos con edad superior a los 75 años (13), mientras que otros como Figueroa, los consideran a partir de los 70 años (14), (15). Por ello es de interés saber en qué edades se desarrolla para así poder ejecutar las políticas preventivas necesarias y prevenir el avance de la patología, así como el gasto sanitario derivado de su tratamiento.

En nuestra área de Salud, al igual que en las demás áreas españolas, la edad de las mujeres en el momento del diagnóstico de CV fue superior a la de los varones. Además, destaca la elevada razón observada varón/mujer (10:1), que contrasta con la de países de Europa central o del norte, donde es más baja (3:1) (7).

Las diferencias encontradas en nuestra investigación, y confirmadas con otros estudios similares, entre ambos géneros pueden ser atribuidas al hecho de que las mujeres estuvieron menos expuestas a los factores de riesgo que los varones, y que su exposición (su incremento en el consumo del tabaco y la exposición a condiciones de trabajo de alto riesgo) ha sido más reciente. La influencia de otros factores ambientales o dietéticos, aun no identificados, así como las características genéticas, diferencias anatómicas y el hábito urinario y/o factores hormonales, no parecen explicar fácilmente las diferencias geográficas. (16).

Se identificó una diferencia por sexo y raza, teniéndose en todos los estudios que compararan dichas poblaciones una tasa de incidencia y mortalidad mayor en hombres respecto de mujeres y en las poblaciones blancas respecto de las negras y otras poblaciones (17).

Uno de los principales factores de riesgo es el tabaco, siendo los resultados obtenidos concordantes con otros trabajos de investigación relacionados (18), (19). Curiosamente hay mayores incidencias en exfumadores que en fumadores activos, esto puede ser debido a la barrera psicológica que genera el diagnóstico de cáncer de vejiga a la hora de dejar de fumar. Otro aspecto reseñable es el que reconoce que el tabaco negro causa un mayor impacto en el CV (20), (21).

No hay estudios previos que valoren la utilización de una u otra derivación urinaria en relación con los antecedentes de nefrectomía, abordaje quirúrgico o quimioterapia. Por ello, la interpretación que sacamos es a nivel de nuestra investigación, siendo todas estas variables mencionadas significativas.

En los pacientes con derivación urinaria tipo Bricker el 96,8% no tuvo antecedentes personales de nefrectomía, el 77,4% se abordó por laparotomía y se aplicó quimioterapia neoadyuvante en casi la mitad de los pacientes (45,2%). Por lo que en la ureteroileostomía tipo Bricker (UI) la supervivencia se relaciona positivamente con la ausencia de nefrectomía previa, con un abordaje no laparoscópico (abierto) y con tratamiento quimioterápico neoadyuvante.

En cambio, en la ureterostomía cutánea (UC), más de la mitad de los pacientes de nuestra muestra (55,6%) sí presentaban antecedentes personales de nefrectomía y el 77,8% no recibieron ningún tipo de quimioterapia. Además, en concordancia con la derivación tipo Bricker, el 88,9% fueron intervenidos mediante abordaje abierto. En definitiva, en este tipo de derivación urinaria, la supervivencia se relaciona positivamente con aquellos pacientes con nefrectomía previa, no sometidos a administración de quimioterapia neoadyuvante y abordaje por laparotomía.

En cuanto a los aspectos recogidos en nuestro cuestionario de calidad de vida de los pacientes, en general tiende a que en la ureterostomía cutánea (UC) hay una menor reducción de la calidad de vida en todos los subgrupos en comparación con ureteroileostomía cutánea tipo Bricker (UI) excepto en el apartado relativo al cuidado de la urostomía. Estos resultados son similares a lo que defienden otros autores, los cuales aconsejan la UC antes que UI en relación a la calidad de vida (22).

Esto puede ser debido a varios motivos muy heterogéneos respecto a la edad de los pacientes intervenidos, características clínicas, funcionales y oncológicas, además de la decisión propia del paciente en cuestión y su índice de fragilidad (23).

Otra posibilidad es la destreza del cirujano en la técnica a realizar entre ambos tipos de derivación urinaria. También el paso gradual que se está llevando desde el abordaje abierto al laparoscópico puede afectar a la elección de la derivación a realizar, debido a la mayor o menor complejidad de dicha técnica. Además, no en todos los centros hospitalarios se está llevando a cabo esta transición a la misma velocidad. Por lo tanto, influyen factores personales y clínicos del paciente, aspectos profesionales y otras características derivadas de la evolución del sistema sanitario. Aspectos controlables y no controlables que derivan en multitud de resultados más que variables. Esto hace que la comparación con otros estudios previos sea más que compleja (22), (24), (25).

Por otra parte, llama la atención el escaso número de trabajos publicados en relación con el tipo de derivación urinaria y la calidad de vida del paciente, aspecto que consideramos fundamental a la hora de ofrecer unas expectativas adecuadas a la evidencia científica. De hecho, el desarrollo de nuevas derivaciones urinarias, más complejas desde el punto de vista quirúrgico, se fundamentaría en mejorar dicha calidad de vida, algo que no podemos afirmar con rotundidad en base a los estudios de los que disponemos hasta la fecha.

7. CONCLUSIONES

La muestra recogida (n =40) de pacientes a los que se ha realizado cistectomía radical en el Área de Salud Valladolid Este no es suficiente en su conjunto para sacar conclusiones determinantes, puesto que su reducido número no logra aportar datos significativamente estadísticos.

Aun así, se han podido relacionar ciertos aspectos como la mayor calidad de vida en pacientes sometidos a ureterostomía cutánea frente a ureteroileostomía tipo Bricker corroborándolos con otras publicaciones similares, si bien es cierto que la escasa evidencia científica previa ha dificultado el trabajo de contraste y confirmación.

Además, pese a no encontrar artículos científicos relacionados con la utilización de ambas derivaciones en relación a los antecedentes personales de nefrectomía, abordaje quirúrgico y tratamiento quimioterápico, hemos podido orientar la utilización de ambas derivaciones en función de las características anteriormente mencionadas.

Nuestro trabajo supone una base importante en el desarrollo de futuros estudios con un mayor número de casos que podrían aportar un gran beneficio al paciente

adecuando la técnica quirúrgica a la prevención de posteriores complicaciones y obteniendo una calidad de vida acorde con las expectativas de este.

8. AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Juan Ramon Torrecilla García – Ripoll como tutor principal y profesor asociado de la Universidad de Valladolid y a la Doctora Ana Herranz Arriero como tutora secundaria. Gracias por vuestra paciencia y dedicación.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer de vejiga - Estadísticas [Internet]. Cancer.Net. 2018 [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-vejiga/estadisticas>
2. Cáncer de vejiga | CDC [Internet]. 2022 [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/bladder/index.htm>
3. Cáncer de vejiga - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/vejiga>
4. Cistectomía radical: la tasa de complicaciones a los 90 días se duplicó en los pacientes con duración de la estancia breve [Internet]. Cistectomía radical: la tasa de complicaciones a los 90 días se duplicó en los pacientes con duración de la estancia breve | Univadis. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.univadis.es/viewarticle/cistectomia-radical-la-tasa-de-complicaciones-a-los-90-dias-se-duplico-en-los-pacientes-con-duracion-de-la-estancia-breve-476600>
5. BOE-A-2017-1200.pdf [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/02/06/pdfs/BOE-A-2017-1200.pdf>
6. Conde Redondo C, Estébanez Zarranz J, Rodríguez Tovez A, Amón Sesmero J, Alonso Fernández D, Martínez Sagarra JM, et al. Estudio de la calidad de vida en pacientes sometidos a sustitución vesical ortotópica versus ileostomía cutánea. Actas Urol Esp. 1 de enero de 2001;25(6):435-44.

- 7.** DM P, Whelan, SL, J F, L R, J Y. Cancer Incidence in Five Continents Volume VII [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Scientific-Publications/Cancer-Incidence-In-Five-Continents-Volume-VII-1997>
- 8.** Pakzad R, Mohammadian-Hafshejani A, Mohammadian M, Pakzad I, Safiri S, Khazaei S, et al. Incidence and Mortality of Bladder Cancer and their Relationship with Development in Asia. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2015;16(16):7365-74.
- 9.** Urrutia G, Serra C, Bonfill X, Bastús R. Incidencia del cáncer de vejiga urinaria en un área industrializada de España. *Gac Sanit*. 1 de julio de 2002;16(4):291-7.
- 10.** Tardon A, Martínez B, Kogevinas M, Cueto A. Cáncer de vejiga en Asturias: incidencia y evolución (1982-1993). *Gac Sanit*. 1 de septiembre de 1999;13(5):346-52.
- 11.** Rebibo JD, Lacarrière E, Nouhaud FX, Safsaf A, Caremel R, Pfister C. Predictive Factors of Bladder Tumor Recurrence after Nephro-Ureterectomy for Urothelial Carcinoma. *J Cancer Ther*. 29 de enero de 2015;6(2):122-8.
- 12.** Dreicer R, Cooper CS, Williams RD. Management of prostate and bladder cancer in the elderly. *Urol Clin North Am*. febrero de 1996;23(1):87-97.
- 13.** Farnham SB, Cookson MS, Alberts G, Smith JA, Chang SS. Benefit of radical cystectomy in the elderly patient with significant co-morbidities. *Urol Oncol*. junio de 2004;22(3):178-81.
- 14.** Gamé X, Soulié M, Seguin P, Vazzoler N, Tollon C, Pontonnier F, et al. Radical cystectomy in patients older than 75 years: assessment of morbidity and mortality. *Eur Urol*. mayo de 2001;39(5):525-9.
- 15.** Wood DP, Montie JE, Maatman TJ, Beck GJ. Radical cystectomy for carcinoma of the bladder in the elderly patient. *J Urol*. julio de 1987;138(1):46-8.
- 16.** Urrutia G, Serra C, Bonfill X, Bastús R. Incidencia del cáncer de vejiga urinaria en un área industrializada de España. *Gac Sanit*. agosto de 2002;16(4):291-7.

- 17.** Abdollah F, Gandaglia G, Thuret R, Schmitges J, Tian Z, Jeldres C, et al. Incidence, survival and mortality rates of stage-specific bladder cancer in United States: a trend analysis. *Cancer Epidemiol.* junio de 2013;37(3):219-25.
- 18.** Silverman DT, Hartge P, Morrison AS, Devesa SS. Epidemiology of Bladder Cancer. *Hematol Oncol Clin North Am.* 1 de febrero de 1992;6(1):1-30.
- 19.** Steineck G, Plato N, Norell SE, Hogstedt C. Urothelial cancer and some industry-related chemicals: an evaluation of the epidemiologic literature. *Am J Ind Med.* 1990;17(3):371-91.
- 20.** Kunze E, Chang-Claude J, Frentzel-Beyme R. Life style and occupational risk factors for bladder cancer in Germany. A case-control study. *Cancer.* 1 de abril de 1992;69(7):1776-90.
- 21.** Brennan P, Bogillot O, Cordier S, Greiser E, Schill W, Vineis P, et al. Cigarette smoking and bladder cancer in men: a pooled analysis of 11 case-control studies. *Int J Cancer.* 15 de abril de 2000;86(2):289-94.
- 22.** Deliveliotis C, Papatsoris A, Chrisofos M, Dellis A, Liakouras C, Skolarikos A. Urinary diversion in high-risk elderly patients: modified cutaneous ureterostomy or ileal conduit? *Urology.* agosto de 2005;66(2):299-304.
- 23.** Longo N, Imbimbo C, Fusco F, Ficarra V, Mangiapia F, Di Lorenzo G, et al. Complications and quality of life in elderly patients with several comorbidities undergoing cutaneous ureterostomy with single stoma or ileal conduit after radical cystectomy. *BJU Int.* octubre de 2016;118(4):521-6.
- 24.** Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet Lond Engl.* 1 de abril de 2017;389(10076):1323-35.
- 25.** Korkes F, Fernandes E, Gushiken FA, Glina FPA, Baccaglini W, Timóteo F, et al. Bricker ileal conduit vs. Cutaneous ureterostomy after radical cystectomy for bladder cancer: a systematic review. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol.* 28 de febrero de 2021;48(1):18-30.

10. ANEXOS

Tabla 2. Tabla de frecuencias derivación urinaria tipo Bricker vs cutánea.

TIPO DE DERIVACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
BRICKER	31	77,5
CUTÁNEA	9	22,5
TOTAL	40	100,0

Tabla 3. Correlación entre sexo y tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA		P - VALOR
		BRICKER	CUTÁNEA	
SEXO	VARÓN	27 (87,1%)	7 (77,8%)	0,602
	MUJER	4 (12,9%)	2 (22,2%)	

Tabla 4. Estadísticos de grupo edad en relación con el tipo de derivación urinaria.

TIPO DERIVACIÓN URINARIA		FRECUENCIA ABSOLUTA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	P-VALOR
EDAD	BRICKER	31	70,39	6,756	0,01
	CUTÁNEA	9	77,11	5,840	

Tabla 7. Correlación entre estadificación y tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA		
		BRICKER	CUTÁNEA	P - VALOR
ANATOMÍA PATOLÓGICA Y ESTADIFICACIÓN	pT2N0M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	0,615
	pTisN2M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT0N0M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT1cN0M0	0 (0,0%)	1 (11,1%)	
	pT1N0M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT2aN0M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT2bN0M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT2bN1M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT2N0M0	5 (16,1%)	2 (22,2%)	
	pT2N2M0	3 (9,7%)	0 (0,0%)	
	pT3aN0M0	1 (3,2%)	1 (11,1%)	
	pT3aN1M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT3bN0M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT3N0M0	1 (3,2%)	1 (11,1%)	
	pT3N1M0	1 (3,2%)	1 (11,1%)	
	pT4aN1M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pT4N0M0	0 (0,0%)	1 (11,1%)	
	pT4N1M0	2 (6,5%)	0 (0,0%)	
	pT4N2M0	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
	pTaN0M0	2 (6,5%)	0 (0,0%)	
pTisN0M0	5 (16,1%)	2 (22,2%)		

Tabla 10. Correlación uropatía obstructiva con tipo de derivación urinaria, quimioterapia y abordaje quirúrgico.

		UROPATÍA OBSTRUCTIVA		
		NO	SI	P - VALOR
TIPO DERIVACIÓN URINARIA	BRICKER	14 (45,2%)	17 (54,8%)	0,272
	CUTÁNEA	2 (22,2%)	7 (77,8%)	
QUIMIOTERAPIA	NO	5 (31,3%)	11 (68,7%)	0,65
	NEOADYUVANTE	7 (46,7%)	8 (53,3%)	
	ADYUVANTE	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
ABORDAJE QUIRÚRGICO	ABIERTO	14 (43,8%)	18 (56,2%)	0,12
	LAPAROSCÓPICO	1 (14,3%)	6 (85,7%)	
	RECONVERTIDA (LPS A ABIERTO)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	

Tabla 11. Correlación hidronefrosis con tipo de derivación urinaria, quimioterapia y abordaje quirúrgico.

		HIDRONEFROSIS		
		NO	SI	P - VALOR
TIPO DERIVACIÓN URINARIA	BRICKER	11 (35,5%)	20 (64,5%)	0,134
	CUTÁNEA	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
QUIMIOTERAPIA	NO	8 (50,0%)	8 (50,0%)	0,638
	NEOADYUVANTE	5 (33,3%)	10 (66,7%)	
	ADYUVANTE	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
ABORDAJE QUIRÚRGICO	ABIERTO	15 (46,9%)	17 (53,1%)	0,102
	LAPAROSCÓPICO	1 (14,3%)	6 (85,7%)	
	RECONVERTIDA (LPS A ABIERTO)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	

Tabla 12. Correlación insuficiencia renal con tipo de derivación urinaria, quimioterapia y abordaje quirúrgico.

		IR		
		NO	SI	P - VALOR
TIPO DERIVACIÓN URINARIA	BRICKER	14 (45,2%)	17 (54,8%)	0,272
	CUTÁNEA	2 (22,2%)	7 (77,8%)	
QUIMIOTERAPIA	NO	4 (25%)	12 (75%)	0,125
	NEOADYUVANTE	9 (60%)	6 (40%)	
	ADYUVANTE	3 (33,3%)	6 (66,7%)	
ABORDAJE QUIRÚRGICO	ABIERTO	13 (40,6%)	19 (59,4%)	0,237
	LAPAROSCÓPICO	2 (28,6%)	5 (71,4%)	
	RECONVERTIDA (LPS A ABIERTO)	1 (100%)	0 (0%)	

Tabla 13. Correlación preguntas subgrupo “cuidado de urostomía” del cuestionario de la calidad de vida con tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA				P-VALOR
		BRICKER		CUTÁNEA		
		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	
1. ¿Ha tenido problemas con el cuidado de su urostomía?	No	14	45,2%	7	77,8%	0,19
	Un poco	11	35,5%	2	3,0%	
	Bastante	5	16,1%	0	0,0%	
	Mucho	1	3,2%	0	0,0%	
2. ¿Se ha filtrado la orina de su bolsa de urostomía?	No	10	32,3%	4	44,4%	0,39
	Un poco	14	45,2%	4	44,4%	
	Bastante	5	16,1%	0	0,0%	
	Mucho	2	6,5%	1	11,1%	
3. ¿Se ha irritado la piel alrededor de la urostomía?	No	12	38,7%	2	22,2%	0,153
	Un poco	11	35,5%	6	66,7%	
	Bastante	6	19,4%	0	0,0%	
	Mucho	2	6,5%	1	11,1%	
4. ¿Ha sido dependiente de otros para cuidado de su urostomía?	No	19	61,3%	5	55,6%	0,19
	Un poco	5	16,1%	0	0,0%	
	Bastante	4	12,9%	1	11,1%	
	Mucho	3	9,7%	3	33,3%	

Tabla 14. Correlación preguntas subgrupo “bienestar físico general” del cuestionario de la calidad de vida con tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA				P-VALOR
		BRICKER		CUTÁNEA		
		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	
5. ¿Ha sentido su abdomen hinchado?	No	18	58,1%	8	88,9%	0,186
	Un poco	6	19,4%	1	11,1%	
	Bastante	6	19,4%	0	0,0%	
	Mucho	1	3,2%	0	0,0%	
6. ¿Ha tenido flatulencias/gases/diarrea?	No	20	64,5%	6	66,7%	0,1
	Un poco	7	22,6%	0	0,0%	
	Bastante	3	9,7%	3	33,3%	
	Mucho	1	3,2%	0	0,0%	
7. ¿Ha tenido náuseas?	No	28	90,3%	8	88,9%	0,706
	Un poco	2	6,5%	1	11,1%	
	Bastante	1	3,2%	0	0,0%	
	Mucho	0	0,0%	0	0,0%	
8. ¿Tiene buen apetito?	Mucho	16	51,6%	4	44,4%	0,189
	Bastante	10	32,3%	3	33,3%	
	Un poco	4	12,9%	0	0,0%	
	No	1	3,2%	2	22,2%	
9. ¿Ha perdido peso?	No	16	51,6%	5	55,6%	0,996
	Un poco	4	12,9%	1	11,1%	
	Bastante	4	12,9%	1	11,1%	
	Mucho	7	22,6%	2	22,2%	
10. ¿Se ha sentido con falta de energía?	No	12	38,7%	4	44,4%	0,946
	Un poco	10	32,3%	3	33,3%	
	Bastante	6	19,4%	1	11,1%	
	Mucho	3	9,7%	1	11,1%	
11. ¿Ha tenido dolor?	No	19	61,3%	7	77,8%	0,587
	Un poco	9	29,0%	2	22,2%	
	Bastante	2	6,5%	0	0,0%	
	Mucho	1	3,2%	0	0,0%	
12. Se ha visto forzado a pasar tiempo en la cama?	No	24	77,4%	9	100,0%	0,137
	Un poco	4	12,9%	0	0,0%	
	Bastante	3	9,7%	0	0,0%	
	Mucho	0	0,0%	0	0,0%	

Tabla 15. Correlación preguntas subgrupo “bienestar socio - familiar” del cuestionario de la calidad de vida con tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA				P-VALOR
		BRICKER		CUTÁNEA		
		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	
13. Ha tenido apoyo emocional por parte de su familia/pareja/amigos?	Mucho	25	80,6%	7	77,8%	0,512
	Bastante	3	9,7%	2	22,2%	
	Un poco	2	6,5%	0	0,0%	
	No	1	3,2%	0	0,0%	
14. ¿Ha aceptado su familia su enfermedad?	Mucho	27	87,1%	9	100,0%	0,339
	Bastante	3	9,7%	0	0,0%	
	Un poco	0	0,0%	0	0,0%	
	No	1	3,2%	0	0,0%	
15. ¿Se siente a gusto comentando su condición física con sus amigos?	Mucho	16	51,6%	5	55,6%	0,582
	Bastante	4	12,9%	2	22,2%	
	Un poco	3	9,7%	0	0,0%	
	No	8	25,8%	2	22,2%	

Tabla 16. Correlación preguntas subgrupo “bienestar psicológico” del cuestionario de la calidad de vida con tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA				P-VALOR
		BRICKER		CUTÁNEA		
		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	
16. ¿Se ha preocupado sobre su salud en el futuro?	No	10	32,3%	1	11,1%	0,165
	Un poco	6	19,4%	4	44,4%	
	Bastante	11	35,5%	4	44,4%	
	Mucho	4	12,9%	0	0,0%	
17. ¿Se ha preocupado por los resultados de sus revisiones/mala evolución de la enfermedad?	No	11	35,5%	4	44,4%	0,178
	Un poco	11	35,5%	1	11,1%	
	Bastante	6	19,4%	4	44,4%	
	Mucho	3	9,7%	0	0,0%	
18. ¿Se ha sentido triste?	No	18	58,1%	7	77,8%	0,578
	Un poco	7	22,6%	1	11,1%	
	Bastante	4	12,9%	1	11,1%	
	Mucho	2	6,5%	0	0,0%	
19. ¿Se ha sentido nervioso?	No	19	61,3%	5	55,6%	0,225
	Un poco	3	9,7%	3	33,3%	
	Bastante	5	16,1%	1	11,1%	
	Mucho	4	12,9%	0	0,0%	
20. ¿Ha aceptado su enfermedad?	Mucho	20	64,5%	7	77,8%	0,471
	Bastante	5	16,1%	1	11,1%	
	Un poco	4	12,9%	0	0,0%	
	No	2	6,5%	1	11,1%	
21. ¿Ha perdido la esperanza en seguir luchando contra su enfermedad?	No	30	96,8%	8	88,9%	0,17
	Un poco	1	3,2%	0	0,0%	
	Bastante	0	0,0%	0	0,0%	
	Mucho	0	0,0%	1	11,1%	
22. ¿Se ha preocupado por la posibilidad de morir?	No	20	64,5%	8	88,9%	0,266
	Un poco	9	29,0%	1	11,1%	
	Bastante	2	6,5%	0	0,0%	
	Mucho	0	0,0%	0	0,0%	

Tabla 17. Correlación preguntas subgrupo “bienestar funcional” del cuestionario de la calidad de vida con tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA				P-VALOR
		BRICKER		CUTÁNEA		
		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	
23. ¿Ha tenido que limitar su actividad física y social debido a su condición?	No	8	25,8%	4	44,4%	0,402
	Un poco	12	38,7%	1	11,1%	
	Bastante	8	25,8%	3	33,3%	
	Mucho	3	9,7%	1	11,1%	
24. ¿Ha sido capaz de trabajar? JUBILADOS	Mucho	2	11,1%	0	0,0%	0,198
	Bastante	2	11,1%	1	20,0%	
	Un poco	1	5,6%	2	40,0%	
	No	13	72,2%	2	40,0%	
25. ¿Está durmiendo bien?	Mucho	13	41,9%	4	44,4%	0,451
	Bastante	8	25,8%	2	22,2%	
	Un poco	6	19,4%	3	33,3%	
	No	4	12,9%	0	0,0%	
26. ¿Disfruta de las cosas que hace en su tiempo libre?	Mucho	21	67,7%	7	77,8%	0,587
	Bastante	8	25,8%	1	11,1%	
	Un poco	2	6,5%	1	11,1%	
	No	0	0,0%	0	0,0%	

Tabla 18. Correlación preguntas subgrupo “bienestar sexual” del cuestionario de la calidad de vida con tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA				P-VALOR
		BRICKER		CUTÁNEA		
		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	
27. ¿Se ha sentido físicamente menos atractivo como resultado de su enfermedad o tratamiento?	No	22	71,0%	6	66,7%	0,552
	Un poco	4	12,9%	2	22,2%	
	Bastante	3	9,7%	0	0,0%	
	Mucho	2	6,5%	1	11,1%	
28. ¿Hasta qué punto está interesado en el sexo o ha sido sexualmente activo? (con o sin relaciones sexuales)	Mucho	2	6,5%	0	0,0%	0,547
	Bastante	0	0,0%	0	0,0%	
	Un poco	2	6,5%	1	11,1%	
	No	27	87,1%	8	88,9%	

Tabla 19. Correlación cuestionario de la calidad de vida por subgrupos con tipo de derivación urinaria.

		TIPO DERIVACIÓN URINARIA				P-VALOR
		BRICKER		CUTÁNEA		
		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	
EN RELACIÓN CON EL CUIDADO DE LA UROSTOMÍA	Mucho	6	19,4%	4	44,4%	0,049
	Bastante	21	67,7%	2	22,2%	
	Un poco	4	12,9%	3	33,3%	
	No	0	0,0%	0	0,0%	
BIENESTAR FÍSICO GENERAL	Mucho	13	41,9%	6	66,7%	0,304
	Bastante	16	51,6%	3	33,3%	
	Un poco	2	6,5%	0	0,0%	
	No	0	0,0%	0	0,0%	
BIENESTAR SOCIO-FAMILIAR	Mucho	18	58,1%	7	77,8%	0,534
	Bastante	10	32,3%	2	22,2%	
	Un poco	2	6,5%	0	0,0%	
	No	1	3,2%	0	0,0%	
BIENESTAR PSÍQUICO	Mucho	14	45,2%	5	55,6%	0,333
	Bastante	13	41,9%	4	44,4%	
	Un poco	4	12,9%	0	0,0%	
	No	0	0,0%	0	0,0%	
BIENESTAR FUNCIONAL	Mucho	7	22,6%	0	0,0%	0,063
	Bastante	14	45,2%	8	88,9%	
	Un poco	9	29,0%	1	11,1%	
	No	1	3,2%	0	0,0%	
BIENESTAR SEXUAL	Mucho	2	6,5%	0	0,0%	0,598
	Bastante	1	3,2%	1	11,1%	
	Un poco	23	74,2%	7	77,8%	
	No	5	16,1%	1	11,1%	

Cuestionario 1. Cuestionario sobre la calidad de vida de elaboración propia

MENOR PUNTUACIÓN (0): MEJOR CALIDAD DE VIDA

MAYOR PUNTUACIÓN (3): PEOR CALIDAD DE VIDA

A. EN RELACIÓN CON EL CUIDADO DE LA UROSTOMÍA (4)

1. ¿Ha tenido problemas con el cuidado de su urostomía?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

2. ¿Se ha filtrado la orina de su bolsa de urostomía?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

3. ¿Se ha irritado la piel alrededor de la urostomía?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

4. ¿Ha sido dependiente de otros para cuidado de su urostomía?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

B. BIENESTAR FÍSICO GENERAL (8)

5. ¿Ha sentido su abdomen hinchado?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

6. ¿Ha tenido flatulencias/gases/diarrea?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

7. ¿Ha tenido nauseas?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

8. ¿Tiene buen apetito?

- 0. Mucho
- 1. Bastante
- 2. Poco
- 3. No

9. ¿Ha perdido peso?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

10. ¿Se ha sentido con falta de energía?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

11. ¿Ha tenido dolor?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

12. ¿Se ha visto forzado a pasar tiempo en la cama?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

C. BIENESTAR SOCIO-FAMILIAR (3)

13. ¿Ha tenido apoyo emocional por parte de su familia/pareja/amigos?

- 0. Mucho
- 1. Bastante
- 2. Poco
- 3. No

14. ¿Ha aceptado su familia su enfermedad?

- 0. Mucho
- 1. Bastante
- 2. Poco
- 3. No

15. ¿Se siente a gusto comentando su condición física con sus amigos?

- 0. Mucho
- 1. Bastante
- 2. Poco
- 3. No

D. BIENESTAR PSÍQUICO (7)

16. ¿Se ha preocupado sobre su salud en el futuro?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

17. ¿Se ha preocupado por los resultados de sus revisiones/mala evolución de la enfermedad?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

18. ¿Se ha sentido triste?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

19. ¿Se ha sentido nervioso?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

20. ¿Ha aceptado su enfermedad?

- 0. Mucho
- 1. Bastante
- 2. Poco
- 4. No

21. ¿Ha perdido la esperanza en seguir luchando contra su enfermedad?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

22. ¿Se ha preocupado por la posibilidad de morir?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

E. BIENESTAR FUNCIONAL (4)

23. ¿Ha tenido que limitar su actividad física y social debido a su condición?

- 0. No
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

24. ¿Ha sido capaz de trabajar? JUBILADOS

- 0. Mucho
- 1. Bastante
- 2. Poco
- 3. No

25. ¿Está durmiendo bien?

- 0. Mucho
- 1. Bastante

2. Poco
3. No

26. ¿Disfruta de las cosas que hace en su tiempo libre?

0. Mucho
1. Bastante
2. Poco
3. No

F. BIENESTAR SEXUAL (3)

27. ¿Se ha sentido físicamente menos atractivo como resultado de su enfermedad o tratamiento?

0. No
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

28. ¿Hasta qué punto está interesado en el sexo o ha sido sexualmente activo? (con o sin relaciones sexuales)

0. Mucho
1. Bastante
2. Poco
3. No

Questionario 2. FACT-BI-Cys

Below is a list of statements that other people with your illness have said are important. Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

<u>PHYSICAL WELL-BEING</u>		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
QF1	I have a lack of energy	0	1	2	3	4
QF2	I have nausea	0	1	2	3	4
QF3	Because of my physical condition, I have trouble meeting the needs of my family	0	1	2	3	4
QF4	I have pain	0	1	2	3	4
QF5	I am bothered by side effects of treatment	0	1	2	3	4
QF6	I feel ill	0	1	2	3	4
QF7	I am forced to spend time in bed	0	1	2	3	4

<u>SOCIAL/FAMILY WELL-BEING</u>		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
QF8	I feel close to my friends	0	1	2	3	4
QF9	I get emotional support from my family	0	1	2	3	4
QF10	I get support from my friends.....	0	1	2	3	4
QF11	My family has accepted my illness	0	1	2	3	4
QF12	I am satisfied with family communication about my illness.....	0	1	2	3	4
QF13	I feel close to my partner (or the person who is my main support)	0	1	2	3	4
QF14	<i>Regardless of your current level of sexual activity, please answer the following question. If you prefer not to answer it, please mark this box <input type="checkbox"/> and go to the next section.</i>					
QF15	I am satisfied with my sex life	0	1	2	3	4

Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

EMOTIONAL WELL-BEING

	Not at all	A little bit	Some-what	Quite a bit	Very much	
Q80	I feel sad	0	1	2	3	4
Q82	I am satisfied with how I am coping with my illness.....	0	1	2	3	4
Q83	I am losing hope in the fight against my illness.....	0	1	2	3	4
Q84	I feel nervous	0	1	2	3	4
Q85	I worry about dying.....	0	1	2	3	4
Q86	I worry that my condition will get worse.....	0	1	2	3	4

FUNCTIONAL WELL-BEING

	Not at all	A little bit	Some-what	Quite a bit	Very much	
Q87	I am able to work (include work at home)	0	1	2	3	4
Q88	My work (include work at home) is fulfilling.....	0	1	2	3	4
Q89	I am able to enjoy life.....	0	1	2	3	4
Q90	I have accepted my illness.....	0	1	2	3	4
Q91	I am sleeping well	0	1	2	3	4
Q92	I am enjoying the things I usually do for fun	0	1	2	3	4
Q93	I am content with the quality of my life right now.....	0	1	2	3	4

Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

ADDITIONAL CONCERNS

		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
01	I am losing weight.....	0	1	2	3	4
02	I have control of my bowels.....	0	1	2	3	4
03	I have diarrhea (diarrhoea).....	0	1	2	3	4
04	I have a good appetite.....	0	1	2	3	4
05	I like the appearance of my body.....	0	1	2	3	4
06	I have trouble controlling my urine.....	0	1	2	3	4
07	My condition wakes me up at night.....	0	1	2	3	4
08	I am embarrassed by my condition.....	0	1	2	3	4
09	Caring for my urinary condition is difficult.....	0	1	2	3	4
10	I have to limit my social activity because of my condition.....	0	1	2	3	4
11	I have to limit my physical activity because of my condition.....	0	1	2	3	4
12	I have to limit my sexual activity because of my condition.....	0	1	2	3	4
13	I am comfortable discussing my condition with friends.....	0	1	2	3	4
14	I am satisfied with my urinary condition.....	0	1	2	3	4
15	I am afraid to be far from a toilet.....	0	1	2	3	4
16	I am interested in sex.....	0	1	2	3	4
17	(For men only) I am able to have and maintain an erection.....	0	1	2	3	4

Questionario 3. EORTC-QLQ BLM30

Patients sometimes report that they have the following symptoms or problems. Please indicate the extent to which you have experienced these symptoms or problems during the past week. Please answer by circling the number that best applies to you.

PLEASE ANSWER QUESTIONS 31 - 37 ONLY IF YOU DO NOT HAVE A UROSTOMY

During the past week:	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
31. Have you had to urinate frequently during the day ?	1	2	3	4
32. Have you had to urinate frequently at night ?	1	2	3	4
33. When you felt the urge to pass urine, did you have to hurry to get to the toilet?	1	2	3	4
34. Was it difficult for you to get enough sleep, because you needed to get up frequently at night to urinate?	1	2	3	4
35. Have you had difficulty going out of the house, because you needed to be close to a toilet?	1	2	3	4
36. Have you had any unintentional release (leakage) of urine?	1	2	3	4
37. Have you had pain or a burning feeling when urinating?	1	2	3	4

PLEASE ANSWER QUESTIONS 38 - 43 ONLY IF YOU HAVE A UROSTOMY

During the past week:	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
38. Has urine leaked from your urostomy bag?	1	2	3	4
39. Did you have problems with caring for your urostomy?	1	2	3	4
40. Was your skin around the urostomy irritated?	1	2	3	4
41. Have you felt embarrassed because of your urostomy?	1	2	3	4
42. Have you been dependent on others for caring for your urostomy?	1	2	3	4
43. Did you frequently have to change the urostomy bag?	1	2	3	4

PLEASE ANSWER QUESTION 44 ONLY IF YOU HAVE USED A CATHETER DURING THE PAST WEEK

44. Have you had problems with self-catheterization? (inserting a tube in the bladder to pass urine)	1	2	3	4
--	---	---	---	---

During the past week:

	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
45. Were you worried about your health in the future?	1	2	3	4
46. Did you worry about the results of examinations and tests?	1	2	3	4
47. Did you worry about possible future treatments?	1	2	3	4
48. Have you had a bloated feeling in your abdomen?	1	2	3	4
49. Have you had flatulence or gas?	1	2	3	4
50. Have you felt physically less attractive as a result of your illness or treatment?	1	2	3	4
51. Have you been dissatisfied with your body?	1	2	3	4
52. Have you felt less feminine/masculine as a result of your illness or treatment?	1	2	3	4

During the past 4 weeks:

	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
53. To what extent were you interested in sex?	1	2	3	4
54. To what extent were you sexually active (with or without sexual intercourse)?	1	2	3	4
55. For men only: Did you have difficulty gaining or maintaining an erection?	1	2	3	4
56. For men only: Did you have ejaculation problems (e.g. dry ejaculation)?	1	2	3	4

Please answer the following 4 questions only if you have been sexually active during the past 4 weeks:

	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
57. Have you felt uncomfortable about being sexually intimate?	1	2	3	4
58. Have you worried that you may contaminate your partner during sexual contact with the bladder treatment you have been receiving?	1	2	3	4
59. To what extent was sex enjoyable for you?	1	2	3	4
60. For Women only: did you have a dry vagina or other problems during intercourse?	1	2	3	4

DERIVACIONES URINARIAS EN CISTECTOMÍA RADICAL Y CALIDAD DE VIDA

SERVICIO DE UROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (HCUV)



Autor: Eduardo Calvo del Olmo

Tutores: Dr. Juan Ramón Torrecilla García-Ripoll

Dra. Ana Herranz Arriero

INTRODUCCIÓN

El cáncer vesical es una enfermedad muy prevalente en la actualidad. Su diagnóstico y tratamiento precoz resulta de vital importancia para intentar reducir la morbimortalidad asociada a dicha enfermedad. La cistectomía radical y posterior derivación urinaria es la técnica gold estándar en su tratamiento, pero junto con la alta complejidad de esta cirugía se asocian complicaciones a corto, medio y largo plazo que debemos valorar y prevenir.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados han sido complejos de comparar y contrastar con otras publicaciones. Aun así, hemos podido relacionar algunos aspectos que podrían influir en la elección de una u otra derivación urinaria. A pesar de ello y dada la ausencia de significación estadística no podemos apoyar firmemente una de las derivaciones propuestas frente a la otra.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo ha sido analizar, evaluar y valorar los datos de pacientes en el Área Este de Valladolid intervenidos de cistectomía radical por cáncer de vejiga y comparar las complicaciones y calidad de vida posterior en relación al tipo de derivación urinaria utilizada.

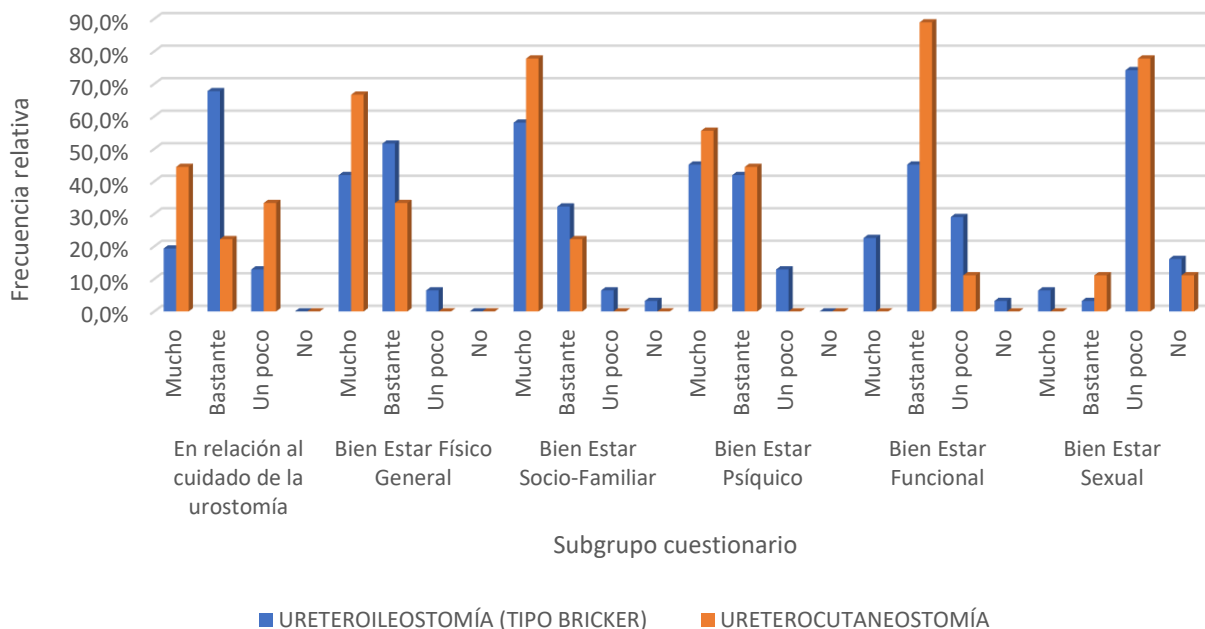
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo con los datos de 40 pacientes del Área de salud Valladolid Este en el periodo 2015 – 2021. Se dividieron en dos grupos en base al tipo de derivación urinaria: ureteroileostomía cutánea (Bricker) o ureterostomía cutánea. Se analizaron un total de 22 variables recogidas en las historias clínicas, así como un cuestionario de 28 preguntas sobre la calidad de vida post intervención.

CONCLUSIÓN

Debido a la reducida muestra de pacientes no hemos podido obtener conclusiones firmes y de relevancia, pero sí relacionar mínimamente determinadas variables asociadas a las dos posibles derivaciones urinarias que hemos tratado. Así mismo, y debido a la escasa bibliografía al respecto, hemos obtenido limitados datos comparativos en cuanto a la calidad de vida de los pacientes sometidos a cistectomía radical por cáncer vesical.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA



BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer de vejiga - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/vejiga>
2. Conde Redondo C, Estébanez Zarranz J, Rodríguez Tovez A, Amón Sesmero J, Alonso Fernández D, Martínez Sagarra JM, et al. Estudio de la calidad de vida en pacientes sometidos a sustitución vesical ortotópica versus ileostomía cutánea. Actas Urol Esp. 1 de enero de 2001;25(6):435-44.
3. Gamé X, Soulié M, Seguin P, Vazzoler N, Tollon C, Pontonnier F, et al. Radical cystectomy in patients older than 75 years: assessment of morbidity and mortality. Eur Urol. mayo de 2001;39(5):525-9.
4. Brennan P, Bogillot O, Cordier S, Greiser E, Schill W, Vineis P, et al. Cigarette smoking and bladder cancer in men: a pooled analysis of 11 case-control studies. Int J Cancer. 15 de abril de 2000;86(2):289-94.

