



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2023-24)

**Trabajo Fin de Grado**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN  
PACIENTES CON DERIVACIÓN URINARIA  
TIPO BRICKER**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA

Estudiante: CARMEN DOMINGO MEDIALDEA

Tutor/a: José Ignacio Cuende

Mayo, 2024

## ÍNDICE

1. Resumen y abstract.....	3
2. Introducción.....	5
3. Objetivos.....	11
4. Materiales y métodos.....	12
5. Resultados.....	15
4.1. Cuidados preoperatorios.....	15
4.2. Educación sanitaria.....	16
4.3. Apoyo psicosocial.....	17
4.4. Complicaciones.....	18
4.5. Cuidados postoperatorios.....	21
4.6. Materiales.....	22
4.7. Cura y mantenimiento.....	24
6. Discusión.....	27
6.1. Valoración enfermera NANDA.....	29
6.2. Limitaciones.....	31
7. Conclusiones.....	32
8. Bibliografía.....	33

## 1. RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de vejiga es uno de los más diagnosticados en España. Su factor de riesgo principal se considera el tabaco. Hay varios estadios del tumor pero la revisión se centra en el musculo-invasivo no metastásico. Cuando éste invade la musculatura, su tratamiento se basa en quimioterapia y cirugía. Se realizará una cistectomía radical tras la cual se creará la derivación urinaria tipo Bricker.

**Objetivos:** El objetivo principal de la revisión es revisar e identificar según la literatura científica los mejores cuidados de enfermería tanto pre como post operatorios en pacientes urostomizados.

**Material y métodos:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Cinahl y Google Académico siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión. Para ello se han utilizado los operadores booleanos AND y OR.

**Resultados y discusión:** Los artículos revisados resaltan la importancia de la educación sanitaria y el apoyo psicosocial. Una buena técnica y conocer las complicaciones puede ser de gran ayuda para el paciente. Conocer la información necesaria puede mejorar el proceso de adaptación reduciendo emociones negativas como el estrés o la ansiedad. Existen diversas complicaciones que pueden evitarse tras una buena educación sanitaria la cual ayuda al paciente a tener una mejor adaptación al cuidado del Bricker.

**Conclusiones:** Los profesionales de enfermería tienen un papel importante en la adaptación del paciente al nuevo estilo de vida. La educación sanitaria conlleva uno de los principales puntos dentro de su función. La educación sanitaria y el seguimiento del profesional de enfermería al paciente reduce las complicaciones y el tiempo en que se tratan éstas si aparecen. Además, empodera al paciente a través de ayuda psicosocial mejorando su autonomía en el cuidado.

**Palabras clave:** Urostomía, ureterostomía, Bricker, cuidados de enfermería.

## ABSTRACT

**Introduction:** Bladder cancer is one of the most diagnosed cancers in Spain. Its main risk factor is considered to be tobacco. There are several stages of the tumor, but the review focuses on non-metastatic muscle-invasive bladder cancer. When it invades the muscle, its treatment is based on chemotherapy and surgery. A radical cystectomy will be performed, after which a Bricker-type urinary diversion will be created.

**Objectives:** The main objective of the review is to examine and identify, according to scientific literature, the best pre- and post-operative nursing care for urostomized patients.

**Material and methods:** A bibliographic search has been conducted in the PubMed, CINAHL, and Google Scholar databases following inclusion and exclusion criteria. Boolean operators AND and OR were used for this purpose.

**Results and discussion:** The reviewed articles highlight the importance of health education and psychosocial support. A good technique and awareness of complications can be greatly beneficial for the patient. Having the necessary information can improve the adaptation process by reducing negative emotions such as stress or anxiety. There are various complications that can be avoided through good health education, which helps the patient better adapt to the care of the Bricker.

**Conclusions:** Nursing professionals play an important role in the patient's adaptation to the new lifestyle. Health education is one of the main points within their function. Health education and follow-up by nursing professionals reduce complications and the time taken to treat them if they occur. Additionally, it empowers the patient through psychosocial support, improving their autonomy in care.

**Keywords:** Urostomy, ureterostomy, Bricker, nursing care.

## 2. INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es el cáncer más común de la parte inferior del sistema urinario. Éste se forma a partir del crecimiento inusual de las células uroteliales que envuelven la luz de la vejiga. Este tipo de carcinoma urotelial no solo puede verse en la vejiga, sino que también se puede encontrar en la parte superior del tracto urinario como pueden ser los uréteres o la pelvis renal, así como en la uretra. En esta revisión el foco se centrará en el carcinoma urotelial de vejiga. Según múltiples estudios se encuentra que hay un gran número de alteraciones genéticas que se asemejan al cáncer de pulmón o al melanoma.<sup>1</sup>

Según la OMS se puede clasificar dependiendo de sus características como invasivo o no invasivo. De la misma manera, se puede medir el grado de expansión o profundidad del tumor, a lo que llamaremos estadio que se evaluará de forma numérica del pTa al pT4.<sup>1</sup>

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
pTa	No invasivo
pT1	Invade recubrimiento
pT2	Invade musculatura vesical
pT3	Invade tejido perivesical
pT4	Invade otros órganos

(Tabla 1: tipos de estadio del tumor de vejiga)<sup>1</sup>

Entre los factores de riesgo más importantes encontramos la edad, aumentando los casos en edades entre los 70 y 84 años. Este aumento a edades avanzadas se debe a una exposición mayor al humo del tabaco el cual se considera el principal factor de riesgo. A esta exposición le sigue la de los productos químicos como pueden ser el benceno o las aminas aromáticas. Además, según van pasando los años, el cuerpo va perdiendo la capacidad de reparar el material genético, por lo que se explica que la edad avanzada sea uno de los principales factores de riesgo. Existen otros factores como el consumo de agua potabilizada a través del proceso de cloración. Durante este proceso se utilizan bromo y cloro para la desinfección del agua, los cuales en

altas concentraciones se han relacionado con un aumento de la aparición del cáncer de vejiga.<sup>1</sup> Otros factores que pueden conllevar dicha enfermedad pueden ser enfermedades crónicas, infecciones bacterianas o sondajes vesicales crónicos, los cuales pueden producir el crecimiento celular patológico. Sin embargo, diferentes estudios han revelado que en muchos casos se trata no de la exposición a los factores de riesgo ya nombrados, sino que aparece un componente hereditario. Más factores que se han relacionado con la aparición de la neoplasia son el virus del papiloma humano o la exposición laboral a determinadas sustancias tóxicas.<sup>2</sup>

Este tipo de neoplasia es considerada la octava causa de muerte en el sexo masculino, disminuyendo la probabilidad en el femenino. En España, abarca el 11% de los cánceres masculinos diagnosticando unos 12000 casos al año. Sin embargo, se reduce el número en mujeres, diagnosticando unos 1500 casos los cuales solo abarcan al 2,4 de éstas.<sup>3</sup> En el caso de las mujeres, la hematuria suele atribuirse a una ITU, siendo esto un problema pues puede retardar el reconocimiento del cáncer. Es importante el diagnóstico temprano del tumor. La gravedad del mismo no será igual en una etapa temprana comparada con una etapa ya tardía del carcinoma. El tiempo aproximado que tarda en llegar a una fase invasiva es de alrededor de 2 años y medio. Entre el 60 y 90% de los tumores que se diagnostican como no invasivo y cuyo tratamiento se llevó a cabo a través de RTU presentan una recaída. Dentro de ese porcentaje, existirá otro que comprende al 10-30% que presentarán un crecimiento y no será suficiente dicha prueba. Por otro lado, al menos un 30% de los diagnósticos serán de tumor invasivo. Dentro de ese 30% al menos entre un 5 y un 15% de los pacientes presentarán una recaída local, es decir, de la zona afectada, en un tiempo aproximado de 2 años; y en un 50% de los casos el tumor proliferará a T3 o T4 pudiendo afectar a otros órganos o estructuras corporales. Cuando un tumor es diagnosticado en fase avanzada la supervivencia disminuye. Esto ocurre alrededor del 20% de los casos. Aparece una metástasis donde las zonas más afectadas suelen ser ganglios linfáticos, estructuras óseas, hígado o aparato respiratorio, especialmente los pulmones.<sup>4</sup>

Se puede presentar de diferentes maneras. El síntoma más habitual es la aparición de hematuria que se clasifica como micro o macroscópica. La diferencia entre éstas

dos se demostrará a través de un análisis de orina, dependiendo de la cantidad de glóbulos rojos que se hallen. Sin embargo, la hematuria macroscópica suele ser visible en la micción. El segundo de los más comunes entre los síntomas es la disuria.<sup>1,4</sup> Otro síntoma que se puede apreciar es la clínica irritativa durante la micción. Esta irritabilidad puede ser un signo de que el tumor ha invadido la pared vesical o de que existe una necrosis tumoral. Sin embargo, este síntoma puede deberse a otras causas como son la obstrucción de la uretra o el aumento excesivo de la cantidad de orina. Otras manifestaciones clínicas que se pueden encontrar, aunque en menor frecuencia, pueden ser dolor lumbar u óseo.<sup>4</sup> En muchas ocasiones, no se presentan síntomas y se diagnostica de forma accidental a través de alguna prueba realizada por alguna otra circunstancia. En pacientes con hematuria microscópica la probabilidad de padecer cáncer de vejiga resulta un 4% mientras que en la hematuria macroscópica asciende a un 16,5%.

La forma de diagnóstico es muy diversa. Las bases de éste se centran en la citología de orina y en realizar una cistoscopia. La citología será llevada a cabo tras encontrar hematuria y tiene un alto porcentaje de fiabilidad, siendo mayor en tumores avanzados. La cistoscopia por otro lado, permitirá conocer la existencia o no del tumor, el estadio en el que se encuentra, así como las zonas que abarca y el tipo del tumor.<sup>4</sup> Esto es posible gracias a la introducción del endoscopio a través de la uretra.<sup>1</sup>

Una vez el tumor esté diagnosticado, la prueba a realizar será la RTU o resección trans-uretral del tumor vesical, a través de la cual se puede clasificar y observar el tumor permitiendo en caso de que no haya invadido tejidos adyacentes la resección del mismo.<sup>4</sup> Además permite recoger una biopsia tanto de las zonas que rodean al tumor así como del músculo detrusor de la vejiga.<sup>3</sup> Ésta prueba consiste en realizar una endoscopia a través de la uretra con una cámara la cual permite realizar todo lo anteriormente nombrado ya sea con un fin diagnóstico o terapéutico. En diversas ocasiones existe la posibilidad de que la muestra recogida sea insuficiente, la resección del tumor sea incompleta o exista riesgo durante la misma. En estos casos la mejor opción será repetirla a las 4-6 semanas, ya que en tumores pT1 hay un 51% de probabilidad de que se mantenga tejido tumoral. Además, ese tejido residual puede avanzar y propagarse en aproximadamente el 8% de los pacientes llegando a alcanzar

la etapa de tumor musculo-invasivo.<sup>1</sup> Por otro lado, existen tratamientos complementarios a la RTU como es el caso de la quimioprofilaxis. Ésta tiene como objetivo reducir síntomas, así como evitar la reproducción de un nuevo tumor o crecimiento del existente. El fármaco que más se utiliza es la mitomicina que actúa impidiendo la síntesis o formación de ADN.<sup>4</sup>

Esta revisión está centrada en el cáncer vesical invasivo muscular no metastásico. En este caso la RTU no será suficiente para extirpar todo el carcinoma urotelial. La elección de tratamiento se basará en quimioterapia y una posterior cirugía. Ésta intervención quirúrgica comienza en una cistectomía radical, es decir, la extirpación total de la vejiga, próstata y vesículas seminales en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres se extirpará el útero y anejos. En ambos casos se diseccionarán los ganglios linfáticos pélvicos.<sup>4</sup> Tras la cistectomía se realizará una derivación urinaria que puede presentarse como un conducto ileal, una neovejiga orto tópica o una derivación cutánea continente. En la mayor parte de los pacientes se realiza la derivación por conducto ileal debido al menor número de complicaciones y a la delicada situación de los pacientes. El conducto ileal consiste en aislar una porción del íleon, salvando la porción más cercana a la válvula ileocecal debido a la importante absorción de bilis y vitamina B12.<sup>8</sup> En el interior de esa porción aislada y reconstruida se derivarán ambos uréteres, asumiendo dicho segmento el papel de recogida de orina. Este residuo saldrá al exterior del cuerpo a través de un estoma. Ésta derivación urinaria recibe el nombre de Bricker.<sup>5</sup> La derivación creada mantendrá en su interior al menos durante un mínimo de diez días un catéter de igual medida que el conducto. Esto se realiza con el objetivo de mantener cierta permeabilidad durante la primera etapa, así como para evitar la obstrucción o estenosis del conducto tras la intervención. El tiempo que se mantenga el catéter dependerá de la evolución y decisión del cirujano que lo derive.<sup>7</sup>

## Ostomía

Se conoce con el nombre de ostomía a toda intervención quirúrgica donde se realiza una abertura que deriva desde un órgano hueco interno hasta el exterior cuya desviación tendrá como objetivo la expulsión del contenido de dicho órgano a través de la desviación creada. La manera más común de clasificarlas se realiza según la anatomía. Dentro de esta clasificación podemos encontrar traqueostomía, esofagostomía, gastrostomía, yeyunostomía, ileostomía, colostomía, nefrostomía, ureteroileostomía tipo Bricker, ureterostomía, urostomía.<sup>6</sup>

Sin embargo, hay otros tipos de clasificaciones. Se pueden agrupar según la temporalidad del estoma donde encontramos las ostomías temporales o permanentes. Las temporales son aquellas que se mantendrán durante un periodo de tiempo con el objetivo de mejorar la recuperación del lugar de intervención que será reconstruido quirúrgicamente una vez alcanzado. Las permanentes por el contrario son definitivas ya que por la situación o diagnóstico del paciente se ha realizado la extirpación del lugar intervenido. En cualquier caso, la intervención será estudiada profundamente por un amplio equipo multidisciplinar, el cual no solo tomará la decisión, sino que informará al paciente y a los familiares.<sup>6</sup>

Los pacientes en los que es necesario una intervención quirúrgica se enfrentan a un gran cambio en su vida. Tendrán que encarar un duro diagnóstico, así como el hecho de la necesidad de la intervención, tendrán que aprender en un corto periodo de tiempo a gestionar el miedo tanto a la cirugía como a las complicaciones o el riesgo al fracaso de ésta. Además, algo muy importante dentro de la sociedad es la imagen corporal, la cual verán radicalmente cambiada frente al espejo. Tras toda la problemática pueden aparecer cambios emocionales como baja autoestima, inseguridad, tristeza, rabia, cambios en la sexualidad... Por ello, es importante que estos pacientes reciban ayuda no solo física sino también psicológica. Para que esto sea posible, las redes sanitarias junto con otros profesionales deberán crear un plan específico a las necesidades de cada paciente. No solo se centrará en la recuperación física y en la rehabilitación corporal pues hay aspectos igual de importantes que no se podrán observar. Para ello es relevante la comunicación con el paciente a través de la cual se podrá dar cierta confianza, así como conocer el estado de ánimo del mismo.

Esto ayudará a realizar una valoración integral para conocer los aspectos donde es necesario enfatizar los cuidados.<sup>8</sup>

A pesar de que no existen muchos estudios donde se relacionen el coste y la efectividad de los cuidados de un profesional especializado en ostomías, los ya existentes demuestran que una buena atención disminuye el coste sanitario. Esto se debe a que el paciente conoce y realiza de forma correcta el cuidado con lo que disminuyen las intervenciones ya sea por complicaciones u otras razones. A su vez, la educación sanitaria permite conocer la información necesaria, lo que reduce las consultas y con ello, se optimiza el tiempo del profesional sanitario.<sup>6</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

A pesar de que las ostomías son conocidas, una gran parte de la sociedad las reduce a las ostomías digestivas. Las urostomías son menos frecuentes y llegado el momento de realizar su cura o limpieza, tanto personal sanitario como familiares no conocen los procedimientos a seguir. Realizar esta revisión es una manera de aportar tanto una base teórica como un protocolo acerca del paciente urostomizado, que no solo nos servirá dentro de un centro sanitario sino también en múltiples hogares donde ha sido necesario realizar la intervención en alguno de sus miembros.

Actualmente, los países desarrollados cuentan con el 63% de los diagnósticos de cáncer de vejiga. Esto se relaciona con un mayor consumo de tabaco. Tan solo en Europa existe una incidencia de unos 139.500 casos anuales. España se considera uno de los países con más casos de cáncer de vejiga desde el punto de vista internacional.<sup>6</sup>

Los profesionales de enfermería tienen un importante papel en el proceso tanto preoperatorio como postoperatorio. Su responsabilidad recaerá en la correcta educación del paciente, así como su apoyo emocional durante todo el transcurso del cáncer y cirugía.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Generales**

-Revisar e identificar según la literatura científica los mejores cuidados de enfermería tanto pre como post operatorios en pacientes urostomizados

#### **Específicos**

-Conocer la efectividad de los cuidados de enfermería en la calidad de vida de los pacientes con derivación urinaria tipo Bricker.

-Revisar y analizar las complicaciones más frecuentes en pacientes urostomizados con el objetivo de su prevención.

-Explorar las evidencias en la literatura científica sobre el impacto psicosocial del paciente con derivación urinaria tipo Bricker y analizar según lo revisado las formas de mejorar el bienestar psicosocial del paciente.

-Conocer el material utilizado para la limpieza y cura de las derivaciones urinarias tipo Bricker así como su manejo.

## 4. MATERIALES Y MÉTODOS

### PREGUNTA PICO

A pesar de ser una revisión bibliográfica narrativa se puede crear una pregunta PICO:

**-Pacientes:** se centra en pacientes urostomizados, con derivación urinaria tipo Bricker.

**-Intervención:** cuidados de enfermería

**-Comparación:** no se realiza un estudio comparativo

**-Resultados:** mejoría en educación, complicaciones y afrontamiento psicológico

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa basada en la literatura científica encontrada en diferentes artículos. Para realizar el marco teórico se ha realizado una búsqueda más abierta utilizando en Google Académico y Pubmed palabras y frases generales: Bladder cáncer, ostomy.

Para realizar los resultados se ha llevado a cabo una búsqueda más centrada tanto en Pubmed como en Google Académico y Cinahl. Se utilizaron las palabras clave: nurs\* care, urostomy, ureterostomy y Bricker; de las cuales solo 2 forman parte de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeSH) y Medical Subject Heading (MeSH)

Palabra	MeSH
Cuidados de enfermería	Nurs* care
Ureterostomía	Ureterostomy

Tabla 2: descriptores utilizados en la revisión bibliográfica

Como términos MeSH se han utilizado nurs\* care y ureterostomy. Al realizar la búsqueda por términos aparecen artículos independientemente. Sin embargo, al realizar a búsqueda conjunta no aparecen resultados. Por ello, ha sido necesario aumentar la búsqueda con un lenguaje más natural donde se han introducido los términos Urostomy y Bricker.

Para refinar la búsqueda se añadieron los operadores AND y OR quedando la búsqueda nurs\* care AND urostomy OR ureterostomy OR Bricker. Como criterios de inclusión se adaptó en las diferentes bases de datos que las palabras clave escritas

solo aparecieran en el título. Queda así la búsqueda como: (nurs\* care [Title]) AND ((urostomy [Title]) OR (ureterostomy[Title]) OR (Bricker[Title])). No se utilizaron criterios de inclusión o exclusión según la temporalidad pues tras revisar diferentes artículos se pudo comprobar que es una técnica utilizada en el tiempo y que a pesar de que los materiales y cuidados hayan evolucionado se mantienen en el tiempo de forma similar. Para ampliar la búsqueda se realizó al mismo tiempo una búsqueda en cascada, es decir, tras analizar un artículo se revisó la bibliografía del mismo utilizando diferentes artículos en los que los encontrados se basaban, así como artículos similares desde la base de datos. En la base de datos de Google académico y Cinahl, el lenguaje utilizado no era reconocido por lo que se realizó desde su búsqueda avanzada.

Criterios de inclusión:

- Que respondan al fundamento del estudio
- Que incluyan a pacientes urostomizados, especialmente con la técnica Bricker
- Que respondan a las palabras clave buscadas

Criterios de exclusión:

- Estudios que no den resultados sobre el tema
- Que expongan procedimientos no relacionados con el tema
- Estudios duplicados
- Aquellos que no sean revisiones

	PUBMED	CINAHL	GOOGLE ACADEMICO
Documentos localizados tras la búsqueda: (Nurs* care[Title]) AND ((urostomy[Title]) OR (ureterostomy[Title])OR (Bricker[Title]))	15	42	5
Documentos excluidos tras criterios de inclusión y exclusión y tras lectura de título y resumen	11	31	3
Documentos para lectura completa	4	11	2
Documentos excluidos tras la lectura: motivos de exclusión: no cumple los objetivos del trabajo o criterios de inclusión o exclusión	1	9	0
Documentos incluidos	3	2	2
Artículos recogidos por búsqueda inversa y artículos similares	2		1

Tabla 3: búsqueda bibliográfica

## 5. RESULTADOS

### 5.1. CUIDADOS PREOPERATORIOS

Una vez el paciente ingrese en la unidad se seguirán una serie de procedimientos en los cuales actuará un equipo multidisciplinar: enfermería, medicina, psicólogos si fuese necesario...

Al llegar, se realizará el protocolo de ingreso el cual incluye una valoración del paciente según los patrones funcionales de Marjory Gordon. Durante esta valoración se tendrá el primer contacto con el paciente donde se tratará de utilizar una comunicación afectiva con el fin de mejorar la confianza entre paciente y sanitario. Se continuará con los protocolos de preparación quirúrgica que comenzarán a la noche anterior. A partir de las 00:00h el paciente mantendrá el ayuno hasta pasada la cirugía.

El marcaje del estoma se llevará a cabo antes de la intervención quirúrgica para crear la derivación urinaria tipo Bricker. Este marcaje lo podrá realizar tanto el médico-cirujano como la enfermera especializada en ostomías. Para seleccionar el lugar donde se colocará la salida del estoma se deben tener en cuenta diferentes aspectos.<sup>8</sup>

En primer lugar, el estoma se situará con preferencia al lateral derecho.<sup>9,14</sup> Durante la selección del lugar del estoma el paciente deberá adoptar diferentes posiciones: sentado, de pie y tumbado. Estos cambios posturales se realizan con el objetivo de asegurarse de que dicho lugar del estoma no será una molestia o causará complicaciones en alguna de las diferentes posturas. Se deberá marcar siempre por encima del músculo recto del abdomen. El lugar de elección deberá estar visible para el paciente para que éste pueda alcanzarlo con la menor dificultad y mayor agilidad posible.<sup>8</sup> Para ello se evitará el vértice de la convexidad abdominal. Se evitarán los lugares que presenten zonas irregulares, así como salientes cutáneos como: espinas iliacas, pliegues cutáneos, cicatrices de cirugías previas, injertos u otro tipo de lesiones...<sup>8</sup>

Según un estudio realizado por Aliy Khalil et all. (según recoge Zhang T et all.(11)), se trató de demostrar los beneficios de una preparación previa a la cirugía. Esta preparación no solo se centraba en los aspectos físicos sino también en los emocionales y psicosociales del paciente. Para ello, se informó al paciente a través

de una educación sanitaria llevada a cabo tanto por el equipo médico como por la enfermera especializada en ostomías. Por otra parte, se mantuvo una comunicación cercana y afectiva con el paciente donde se intenta crear la mayor confianza con el paciente para que este pueda contarnos sus inseguridades, inquietudes o miedos. Este estudio pudo demostrar que una buena comunicación, así como un entrenamiento previo a la cirugía reducía la ansiedad de los pacientes, así como de los familiares o cuidadores, mejorando, además, los conocimientos y cuidados de la urostomía tras la intervención quirúrgica. <sup>11</sup>

## **5.2. EDUCACIÓN SANITARIA**

Existe una escala denominada “Escala Educativa de Urostomía” a través de la cual se puede evaluar el autocuidado que lleva a cabo el paciente sobre la urostomía. Además, permite comparar las habilidades adquiridas en el cuidado del estoma entre pacientes que lo mantienen desde hace poco tiempo o aquellos que llevan con ellos mucho tiempo. Entre las competencias que compara se encuentran:<sup>9</sup>

- Respuesta a la nueva parte corporal
- Retirar los materiales del cuidado
- Ajustar los materiales al tamaño del estoma
- Cuidados cutáneos
- Colocación de los materiales del cuidado en el estoma
- Vaciado de las bolsas colectoras

Dentro de la importancia de la educación sanitaria también se encuentra el informar al paciente sobre los cambios que se llevarán a cabo en el tamaño de la derivación tipo Bricker durante las primeras 6-8 semanas, después de las cuales se estabilizará y no se producirán ni agrandamientos ni estrechamientos. Sin embargo, pueden producirse cambios no deseados o complicaciones. Por ello, el paciente debe estar informado acerca de ellas para poder prevenirlas o evitar daños permanentes

pudiendo tratarlas con la mayor antelación posible. Aun así, al ser una ostomía permanente será necesario tener un seguimiento tanto por el equipo médico que lo realiza como por el de atención primaria incluyendo a la enfermera comunitaria.<sup>9</sup> En cualquier caso, la mejor opción es que la enfermera que administre dicha educación sanitaria esté especializada en este campo o bien tener los conocimientos y habilidades suficientes sobre ello. Hay estudios que recalcan la importancia de la enfermería durante el proceso. Hampton y Patwardhan (según recoge Mohamed Z. et al(13)) dieron gran importancia en proporcionar suficientes conocimientos a los pacientes sobre el color, tamaño y forma con el objetivo de apreciar cualquier cambio mínimamente significativo y acudan al profesional sanitario lo antes posible. A través del estudio realizado por los autores nombrados anteriormente, se pudo observar que la mejor manera de administrar conocimientos es de manera individual y adaptada a cada paciente. Por otro lado, Doughtily (según recoge Mohamed Z. et al (13)) centró la importancia en educar sobre cuidados básicos para que, llegado el momento, el paciente sea capaz de afrontar la situación.<sup>13</sup>

La falta de conocimientos por parte del paciente puede traer consigo consecuencias tras la intervención. Una falta de apoyo por parte del equipo sanitario puede traer consigo miedo o una mala manipulación del estoma. En muchas ocasiones la educación se centra en la técnica y conocer el proceso, dejando de lado aspectos importantes como es la salud mental y bienestar del paciente.<sup>15</sup>

Se deberá informar y explicar al paciente los diferentes tipos de materiales que tiene a su alcance incluyendo la manipulación de cada uno de ellos. Es importante explicar los cambios que puedan aparecer alrededor del estoma o piel periestomal para poder ser tratados si fuese necesario.<sup>9,13</sup>

Aquellos pacientes que no han sido acompañados durante el proceso por un equipo sanitario que le apoye presentan un impacto bastante más grande en su calidad de vida que aquellos que si recibieron el acompañamiento.<sup>15</sup>

### 5.3. APOYO PSICOSOCIAL

No solo es importante administrar una buena educación sanitaria, sino que uno de los aspectos más importantes a tratar es el afrontamiento a la nueva forma de vida. Entre los pacientes urostomizados y centrándonos en aquellos con derivación urinaria tipo Bricker, existen grandes inquietudes acerca de la imagen corporal tras la intervención. Este cambio produce muchas inseguridades a la hora de retomar las actividades cotidianas. Los pacientes se ven expuestos a la pérdida de uno de sus órganos lo cual trae consigo una nueva forma de eliminación de la orina además de la incertidumbre sobre la ropa que se utilizará junto al material colector de la urostomía. Existe en estos pacientes la preocupación en la que influye la opinión y visión del resto de la sociedad sobre si será visible o no su nueva característica corporal. Otro de los aspectos en los que los pacientes ponen especial interés es su sexualidad y los cambios que existirán en ésta tras la intervención quirúrgica.<sup>9</sup>

Uno de los sentimientos que más se han podido observar entre estos pacientes es la vergüenza. Según un estudio realizado en el que se utilizó la encuesta como método de recopilación de información, existen diferencias con respecto a este sentimiento dependiendo de la edad, el género, los ingresos económicos, el lugar de residencia, la adherencia al autocuidado o nivel académico. Según estas encuestas la vergüenza aumenta en el sexo femenino. Además, hay un mayor porcentaje en personas solteras o viudas, teniendo los casados un menor porcentaje. En el caso del trabajo, los pacientes admiten sentirse más cómodos en su domicilio. También se pudo observar una diferencia entre las zonas rurales y las ciudades, aumentando el porcentaje de vergüenza en la zona rural.<sup>16</sup>

Durante la etapa postoperatoria, es probable que el paciente se encuentre más vulnerable ya sea por el propio proceso de adaptación, por las visitas continuas al equipo médico o en muchos casos, porque durante esta etapa de recuperación no pueden realizar unos autocuidados básicos y comienzan a depender en cierto grado de otra persona. Esto puede traer consigo diferentes sentimientos negativos llegando a existir un aislamiento social, ansiedad o incluso depresión.<sup>16</sup> Además que no podemos olvidar el miedo que existe en los pacientes a tener una recaída del cáncer.<sup>15</sup>

Por todo ello se creará un ambiente de confianza y tranquilidad donde el paciente pueda expresar todos sus pensamientos y sentimientos. Se administrará cualquier ayuda de un especialista en psicología si el paciente lo necesitara o pidiera. La buena educación sanitaria ayuda al paciente a tener un mejor proceso de afrontamiento o duelo, aprendiendo a gestionar la nueva situación desde un punto de vista informado y conocedor de los nuevos aspectos de su vida.<sup>9</sup>

#### **5.4. COMPLICACIONES**

Las complicaciones se pueden clasificar en dos grupos diferentes. Por un lado, encontramos las complicaciones tempranas que ocurren dentro de los 90 días posteriores a la cirugía. Una vez pasado ese periodo de tiempo se incluirán dentro del grupo de las tardías. Entre las complicaciones tempranas más frecuentes se encuentran las gastrointestinales entre las que encontramos:<sup>10</sup>

-Íleo paralítico: se produce cuando la musculatura intestinal se paraliza, deja de funcionar, provocando consigo una obstrucción intestinal.<sup>10</sup> En muchos casos puede ocurrir por la afectación del nervio vago. Aunque los tratamientos más utilizados son los conservadores, se ha llegado a realizar electroacupuntura. Sin embargo, no existen estudios e información suficiente sobre la efectividad de este método.<sup>17</sup>

-Obstrucción intestinal: en muchas ocasiones secundario al íleo paralítico.<sup>9</sup>

-Fuga de anastomosis: se produce cuando en la unión de los conductos uretrales y la vejiga creada con la porción de intestino tiene pérdidas del contenido. Esto puede llevar a un aumento del líquido peritoneal provocando una infección o peritonitis<sup>9</sup>

Las complicaciones estomales entran dentro del grupo de las tardías. Al menos un 55% de los pacientes urostomizados presentan problemas en el estoma.<sup>10</sup>

-Estenosis del estoma: se caracteriza por el estrechamiento de la luz del conducto del estoma. Esta complicación se encuentra dentro del grupo de las tempranas a pesar de lo previamente explicado y afecta entre un 2-25% de los pacientes. Esto trae consigo diferentes problemas al paciente como el oscurecimiento y mal olor de la

orina, así como infecciones recurrentes. Esta complicación se tratará de forma quirúrgica. Sin embargo, existirán pacientes donde la cirugía estará contraindicada. En este caso, será tratado por el cirujano o la enfermera especialista en ostomías utilizando diferentes dilatadores que se irán intercambiando con el tiempo hasta producir la dilatación deseada.<sup>10</sup>

-Retracción del estoma: el estoma debe presentar un pequeño pico hacia el exterior que proteja y mejore el ajuste a las bolsas colectoras. La retracción se produce cuando ese pico se sitúa hacia el interior o se pierde en algún pliegue cutáneo. Se puede tratar de manera quirúrgica o utilizando un tipo de bolsa colectora conocida como convexa. Esto se puede producir por el aumento del peso del paciente o un mal proceso de curación.<sup>10</sup>

-Prolapso: no es muy común y se puede ver en alrededor del 1% de los pacientes. Se produce cuando la musculatura abdominal se debilita, creando un alargamiento del intestino que sobresale por encima del estoma hacia el exterior. Aunque se pueda tratar de manera quirúrgica en la mayoría de los casos no recibe tratamiento sino una mejor acomodación de materiales de urostomía. Entre estos materiales podemos encontrar hidrocoloides que aumentarán la adhesión de las bolsas ya que el prolapso dificulta su colocación.<sup>10</sup>

-Hernia paraestomal: se produce por la protrusión del intestino hacia el exterior de manera que sobresale de los límites. Aunque sea una complicación en pocos casos se utiliza la técnica quirúrgica como solución ya que no existe una garantía de que no vuelva a reaparecer. En el paciente puede producir malestar o dificultar la cura y mantenimiento de la urostomía debido a un peor ajuste del material a la forma corporal. Como solución se pueden utilizar fajas que sujete la salida o protusión de la zona afectada, así como un material que se adapte mejor a los nuevos pliegues como los discos convexos.<sup>10</sup>

-Sangrado: la derivación urinaria tipo Bricker está creada con una porción del íleon que forma parte del intestino delgado. Este órgano presenta gran vascularización, aunque no inervación. Realizar una limpieza utilizando demasiada fuerza o un material más áspero de lo necesario podría implicar el sangrado del estoma. En diferentes

casos, durante la curación del estoma se produce una sobregranulación viéndose el estoma con un color más rojizo al habitual. Esta sobregranulación trae consigo además un sangrado más fácil y de mayor cantidad. Esto puede tratarse a través de cremas que contienen esteroides, nitrato de plata o mediante cauterización de los vasos sangrantes.<sup>10</sup>

-Infección: se considera una de las complicaciones más frecuentes. Afecta alrededor del 23% de los pacientes urostomizados. El riesgo de sufrir este tipo de complicación se puede reducir utilizando una técnica lo más aséptica posible durante la manipulación de la derivación. Un método natural en la prevención es la toma de zumo de arándanos ya que se cree que estos no permiten la adhesión de las bacterias sobre la mucosa. Cuando exista la duda acerca de la existencia de una infección se recogerá una muestra que será enviada al laboratorio para su examen. En caso de que el resultado sea positivo se comenzará un tratamiento a base de antibióticos recetados por el médico.<sup>10</sup>

-Necrosis: se produce por una disminución del riego capilar en la zona, motivo por el cual el tejido no nutrido termina muriendo. El tratamiento será quirúrgico.<sup>10</sup>

-Complicaciones renales: los pacientes urostomizados tienen el riesgo de sufrir una insuficiencia renal, es decir, los riñones no funcionan correctamente dejando de filtrar tanto agua como sustancias de deshecho. Esto no es común que ocurra de manera inmediata sino con el paso de los años y como consecuencia de otras complicaciones. Secundario a infecciones recurrentes o crónicas, así como complicaciones metabólicas, pueden desarrollar cálculos. Estos pueden ser expulsados de forma natural o necesitar ayuda quirúrgica para ello.<sup>9</sup>

-Complicaciones de la piel periestomal: es una complicación muy frecuente. La orina se diferencia de las heces por la ausencia de enzimas que produzcan la erosión de la piel. Sin embargo, la orina puede causar la maceración o incluso eritema debido a la humedad constante que permanece en la zona. El paciente puede mantenerse asintomático. Sin embargo, cuando esto se produce suele aparecer picazón, escozor o incluso ardor de la zona afectada. Esta complicación puede prevenirse con una buena colocación de las bolsas colectoras de orina y utilizando productos que eliminen

la humedad que lo produce, así como mantener la zona seca y con un cuidado diario. El pH de la orina se mantiene en un número ácido. Cuando esto sufre alteraciones y la orina se alcaliniza produce más daño a la piel. Puede aparecer dicha orina cristalizada y solidificada. La ingesta de agua puede ayudar a prevenirlo así como la toma de arándanos y vitamina C.<sup>9</sup>

-Complicaciones metabólicas: debido al uso de una porción del intestino es posible que aparezcan ciertas complicaciones su función. Pueden aparecer diarreas o incluso una pérdida en la función de absorción del intestino. Esta mala absorción ya sea de manera independiente o junto a alguna otra complicación nombrada pueden además producir un desequilibrio de los electrolitos apareciendo alteraciones como la hipercalcemia.<sup>9</sup>

## **5.5. CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS**

La educación sanitaria preoperatoria es esencial para el proceso que se va a llevar a cabo. Durante este periodo la información puede ser gestionada con el paciente desde un punto de vista más conforme. Sin embargo, la educación postoperatoria no pierde importancia. Tras la intervención existe una etapa donde el paciente se encuentra en su estado más vulnerable. Por ello, durante este tiempo la información obtenida por los equipos tanto médicos, enfermeros como psicológicos será de vital importancia en la adaptación del paciente para poder continuar con sus actividades cotidianas. Se le ofrecerá el mismo ambiente que antes de la cirugía donde resalte la confianza y la comunicación afectiva. Durante este periodo postquirúrgico el paciente reclamará o necesitará consejos tanto sobre el mantenimiento de la derivación como consejos sobre su aspecto físico y maneras de realizar diferentes actividades básicas.<sup>11</sup> Se le ofrecerán ideas sobre la vestimenta ya que, en muchos casos, existe la inquietud sobre la visibilidad de la urostomía hacia el resto de personas. Es importante tranquilizar al paciente ya que existen diversas opciones para ocultarlo. Con ese fin, se pueden utilizar bandas para el vientre, ropa interior alta, pantalones cortos o incluso cinturones protectores que se pueden comprar en enlaces como: (<https://www.ostomysecrets.com/>), Vanilla Blush (<http://www.vblush.com/>) y

Awestomy (<http://www.awestomy.com/>). Además, se puede aconsejar sobre el uso de colores oscuros o estampados ya que reducirán la notoriedad del estoma. Teniendo en cuenta todo esto, es importante normalizar la situación con el paciente tratando de evitar esas inquietudes y que éste afronte la nueva realidad. Podrá reanudar su trabajo laboral en caso de que éste no sea de tipo físico y en caso de que lo sea, que la intensidad sea lo más reducida posible.<sup>9</sup> El paciente deberá realizar un proceso de rehabilitación donde se vayan fortaleciendo progresivamente la musculatura abdominal.<sup>8</sup> Se explicará detalladamente el cuidado y cambio de material de la derivación, así como los tipos de opciones a los que pueden optar. Será necesario aclarar la manera en la que se les suministrarán los materiales desde la sanidad, aportar la información necesaria ya sean números de teléfono o correos electrónicos en caso de que apareciera algún inconveniente. Una vez el paciente adquiera las habilidades para su autocuidado y se encuentre seguro y confiado estará listo para el alta.<sup>9</sup> Para adquirir dichas habilidades se podrán llevar a cabo actuaciones o simulacros de cambio para que el paciente se familiarice con los materiales y las técnicas.<sup>13</sup>

Una vez fuera del área hospitalaria es importante que siempre se lleve un bolso con nuevos suministros en caso de rotura, pérdida o caída de las bolsas.<sup>9</sup>

## **5.6. MATERIALES PARA EL CUIDADO DE LA DERIVACIÓN URINARIA**

El material que se vaya a utilizar dependerá de cada paciente. En cualquier caso, éste debe dar seguridad al paciente una vez retome las actividades diarias.

-Bolsas colectoras: en la actualidad existen dos tipos diferentes de bolsas. Por un lado, se encuentra la bolsa colectora de una única pieza que se adaptará directamente al estoma entrando ésta en contacto con la piel. Por otro lado, se encuentran las bolsas formadas por dos piezas. En este caso, se utilizará un disco que se adhiera a la piel, dejando el estoma a la vista del paciente. La bolsa se adaptará al disco. Esta segunda opción resulta más fácil al paciente ya que le permite centrar la bolsa mejor a la salida de orina. Durante el periodo postoperatorio donde se encuentra introducido el catéter,

facilitará la manipulación del mismo ya que el disco permitirá el paso y sujeción del catéter al introducirlo en la bolsa colectora.

En ambos casos, la bolsa presenta una válvula antirreflejo para evitar que la orina vuelva al lugar de adherencia entre ésta y la piel. Además, pueden ir conectadas a una bolsa externa al sistema que recogerá una mayor cantidad de orina. Para ello, presentan en el extremo inferior un grifo que podrá abrirse y cerrarse para facilitar el vaciado de orina. Este grifo será diferente por cada fabricante por lo que se necesitarán adaptadores en caso de utilizar bolsas diferentes con alargadera para aumentar la cantidad de orina recogida. Esta medida se tomará durante las noches para evitar que la bolsa se llene demasiado y puedan aparecer pérdidas o humedad en la piel.<sup>9,14</sup> Según diferentes expertos las bolsas se deberán cambiar a los tres días si éstas se mantienen limpias y en caso contrario cambiarlas cuando sea necesario. En caso de que la bolsa sea de dos piezas, el disco podrá tener una mayor duración en la superficie corporal.<sup>9</sup>



Imagen 1: bolsa colectora de orina<sup>9</sup>

-Discos adhesivos: se pueden encontrar con diferentes medidas y formas. La medida dependerá del grosor de la urostomía. En el caso de la forma existen dos tipos: planas o convexas. La elección de una u otra se basará en la forma corporal del paciente, así como pliegues o protuberancias. Cuando no existan, la opción más acertada será el disco plano. Por otro lado, si estos existieran es recomendable el uso del disco convexo con el fin de mejorar su adaptación a la piel y disminuir la presión.<sup>9,14</sup> Se recomienda que la duración de su uso sea entre 3 y 7 días a pesar de que será el paciente el que note la necesidad de su recambio ya sea por humedad, suciedad, rotura o pérdidas.<sup>9,14</sup>

-Anillos barrera: se trata de unos anillos moldeables cuyo objetivo es ayudar en el ajuste de la bolsa a la estructura corporal, así como la protección de la piel periestomal. Estos anillos pueden tener una presentación de pasta.<sup>8,14</sup>

-Removedores de adhesivo: en muchas ocasiones la retirada puede causar irritación o daños en la piel. Para ello existen diferentes materiales para eliminar los adhesivos y que resulte más fácil su retirada.<sup>8,14</sup>

Table 1. A selection of adhesive removers	
Appeel™ no-sting medical adhesive remover wipes appliances/ adhesive remover	(Clinimed, Bucks, UK)
Comfeel® Cleanser adhesive remover wipes	(Coloplast Ltd, Peterborough, UK)
Convacare® Adhesive Remover Wipe	(Convatec)
Universal remover wipes for adhesives and barriers.	(Hollister)
Lift Medical Adhesive Remover Solution	(Opus Healthcare Ltd)
Lift Plus non-sting medical adhesive remover wipes	(Opus Healthcare Ltd)
WipeAway™ Adhesive Remover	(Salts Healthcare)
Rüsch Translet Barrier Wipe	(Teleflex Medical UK, High Wycombe, UK)
Skin Gel Protective Dressing Wipes	(Hollister, Wokingham, UK)
SkinSafe Non-Sting Protective Wipe	(Opus Healthcare Ltd, Colchester, UK)

Tabla 4: removedores de adhesivo<sup>10</sup>

-Segunda piel: se trata de un líquido o spray que crea una capa protectora en la superficie cutánea.

-Polvos de estoma: se trata de unos polvos que se aplican con el fin de reducir la humedad periestomal. Se deben aplicar antes de la barrera cutánea.

-Cinturón: se trata de un cinturón que rodea al cuerpo del paciente adaptándose a ambos lados de la bolsa con el fin de mejorar la sujeción al cuerpo.<sup>10</sup>



Imagen 2: materiales urostomía<sup>8</sup>

## 5.7. CURA Y MANTENIMIENTO

Durante el tiempo que se mantengan el stent o catéter dentro del conducto creado será necesario tener riguroso cuidado con su manipulación. En el caso de que éste se expulse del cuerpo ya sea de manera natural o por accidente no causará un problema de emergencia, pero se deberá alertar al equipo médico lo antes posible. El objetivo de dicho stent es mantener la permeabilidad y permitir una mejor cicatrización del estoma. Por ello, se debe evitar su retirada sin orden médica. Ya que la derivación está constituida por una parte de intestino, ésta secretará moco. Sin embargo, la secreción es mayor durante los primeros meses y disminuirá de manera progresiva con el tiempo.<sup>9</sup>

La cura y cambio de material se deben realizar de la manera más aséptica posible en el entorno domiciliar. En el caso de ser hospitalario, ya que se disponen de los materiales necesarios se utilizará una asepsia completa.<sup>9,14</sup>

Una de los cuidados donde se debe fijar la atención es en el cuidado de la piel. Cada vez que se cambie la bolsa se lavará la piel con suero fisiológico, agua tibia o toallitas. No existe una relación entre complicaciones y el uso de uno u otro producto para la limpieza.<sup>12</sup> La retirada debe ser cuidadosa pudiendo utilizar los removedores de adhesivo. Posteriormente se secará bien la zona con el fin de eliminar la humedad. Una piel seca asegura una mejor adhesión de las bolsas o placas.<sup>8,12</sup>

Hay varias medidas de los materiales por lo que el paciente deberá conocer la medida que mejor se ajuste a su estoma. Además, se recortará el disco o la bolsa ajustándolo al tamaño y forma. En muchas ocasiones la amplitud de la zona recortada es demasiado grande y deja la piel expuesta pudiendo producir lesiones cutáneas.<sup>12,14</sup> Una vez seca la piel se colocará la bolsa de una pieza sobre el estoma. En el caso de que se utilice la de dos piezas, se colocará la placa sobre el estoma dejando la abertura lo más centrada posible.<sup>8</sup> Si el stent se mantiene, éste deberá quedar dentro de la bolsa por lo que se deberá introducir a través de la placa.<sup>9</sup> Si la bolsa o placa no se ajustan a la forma corporal, se podrán utilizar los anillos o pastas para rellenar y mejorar la adherencia. Fijar de manera correcta la bolsa o disco evitará las pérdidas de orina y un aumento de la humedad la cual puede producir la irritación de la piel.<sup>8</sup>

Por lo tanto, los pasos a seguir son:

1. Preparación del material



Imagen 3: bolsas de urostomía<sup>8</sup>

2. Separar los materiales usados de la piel de forma suave. Utilizar removedores de adhesivo si fuese necesario.
3. Limpiar el estoma con una gasa humedecida en agua o suero fisiológico, o con toallitas.
4. Secar el estoma. En muchas ocasiones puede aparecer sangrado debido a que el intestino es una zona muy vascularizada.
5. Valorar el estado del estoma. Color, irritación, tamaño.
6. Recortar según la medida del estoma el disco o bolsa adhesiva, quedando una distancia de unos 2mm entre ellos.
7. Colocar el nuevo material a utilizar. Si fuese necesario, se pueden utilizar los anillos o la pasta para adherirlo mejor al cuerpo.
8. En caso de que sea disco, colocar la bolsa adecuada para este.
9. Cerrar el grifo de la bolsa y asegurarnos de que está bien adaptada al disco.<sup>14</sup>

## 6. DISCUSIÓN

A través de la lectura de los diferentes artículos encontrados tras la búsqueda podemos comprobar que el rol de la enfermería dentro de los cuidados del paciente intervenido con derivación urinaria tipo Bricker tiene gran importancia en el proceso de adaptación. Se resalta la función de apoyo y asesoramiento psicosocial con el objetivo de que el paciente se adapte de la forma más rápida al cambio físico. El bienestar emocional y la autoestima son patrones que se ven alterados tras la intervención. Por ello, una de las principales actuaciones dentro del rol de la enfermería se basa en crear un ambiente de confianza donde el paciente pueda expresar sus inquietudes y preocupaciones. Para que esto suceda el profesional sanitario debe ser capaz de crear una comunicación cercana y afectiva con el paciente.<sup>11</sup>

Por otro lado, también se da especial importancia a una buena educación sanitaria. Pese a que hay diferentes maneras de administrarla, la mejor opción consiste en una educación sanitaria individual adaptada a las características no solo físicas sino emocionales de cada paciente. Además, se resalta al entorno de la persona intervenida donde su educación y apoyo psicosocial afianzarán aún más la adaptación al nuevo estilo de vida del paciente.<sup>13</sup>

Se ha podido observar que aquel paciente al que se le administran los suficientes conocimientos presenta menor riesgo de complicaciones tanto físicas como emocionales. Por otro lado, aquellos pacientes que mantienen un control por parte de enfermería presentan mejor adaptación y cumplimiento en lo que respecta al cuidado y mantenimiento del estoma.<sup>9</sup>

La enfermera que vaya a realizar dicha educación deberá conocer la información sobre el proceso, las habilidades para realizar y poder transmitir la manera en la que se realiza una buena higiene y mantenimiento del estoma así como las diferentes complicaciones que pueden surgir con el fin de tratarlas con la mayor antelación posible.<sup>9</sup>

La técnica que se utiliza en los diferentes artículos encontrados no varía entre ellos. Los productos y materiales que aparecen se relacionan entre ellos siendo la principal

diferencia el comercial. Realizar una buena técnica en el cuidado del estoma puede reducir el riesgo de complicaciones o infecciones.

Se puede decir que el objetivo principal del trabajo se ha llevado a cabo. Para ello se ha recopilado información sobre los distintos cuidados agrupando las mejores prácticas y recomendaciones y plasmándolas en la revisión. Sin embargo, ésta se ha realizado con diversas limitaciones pues al realizar una búsqueda formal haciendo buen uso de los operadores booleanos y términos clave, los resultados obtenidos han sido bastante reducidos o, por otro lado, no se ha podido acceder a ellos.

-Cuidados preoperatorios: en nueve de los diez artículos utilizados se resalta la importancia de la educación sanitaria y el apoyo psicosocial del paciente dentro de los cuidados preoperatorios. El papel de la enfermería puede ser de gran ayuda en el proceso de adaptación.

-Complicaciones: se han recogido de dos de los artículos utilizados donde se explicaba detalladamente cada una de ellas. Conocer aquello que puede suceder puede disminuir el tiempo en el que se comience a tratar y con ello el impacto en la salud.

-Cuidados postoperatorios: al igual que los cuidados preoperatorios, éstos resaltan la continuidad de la educación sanitaria y el apoyo emocional hacia el paciente.

-Material: se han recopilado los diferentes materiales a partir de cuatro de los artículos utilizados. Los pacientes podrán seleccionar el tipo de disco que mejor se adapte a ellos, en caso de que lo utilicen. En caso de utilizar una única bolsa, deberán seleccionar tan solo el tamaño correcto. Tendrán diferentes materiales que les ayudarán durante el proceso de cura y limpieza.

-Mantenimiento y cura: se ha realizado una explicación de los pasos a seguir durante la cura del estoma. Para ello, se ha recogido información de cuatro de los artículos utilizados.

### VALORACIÓN ENFERMERA NANDA, NOC, NIC

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Ejecución	Evaluación
Paciente con derivación urinaria tipo Bricker[	[00016] Deterioro de la eliminación urinaria	[0503] Eliminación urinaria [0602] Hidratación	[1876] Cuidados del catéter urinario [6550] Protección contra las infecciones <u>[4120] Manejo de líquidos</u>	Crónica
	[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	[1615] Autocuidado de la ostomía [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	[480] Cuidados de la ostomía Asociado a F.Rgo. [3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico	Crónico
	[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador(a)	[1302] Afrontamiento de problemas Resultados asociados con los factores de riesgo [2609] Apoyo familiar durante el tratamiento [1814] Conocimiento:	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo [7110] Fomentar la implicación familiar [5440] Aumentar los	Durante los primeros seis meses tras la intervención

		procedimiento terapéutico [2202] Preparación del cuidador familiar domiciliario	sistemas de apoyo	
	[00069] Afrontamiento ineficaz	[1305] Modificación psicosocial: cambio de vida [2000] Calidad de vida [1205] Autoestima [1806] Conocimiento: recursos sanitarios	[5270] Apoyo emocional [5240] Asesoramiento [5440] Aumentar los sistemas de apoyo	Crónico

Tabla 5: valoración enfermera. NANDA,NOC,NIC

Se ha recogido un plan de cuidados utilizando la plataforma NNNconsult basado en el paciente urostomizado donde se plantea un diagnóstico para el cual se buscan los objetivos que queremos conseguir (NOC). Para poder alcanzar esos objetivos se deben plantear unas acciones, también llamadas intervenciones(NIC) a través de las cuales conseguiremos dichos objetivos. Además, se plantea una valoración, en este caso crónica del paciente. También se ha querido tener en cuenta al entorno del propio paciente introduciendo el riesgo de cansancio del rol del cuidador.

El NOC del paciente se ha realizado a partir de los datos obtenidos tras la lectura de los artículos. Por ello, se ha dado importancia a: deterioro de la eliminación urinaria, riesgo de deterioro de la integridad cutánea y afrontamiento ineficaz.

## **LIMITACIONES**

Para poder realizar la revisión bibliográfica es necesario tener acceso a una cantidad suficiente de artículos de donde recopilar información. En este caso los resultados obtenidos han sido bastante reducidos por lo que se han tenido que emplear artículos independientemente de su temporalidad. Por suerte, tras su lectura, se han podido observar las similitudes a lo largo del tiempo por lo que han sido escogidos e introducidos en la revisión. Además, para aumentar la información obtenida, se ha realizado una búsqueda inversa, seleccionando bibliografía de los propios artículos seleccionados, así como una búsqueda en cascada donde en la base de datos se agrupaba como artículos similares.

## 7. CONCLUSIONES

- El proceso que conlleva el diagnóstico de cáncer de vejiga y su tratamiento puede ser complicado para el paciente. Asumir una enfermedad avanzada, así como un tratamiento invasivo como es la derivación urinaria tipo Bricker puede traer muchos problemas para el paciente.
- Es importante que el equipo sanitario cree un plan de cuidados adaptado a las características de cada paciente.
- La educación sanitaria tiene un importante papel durante el proceso de afrontamiento. Si ésta se realiza de manera correcta el paciente tiene mayor probabilidad de reducir el miedo y las inquietudes que lo rodean. Conocer la técnica del cuidado del estoma y comprender la información recibida sobre él, ayudará al paciente a tener una mejor adaptación y poder percibir los cambios que se producen. En el caso de que los cambios sean complicaciones, puede reducir el tiempo en el que se traten y con ello el impacto en la salud del paciente.
- No solo es importante conocer la técnica del cuidado y tener conocimientos sobre el proceso. El paciente necesitará un apoyo psicosocial que le brinde la tranquilidad y confianza para poder expresar su miedo, inquietudes o sentimientos. Con ello, se podrá aumentar el bienestar del paciente tanto previo como posterior a la intervención, ayudándole a una mejor adaptación de la situación. Además, es importante promover la comprensión y comunicación afectiva y proporcionarle diversos recursos que le ayuden a afrontar los cambios.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lenis AT, Lec PM, Chamie K, Mshs M. Bladder cancer: A review. JAMA [Internet]. 2020;324(19):1980. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.17598>
2. Velarde LC, García LB, Arrija IN, Veiga MPP da, Espinosa JC. Cáncer de vejiga. Medicine [Internet]. 2021;13(26):1441–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2021.02.012>
3. López Brito J, Álvarez Llergo A, Calvo Pérez LM, Moreno Jiménez RM. Revisión sistemática sobre el cáncer de vejiga y exposición ocupacional. Med Secur Trab (Madr) [Internet]. 2020 [citado el 3 de abril de 2024];66(259):81–99. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2020000200081&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2020000200081&script=sci_arttext&tlng=en)
4. Villalobos León ML, Molina Villaverde R, Navarro Expósito F, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de vejiga. Medicine [Internet]. 2013;11(26):1568–77. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412\(13\)70508-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412(13)70508-0)
5. Pastor Pueyo M, Sanz Moreno L, Sánchez Tornos P, Madrigal González S, García Sanz A, García Gimeno J. Caso clínico: cistoprostatectomía radical tipo Bricker proceso de atención de enfermería. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(6). [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-cistoprostatectomia-radical-tipo-bricker-proceso-de-atencion-de-enfermeria/>
6. Mateo JE. Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado el 7 de abril de 2024];30(3):142–6. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2019000300142&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2019000300142&script=sci_arttext)
7. Silva NM, Santos MA dos, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [citado el 4 de abril de 2024];25:e2950. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jTTPKyzjQKFtPgwHpHvJBvm/?format=html&lang=es>

8. Pikor K. Nursing care of patient with urostomy. *Pielęgniarstwo Chir Angiol* [Internet]. 2008 [citado el 9 de abril de 2024];2(1):21–5. Disponible en: <https://www.termedia.pl/Nursing-care-of-patient-with-urostomy,50,10149,1,1.html>
9. Berti-Hearn L, Elliott B. Urostomy care: A guide for home care clinicians. *Home Healthc Now* [Internet]. 2019;37(5):248–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/nhh.0000000000000792>
10. Nazarko L. Caring for a patient with a urostomy in a community setting. *Br J Community Nurs* [Internet]. 2008;13(8):354–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2008.13.8.30727>
11. Zhang T, Qi X. Enhanced nursing care for improving the self-efficacy & health-related quality of life in patients with a urostomy. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2023;16:297–308. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/jmdh.s394515> (<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/JMDH.S394515?needAccess=true>)
12. Nordström GM, Borglund E, Nyman CR. Urostomy appliances and stoma care routines: The relation to Peristomal Skin complications. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 1990;4(1):35–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.1990.tb00005.x>
13. Mohamed Z, Ahmad A. Impact of nursing intervention on urostomy patients outcome regarding practicing self-care. *Journal of High Institute of Public Health* [Internet]. 2007;37(2):464–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21608/jhiph.2007.22531> ([https://jhiphalexu.journals.ekb.eg/article\\_22531.html](https://jhiphalexu.journals.ekb.eg/article_22531.html))
14. Harputlu D. The care of patient with urostomy. *Üroonkoloji büil* [Internet]. 2015;14(1):8–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4274/uob.228> (<https://gcris.ieu.edu.tr/bitstream/20.500.14365/2648/1/2648.pdf>)
15. Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, et al. Life with a urostomy: A phenomenological study. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018;39:46–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.005>

16. Li Q, Zhuo L, Zhang T. Shame in patients undergoing ureterostomy: A cross-sectional survey. *Int Wound J* [Internet]. 2024;21(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.14793>
17. Wang Y-Z, Yang J-X, Wang J-X. Electroacupuncture for ileus following laparoscopic radical cystectomy and Bricker urinary diversion: a case report. *Acupunct Med* [Internet]. 2021;39(5):545–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0964528420959333>
18. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>