



Trabajo Fin De Grado

Intervención de enfermería en pacientes sometidos a cistectomía radical debido a carcinoma de vejiga.

Revisión bibliográfica.

Nursing intervention in patients undergoing radical cystectomy due to bladder carcinoma.

Bibliographic review.

Autora

Lara Castellanos Artal

Director

Luis Alfonso Hijós Larraz

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

2020/2021

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 Objetivo general	7
3.2 Objetivos específicos	7
4. METODOLOGÍA	8
4.1 Criterios de búsqueda	8
4.2 Criterios de inclusión/exclusión.....	8
5. DESARROLLO	9
 5.1 PROGRAMAS DE PREHABILITACIÓN PREOPERATORIA	9
Definición y objetivos de la prehabilitación.....	9
 5.2 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PREHABILITACIÓN.....	9
5.2.1 Evaluación de la capacidad funcional basal.....	10
5.2.2 Terapia Trimodal.....	10
 5.3 ACTUACIÓN ENFERMERA PRE Y POSOPERATORIA.....	11
5.3.1 Preoperatorio. Día previo a la intervención.....	11
5.3.2 Preoperatorio inmediato. Protocolo previo a la intervención quirúrgica.....	11
5.3.3 Posoperatorio.....	12
 5.4 EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CISTECTOMIZADO..	14
5.4.1 Educación sanitaria en un paciente con derivación urinaria tipo bricker	14
5.4.2 <i>Educación sanitaria en un paciente con neovejiga.....</i>	15
6. CONCLUSIONES.....	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	18
8. ANEXOS.....	23

<i>Anexo I: Tipos de derivaciones urinarias tras cistectomía radical.</i>	23
<i>Anexo II. Versión corta del Cuestionario Internacional de Actividad Física de los últimos 7 días (IPAQ)</i>	23
<i>Anexo III. Prueba de la caminata de los 6 minutos.</i>	26
<i>Anexo IV. Test de cribado de malnutrición. MUST.</i>	27
<i>Anexo V: Escala de medida de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Encuesta HADS.</i>	28
<i>Anexo VI: Beneficios de las terapias Mindfulness.</i>	29
<i>Anexo VII. Dispositivos para las derivaciones urinarias.</i>	30

1. RESUMEN

Introducción:

Los pacientes diagnosticados de carcinoma urotelial infiltrante deben de someterse a un proceso terapéutico que comienza en el momento del diagnóstico. La cistectomía radical constituye la mejor opción de cirugía, ya que acompañada de una adecuada prehabilitación anestésica y un plan de cuidados enfermeros individualizado, consigue mejorar la capacidad vital de los pacientes, reducir las complicaciones posoperatorias y lograr una recuperación precoz.

Objetivo:

Conocer la actuación de enfermería en un paciente sometido a cistectomía radical como consecuencia de una tumoración vesical infiltrante.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de la búsqueda en Medline, Dialnet, Scielo y Science-direct y complementada con monografías y guías clínicas médicas y de enfermería.

Desarrollo:

La realización de una intervención trimodal que incide en la esfera física, nutricional y emocional, consigue tanto mejorar el estado funcional del paciente previamente a la cirugía, como obtener una recuperación posterior más satisfactoria. Además, la educación sanitaria tiene un papel primordial en la enseñanza de los autocuidados del paciente, con el fin de que recuperen la mayor autonomía posible.

Conclusiones:

Los programas de prehabilitación preoperatoria junto con los planes de educación sanitaria individualizados, mejorarán la calidad de vida del paciente cistectomizado y le ayudarán a adquirir una mayor autonomía e integración social.

Palabras clave:

Cistectomía radical, cuidados de enfermería, prehabilitación y educación sanitaria.

1. ABSTRACT

Introduction:

Patients diagnosed with infiltrating urothelial carcinoma must undergo a therapeutic process that begins at the time of diagnosis. Radical cystectomy is the best surgical option, as it is accompanied by adequate anaesthetic prehabilitation and an individualised nursing care plan to improve the vital capacity of patients, reduce postoperative complications and achieve early recovery.

Objective:

To know how the nursing cares take place in a patient submitted to radical cystectomy as a consequence of an infiltrating bladder tumor.

Methodology:

A bibliographic review was carried out by searching in Medline, Dialnet, Scielo and Science-direct and supplemented with medical and nursing monographs and clinical guidelines.

Development:

With a trimodal intervention based on physical exercise, nutrition and the control of anxiety and depression, it is possible to improve the functional state of the patient before surgery and obtain a more satisfactory recovery. In addition, health education and nursing cares are essential in these patients, to readapt to a new condition. Nursing has an important role in teaching patients self-care, with the aim of restoring as much autonomy as possible.

Conclusions:

Preoperative prehabilitation programs and individualized health education plans, will improve the quality of life of cystectomized patients and help them to achieve more autonomy and social integration.

Keywords:

Bladder cancer, radical cistectomy, prehabilitation, nursing cares.

2. INTRODUCCIÓN

El carcinoma vesical es la segunda neoplasia urológica más frecuente después del cáncer de próstata. A nivel mundial se diagnostican aproximadamente 260.000 casos nuevos cada año en hombres y 76.000 en mujeres¹.

Constituye el séptimo cáncer más común en todo el mundo, y se posiciona entre los tres-cuatro tumores más frecuentes en España. Su frecuencia de aparición, es mayor en varones (2-3:1) y en población blanca, siendo la edad de máxima incidencia, entre los 60-70 años².

A continuación, según se muestra en la tabla 1, se exponen los factores de riesgo más destacados que inciden en la aparición de esta patología.

Tabla 1. *Factores de riesgo del cáncer de vejiga.*

TABACO	Principal causa de cáncer de vejiga, a la que se atribuyen del 50-65% de los casos masculinos y del 20-30% de los femeninos ³ .
EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A PRODUCTOS QUÍMICOS	Entre los que se encuentran determinados trabajos en los que se utilizan tintes, gomas, textiles o pinturas ³ .
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	Se estima que hasta un 17% de estos tumores podrían deberse al hecho de ser portador de serotipos del virus del papiloma de alto riesgo ⁴ .
INFESTACIÓN POR SCHISTOSOMA HAEMATOBIAUM	Se ha descrito la relación entre la esquistosomiasis y el carcinoma urotelial de la vejiga. Un mejor control de la enfermedad está disminuyendo la incidencia de carcinoma escamoso de vejiga en zonas endémicas ⁵ .
FACTORES GENÉTICOS	Se muestra mayor riesgo para los familiares de primer y segundo grado ⁶ .

La actualización de las Guías de la Asociación Europea de Urología (EAU), clasifica el cáncer vesical según se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. *Clasificación histológica e incidencia del cáncer de vejiga según la Asociación Europea de Urología (EAU)*⁷.

CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA	INCIDENCIA
CARCINOMA UROTELIAL O DE TRANSICIÓN	Tipo de cáncer de vejiga más común en los países desarrollados, constituye más del 90% de los casos.
CARCINOMA ESCAMOSO	Incidencia mayor en condiciones de inflamación crónica como infestación por Schistosoma Haematobium.
ADENOCARCINOMA	Presenta mayor incidencia en condiciones de inflamación crónica como infestación por Schistosoma Haematobium.
CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.	Tumor raro, que se ha visto asociado a extrofia vesical.

La mejor manera de prevenir dicha patología, es evitar el consumo de tabaco, ya que se trata del factor de riesgo más importante para desarrollar la enfermedad. Actualmente no existen recomendaciones para la realización de pruebas de detección precoz, por lo que para establecer un diagnóstico certero es esencial una anamnesis y exploración física correcta que se correlacione con la situación clínica del paciente, de modo que conocer la sintomatología característica es esencial. La hematuria macroscópica o microscópica es el hallazgo más frecuente, aunque también pueden encontrarse síntomas irritativos como escozor, polaquiuria o tenesmo. Es fundamental que el diagnóstico clínico se acompañe de las técnicas de imagen e histológicas adecuadas para confirmar el diagnóstico definitivo. Entre las más frecuentes se encuentran⁷:

Citologías urinarias: prueba sencilla y fiable que debe ser realizada en todos los casos de hematuria asintomática o sospecha de tumor vesical⁷.

Pruebas radiológicas: destaca la ecografía. Actualmente se utilizan la tomografía computarizada para la estadificación de la enfermedad infiltrante y la resonancia magnética⁷.

Cistoscopias: se trata de la prueba más sensible y específica para el diagnóstico de tumor de vejiga. La descripción de los hallazgos encontrados que debe incluir: documentación del sitio, tamaño, número y aspecto de los tumores, así como una descripción de cualquier anomalía de la mucosa⁷.

Todo el proceso diagnóstico va encaminado a establecer si el tumor vesical es superficial o infiltrante, ya que el tratamiento varía en función de dicha característica⁷.

En los tumores superficiales el tratamiento inicial estándar es la resección transuretral, mientras que, *en los infiltrantes*, tras la resección transuretral, el tratamiento de elección es la cistectomía radical con intención curativa⁸. La técnica consiste en la extirpación de la vejiga, la próstata y las vesículas seminales, seccionando los uréteres y la uretra a nivel de la uretra membranosa. La tendencia actual es a la realización de la técnica mediante cirugía laparoscópica, ya que este tipo de cirugía otorga una serie de beneficios como: la disminución del riesgo de infección, menor dolor posquirúrgico, o la reducción de las complicaciones postoperatorias. Esta cirugía proporciona una supervivencia a cinco años aproximadamente del 50% de los pacientes⁹.

Tras extirpar la vejiga son necesarias las derivaciones urinarias. Existen varias posibilidades de cirugía⁹ según se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. *Tipos de derivaciones urinarias tras cistectomía radical⁹. (Anexo I).*

TIPO STUDER: Reconstrucción vesical ortópica: neovejiga.	Se aíslan unos 60 cm de íleon terminal, dejando la porción más proximal a modo de chimenea tubular. Este reservorio sirve de tanque entre los uréteres y la uretra, pretendiendo con esto conseguir una micción lo más fisiológica posible preservando la función renal.
---	--

TIPO BRICKER:
cistectomía radical con
ureteroileostomía cutánea.

Los uréteres son abocados a un conducto construido por una porción intestinal aislada, habitualmente de íleon, que posteriormente se exterioriza a la pared abdominal. El estoma está formado por el asa intestinal exteriorizada.

La administración temprana de quimioterapia neoadyuvante se considera un tratamiento estándar a fin de controlar la enfermedad micrometastásica ¹⁰.

La existencia de complicaciones tras la cirugía se relaciona directamente con el tipo de derivación urinaria utilizado, la edad del paciente, su estadio tumoral y su morbilidad previa¹¹. Entre las complicaciones más frecuentes podemos destacar aquellas que se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. *Complicaciones en pacientes sometidos a cistectomía radical según su frecuencia de aparición* ¹¹.

MÁS FRECUENTES.	INMEDIATAS.	TARDÍAS.
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias, en la cirugía o en el posoperatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Íleo paralítico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones intestinales. • Enfisema subcutáneo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y vómitos. • Infección de la herida quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pielonefritis. • Sepsis.
<ul style="list-style-type: none"> • Paso del CO₂ al tejido celular subcutáneo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuga urinaria intraabdominal por dehiscencia de suturas. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia. 	

El aumento de la morbi-mortalidad posoperatoria, también está comprometido por el estado de nutricional previo a la cirugía ¹² y la presencia de comorbilidades como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica, y la hipertensión arterial¹¹, de modo que unas condiciones físicas y mentales óptimas antes de la cirugía, consiguen mejorar el estado funcional previo, disminuir la morbilidad posoperatoria y acelerar la recuperación ¹³.

Tras haber conocido toda la información anteriormente expuesta acerca del cáncer de vejiga, su diagnóstico, y sus posibilidades de tratamiento centradas en la cistectomía radical, se analizará cuál es la intervención de enfermería durante el proceso de la enfermedad del paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Conocer la forma en la que tiene lugar la actuación enfermera dedicada a un paciente sometido a cistectomía radical como consecuencia de tumoración vesical infiltrante.

3.2 Objetivos específicos

- Reflejar en qué consisten los programas de prehabilitación preoperatoria en los pacientes que van a ser sometidos a cistectomía radical, y cuáles son sus beneficios en el paciente.
- Desarrollar los procedimientos de enfermería previos a la intervención quirúrgica tras la valoración del paciente.
- Describir la actuación enfermera pre y posoperatoria, además de los cuidados que deben de ser dedicados al paciente para su completa y adecuada recuperación durante su estancia hospitalaria.
- Elaborar un plan de educación sanitaria adecuado y dedicado a mantener la salud óptima del paciente tras su alta a domicilio.

4. METODOLOGÍA

4.1 Criterios de búsqueda

El trabajo se basa en una búsqueda y lectura crítica de artículos desde diciembre del 2020, hasta abril del 2021. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través del empleo de las bases de datos: *Medline*, *Dialnet*, *Scielo* y *Science-direct*.

La búsqueda ha sido realizada tanto en inglés (principalmente por ser la lengua referente en el campo científico) como en castellano. Las palabras clave introducidas en nuestra búsqueda atendiendo al idioma predominante de cada una de las bases de datos han sido: *bladder cancer*, *radical cistectomy*, *prehabilitation*, *nursing cares*, *cistectomía radical*, *cuidados de enfermería*, *prehabilitación* y *educación sanitaria*.

Los operadores booleanos utilizados han sido: "AND", "OR", "NOT". Se ha llevado a cabo la combinación de los conectores con las palabras clave para poder limitar nuestra búsqueda y encontrar artículos válidos para el objetivo de trabajo.

Sólo se han incluido aquellos cuya población de estudio estaba determinada a la especie humana, y en concreto a mayores de 18 años, de ambos性es.

4.2 Criterios de inclusión/exclusión

Se han escogido referencias bibliográficas en relación al cáncer de vejiga y sus opciones de cirugía, publicaciones explícitas de los beneficios de la prehabilitación previa en pacientes sometidos a cistectomía radical y artículos explícitos a la atención de enfermería en pacientes cistectomizados.

Los criterios de exclusión han sido: artículos o fuentes que estudian solo casos control o estudios experimentales. Publicaciones anteriores al año 2003 y que incluyan estudios en animales y cuidados enfermeros pediátricos.

Además, complementando lo anterior se han revisado libros científicos en materia de urología y enfermería en urología, y Guías de Práctica Clínica como la de la Asociación Europea de Urología.

5. DESARROLLO

5.1 PROGRAMAS DE PREHABILITACIÓN PREOPERATORIA.

Definición y objetivos de la prehabilitación.

Como medida para intentar disminuir las complicaciones post quirúrgicas en la cistectomía radical e intentar mejorar el estado de los pacientes antes de la intervención, se han desarrollado los programas de prehabilitación anestésica¹⁴.

La recuperación intensificada en cirugía, Fast-track Surgery consiste en la aplicación de una serie de medidas y estrategias pre, intra y postoperatorias que tienen como objetivo disminuir el estrés secundario a la intervención quirúrgica proporcionando una mejor recuperación del paciente, y disminuyendo las complicaciones y la estancia hospitalaria. De este modo se pretende mejorar la preparación preoperatoria y la recuperación posoperatoria¹⁵.

Un equipo multidisciplinar formado por profesionales de cirugía, oncología, enfermería, o psiquiatría entre otros, trabaja conjuntamente en la realización de una intervención trimodal basada en ejercicios físicos, refuerzo nutricional y control de la ansiedad y depresión, a través de lo que se intenta mejorar el estado funcional previo a la cirugía. De este modo, se pretende que posteriormente puedan recuperar el estado de salud de la forma más óptima posible, en un periodo menor de tiempo¹⁵.

Esta terapia se lleva a cabo sobre un paciente que interviene activamente en el proceso, con capacidad de decisión y actuación. El objetivo es que el paciente afronte el proceso quirúrgico en las mejores condiciones¹³.

5.2 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PREHABILITACIÓN.

En la primera visita a la consulta de enfermería se realiza la toma de constantes, y la valoración global del paciente para el estudio de su capacidad funcional basal y para la detección de las posibles comorbilidades que puedan influir a lo largo de la convalecencia y recuperación. Es preciso determinar si existen contraindicaciones para realizar la valoración de la capacidad funcional de los pacientes¹³. (Anexo II).

5.2.1 Evaluación de la capacidad funcional basal.

5.2.1.1 Valoración de la capacidad aeróbica: valorada a través del test de la marcha de los seis minutos ¹⁶. (Anexo III). Se trata de un test estandarizado consistente en medir la distancia máxima que puede recorrer un sujeto durante seis minutos a máxima velocidad. Nos da información sobre la calidad de vida de los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria ¹³, además de ser un factor predictivo de la morbimortalidad posoperatoria¹⁶.

5.2.1.2 Valoración del estado nutricional: las herramientas de cribado nutricional deben ser válidas, fiables, reproducibles, y sencillas. Algunas de ellas, como la escala MUST, pretenden identificar a adultos malnutridos, con riesgo de malnutrición u obesos¹⁷. (Anexo IV).

5.2.1.3 Valoración cognitiva: se recomienda medir la salud emocional con la escala Hospital Anxiety and Depression Scale, la cual proporciona información sobre ansiedad y depresión ¹⁶. (Anexo V).

5.2.2 Terapia trimodal.

5.2.2.1 Terapia física:

Se propone al paciente un plan de ejercicio aeróbico moderado y una serie de ejercicios anaeróbicos de fuerza, flexibilidad y respiración.

Debe de tratarse de un programa de incremento progresivo de la duración e intensidad de la actividad, para conseguir una adecuada tolerancia del paciente¹³.

5.2.2.2 Terapia nutricional:

Se propone a los pacientes la modificación de los hábitos dietéticos en función de los requerimientos nutricionales, aumentando el aporte proteico en la dieta para mejora de la respuesta inmunológica ¹⁷.

5.2.2.3 Terapia cognitiva:

Encaminada a reducir las preocupaciones y el estado de ansiedad y depresión de los pacientes. Existen diferentes técnicas entre las que se encuentran las terapias mindfulness, de gran aceptación y evidentes beneficios¹⁶. (Anexo VI).

5.3 ACTUACIÓN ENFERMERA PRE Y POSOPERATORIA.

5.3.1 Preoperatorio. Día previo a la intervención.

Se propone el ingreso del paciente lo más tarde posible para disminuir la ansiedad producida por la intervención ¹⁶.

La preparación intestinal previa que debe de realizar el paciente, consistirá en lo siguiente: dieta absoluta para sólidos y líquidos varias horas antes de la programación de la cirugía, y hasta su realización¹⁸.

5.3.2 Preoperatorio inmediato. Protocolo previo a la intervención quirúrgica.

El paciente deberá de ser preparado adecuadamente de la siguiente manera:

- Ducha con antiséptico.
- Protocolo preparación de la piel: rasurada zona a intervenir, aplicación de antiséptico y talla estéril.
- Retirada de las posibles prótesis dentales si las hubiera.
- Colocación de vía venosa permeable, junto con un suero fisiológico de mantenimiento.
- Profilaxis antibiótica.
- Control de las constantes vitales ¹⁹.

5.3.3 Posoperatorio.

Una vez se efectúa el trasladado a la unidad, el personal de enfermería será el encargado de realizar una valoración completa del estado general del paciente²⁰.

En el posoperatorio inmediato se tienen en cuenta dos aspectos fundamentales²⁰:

- *Inicio precoz de la alimentación*: la introducción de la alimentación en las primeras veinticuatro horas reduce el riesgo de infección y de dehiscencia anastomótica²⁰.
- *Movilización temprana*: La movilización temprana reduce las complicaciones tromboembólicas y puede contrarrestar la resistencia a la insulina de la inmovilización²⁰.

En función del tipo de cirugía el paciente demandará unos cuidados enfermeros u otros. A continuación, según se muestra en la tabla 5, se señalan los aspectos más relevantes de los cuidados de enfermería tanto en un paciente al que se le ha realizado una ureteroileostomía como en un paciente al que se le ha implantado una neovejiga, desde el postoperatorio inmediato hasta el alta hospitalaria²¹.

Tabla 5. Diferencias entre los cuidados de enfermería pre y post intervención²¹.

	<u>NEOVEJIGA</u>	<u>URETEROILEOSTOMÍA</u>
<i>CUIDADOS PREOPERATORIOS</i>	<ul style="list-style-type: none">• Averiguar los conocimientos del paciente acerca de la intervención y consecuencias.• Preparación intestinal.• Preparación psicológica.	No existen diferencias significativas con los cuidados preoperatorios en la neovejiga.
	<ul style="list-style-type: none">• Vigilar la permeabilidad de sondas.	Vigilar la permeabilidad de catéteres ureterales y

POSOPERATORIO INMEDIATO	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación del tránsito intestinal. 	conducto ileal a través del estoma.
POSOPERATORIO TARDÍO	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia y control de catéter vesical (lavados con suero fisiológico si existe mucosidad). • Enseñanza de ejercicios de autovaciamiento de vejiga (ejercicios de Credé). • Explicar la importancia de la higiene en la zona genital. • Orientación sobre la dieta adecuada (importancia de la ingesta hídrica abundante). • Cuidados de la herida quirúrgica. • Implicación temprana del paciente y la familia en los cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia y cuidados de permeabilidad de catéteres ureterales mientras se mantengan. • Cuidados del estoma y piel circundante. • Cuidados de la herida quirúrgica. • Recuperación adecuada del tránsito intestinal. • Implicación temprana del paciente y familia en los cuidados, tanto en el manejo de la urostomía como en la identificación de los signos de alarma. • Coordinación con otras unidades de enfermería en el refuerzo constante de lo aprendido.

Tras alcanzar las condiciones óptimas favorables para el alta hospitalaria, se le proporcionará al paciente recomendaciones personalizadas y se le expondrá tanto la información sobre todo el proceso asistencial al que ha sido sometido, como información de los cuidados que debe continuar en el domicilio ²¹.

5.4 EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CISTECTOMIZADO.

En este tipo de pacientes la educación sanitaria es primordial, ya que la cirugía a la que van a ser sometidos implicará una completa readaptación a un nuevo estilo de vida²¹.

El objetivo principal es que el paciente consiga la mayor adaptación e independencia posibles dentro de la nueva situación de salud²².

El autosondaje y el autocuidado de una urostomía son algunos de los aspectos básicos que el paciente deberá aprender a realizar²¹.

5.4.1 Educación para la salud en un paciente con derivación urinaria tipo Bricker.

5.4.1.1 Higiene y autocuidados del estoma: el personal de enfermería aprovecha la estancia hospitalaria del paciente para explicarle y enseñarle las técnicas del cambio de bolsa y limpieza del estoma. Se debe adiestrar al paciente para conseguir su autonomía, o a un familiar/persona de referencia en caso de que éste lo precise. Se le indican las normas que debe seguir y las utilizadas en el hospital acerca del vaciado, retirada del dispositivo, higiene y colocación de la bolsa colectora²³.

Mientras permanezcan los catéteres, la limpieza se realiza con suero fisiológico y gasas, y cuando se retiren o caigan, con esponja, agua y jabón neutro²³.

5.4.1.2 Elección del dispositivo: hay diferentes clases de dispositivos: de una pieza o de tres piezas con válvula antirreflujo. Las placas que los componen pueden ser de varios materiales y diferentes medidas y formas (planas o convexas), por lo que se ha de identificar el dispositivo que mejor se adapte a las necesidades²³. (Anexo VII).

5.4.1.3 Higiene alimentaria: no debe realizar ningún tipo de régimen especial si no está prescrito por el facultativo, aunque es importante evitar el sobrepeso. La ingesta abundante de líquidos, así como los zumos ricos en vitamina C, son recomendables para reducir las infecciones y disminuir el olor de la orina²³.

5.4.1.4 Actividades habituales: no se aconseja durante los primeros meses realizar esfuerzos que comprometan la musculatura abdominal²³.

5.4.1.5 *Soporte psicoemocional*: incluyen herramientas de aceptación del cambio de imagen corporal, e intentan reforzar los factores que funcionan como determinantes para recuperar la autoconfianza del paciente, entre los que se encuentran: la familia, el trabajo, el entorno social o la vida sexual²³.

Tras el alta hospitalaria se debe de proporcionar al paciente muestras para los primeros días. Además, es recomendable facilitar el teléfono de un experto en estomaterapia para que pueda realizar el seguimiento de la forma más adecuada posible²³.

5.4.2 *Educación para la salud en un paciente con neovejiga.*

La incontinencia es habitual en los primeros días tras retirar la sonda, por lo que la técnica de vaciado de la neovejiga se enseña durante el ingreso hospitalario y el entrenamiento del paciente continúa durante la estancia en el hospital y más tarde de forma ambulatoria²⁴.

Tras la retirada de la sonda, el paciente es enseñado a orinar sentado cada 2 horas por el día y cada 3 horas por la noche (usando un método de alarma). El periodo intermiccional se aumenta progresivamente de 2 a 4 horas con intervalos de 30 minutos, debiendo evitar orinar antes del tiempo previsto. La técnica se aprende de forma gradual mediante la relajación del suelo pélvico seguida de una leve prensa abdominal, y se entrena enseñando al paciente a contraer el esfínter anal al tiempo que se realiza un tacto rectal. El paciente debe realizar este ejercicio 10 veces por hora, manteniendo la contracción 6 segundos hasta lograr la continencia. El objetivo del adiestramiento es aumentar el tamaño de la neovejiga hasta una capacidad final de 400-500 cc²⁴.

Los avances serán evaluados progresivamente desde la consulta de enfermería de Atención Primaria, siguiendo el siguiente modelo²²:

- *En la primera visita al paciente*: Se le retira la sonda uretral, y se le proporciona información de su nueva condición mediante folletos, vídeos, o revistas informativas especializadas. El médico responsable le suministrará

recetas de sondas para que las aporte cuando asista a la próxima consulta, y finalmente se le instruirá en la realización de las maniobras de Credé²².

- *En la segunda visita:* el objetivo es resolver con el paciente las dudas sobre la información proporcionada anteriormente. Este tiempo lo utilizamos para valorar la respuesta ante la nueva situación y la actitud que tiene para realizarse el autosondaje²².

Para evaluar el nivel de aprendizaje, el paciente deberá comenzar a realizar la técnica de autosondaje en presencia de la enfermera. De este modo se pueden identificar los posibles fallos, y facilitar estrategias para el correcto manejo de la técnica. Se le indicará que tiene que realizarlo por la mañana y por la noche; con la recomendación de anotar en una hoja de registro los residuos evacuados²².

- *En la tercera y cuarta visita:* el objetivo consistirá en valorar los conocimientos, las actitudes y las habilidades del paciente, además de los residuos obtenidos. Si estos son menores de 100 cc en la tercera visita, se le recomendará efectuar el autosondaje solamente por la noche, y si son menores de 100 cc en la cuarta, se pasará al autosondaje cada 48h²².

Finalmente, se le propone una visita de control al mes, facilitándole un teléfono de localización para cualquier problema que se le plantee²².

La continencia posoperatoria mejora durante los 6-12 meses tras la intervención, a medida que aumenta la acomodación de la neovejiga ²⁴.

Para ofrecer un servicio de calidad se impone mejorar el tratamiento de la información y/o educación sanitaria a los pacientes y a sus familiares con un doble objetivo. En primer lugar, un paciente bien informado percibe con mejor talante las atenciones que recibe y mejora su colaboración. En segundo lugar, hay que tener en cuenta los ahorros de costes derivados de la correcta prevención, del seguimiento de los protocolos y de la responsabilización de pacientes y familia ²⁵.

Se debe de recordar que el proceso patológico modificará la vida del paciente a corto, medio o largo plazo y se ha constatado que a mayor información y formación del paciente y/o familia sobre la patología, el autocuidado, el apoyo domiciliario o la continuidad de las curas por parte de profesionales, disminuye la ansiedad que puede producir el miedo a lo desconocido²⁵.

6. CONCLUSIONES

La rehabilitación multimodal favorece una mejoría más rápida del paciente, consigue disminuir el estrés originado por la intervención y logra una recuperación precoz reduciendo las complicaciones asociadas y la mortalidad, lo que se relaciona con un aumento en la calidad de vida tras la intervención.

Además, gracias a sus beneficios, los pacientes tienden a seguir con mayor autonomía las pautas de aprendizaje posteriores, y se muestran más activos en su recuperación. Un paciente activo e involucrado en su propio proceso logrará más fácilmente la autonomía necesaria para su autocuidado.

Durante el periodo de hospitalización, la elaboración de un plan de cuidados de enfermería adaptado a las necesidades del paciente, evitará la variabilidad en los cuidados y mejorará la eficiencia de los procesos quirúrgicos. Además, las acciones de enfermería deben de ir orientadas a proporcionar al paciente los conocimientos y habilidades necesarias para adaptarse a la nueva situación, educándolo al mismo tiempo para que sea capaz de realizar los autocuidados que va a necesitar una vez esté en su domicilio.

De igual manera es competencia de la enfermería la educación para la salud tanto del paciente como a sus allegados en los autocuidados que va a seguir necesitando. El papel de la enfermería es clave para conseguir la integración y adaptación del individuo. Se precisa de atención especializada en el cuidado de los estomas para fomentar la independencia y calidad de vida, tanto del paciente como la de los familiares y cuidadores.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay A, Steliarova- Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh J, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer* 2013; 49: 1374.
2. Comperat E, Larré S, Roupert M, Neuzillet Y, Pignot G, Quintens H, et al. Clinicopathological characteristics of urothelial bladder cancer in patients less than 40 years old. *Virchows Arch* 2015; 466: 589-94.
3. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA* 2011; 306: 737-45.
4. Jiménez Pacheco A, et al. Análisis estadístico de la influencia del virus del papiloma humano en el desarrollo del carcinoma vesical. *Actas Urol Esp* 2007; 31: 469-476.
5. Gouda I, Mokhtar N, Bilal D, El-Bolkainy T, El.Bolkainy NM. Bilharziasis and bladder cancer: a time trend analysis of 9843 patients. *J Egypt Natl Canc Inst* 2007;19(2): 158-62.
6. Martin C, Leiser CL, O'Neil B, Gupta S, Lowrance WT, Kohlmann W, et al. Familial Cancer Clustering in Urothelial Cancer: A Population-Based CaseControl Study. *J Natl Cancer Inst* 2018; 110(5): 527-533.
7. Mariappan P, Zachou A, Gricor KM. Detrusor muscle in the first, apparently complete transurethral resection of bladder tumour specimen is a surrogate marker of resection quality, predicts risk of early recurrence, and is dependent on operator experience. *Eur Urol* 2010; 57(5): 843-9.

8. Martinez RH, Buisan O, Ibarz L. Tumor vesical: presente y futuro. Medicina Clínica [Internet]. 2017 [citado 30 de mar 2021]; 149 (10): 449-55. Disponible en:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775317304785?cas_a_token=bRxdhQhUlz8AAAAA:Xkl6nY9zja2VwHcygfH86qfDeQgFjtLJ57bIQOt7-P_6jPpoqPSCuGLuq4tAegzC4_7coI7zGg
9. Yin M, Joshi M, Meijer RP, Glantz M, Holder S, Harvey HA, et al. Neoadjuvant Chemotherapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer: A Systematic Review and Two-Step Meta-Analysis. *Oncologist* 2016; 21(6): 708-15.
10. Del Pozo G, Herranz F, Arranz JA Rodríguez E, Subirá D, Lledó E, et al. Efecto de la quimioterapia adyuvante en el carcinoma urotelial de vejiga localmente avanzado tratado con cistectomía. *Actas Urológicas Españolas* [Internet].2020 [citado en 31 mar 2021];44(2): 94-102. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021048061930172X?cas_a_token=kdMfH8Z3Lg8AAAAA:osnfmycgk1GoCy2aN9Cgec_uL6V2C2okQvhwDOMSy_dZowLcvbLGmqaVGyw4r0nx2yGGKuV9A
11. Martín C, Aguelo P, Gimeno L, Cuesta E, Pedraza M, Navarro B, et al. Postoperative complications and hospital stay in patients undergoing radical cystectomy. Prehabilitation included in enhanced recovery programmes: Is it possible to improve outcomes?. *Clinical Nutrition ESPEN* 2016; 12:30-59.
12. Bertrand J, Siegler N, Murez T, Poinas G, Segui B, Ayuso D, et al. Impact of preoperative immunonutrition on morbidity following cystectomy for bladder cancer: a case-control pilot study. *World J Urol* 2014;32:233-237.
13. Li C, Carli F, Lee L, Charlebois P, Stein B, Liberman AS, et al. Impact of a trimodal prehabilitation program on functional recovery after colorectal cancer surgery: a pilot study. *Surgical Endoscopy* 2013;27(4):1072-82.

14. Schiavon O, Palomino A, Carbó S, Blandón MC, Ruiz A, Franquet E. Recuperación intensificada en cistectomía radical: rol de la enfermera. Rev. Enfuro: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2018; (134):4-8.
15. Suñer S, Longás J (dir). Estudio de la respuesta a la prehabilitación en pacientes intervenidos de cistectomía radical. [Trabajo de fin de grado en Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2017 [citado 11 de febrero de 2021]. Recuperado a partir de:
<https://zaguan.unizar.es/record/65524/files/TAZ-TFG-2017-817.pdf>
16. Balagué C, Arroyo A. La prehabilitación, un paso más en la optimización del paciente quirúrgico. Cir Esp [Internet]. 2020 [citado 29 marzo 2021]; 98(4):176. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-la-prehabilitacion-un-paso-mas-S0009739X19302246Es>
17. Stechmiller J, Childress B, Porter T. Arginine immunonutrition in critically ill patients: a clinical dilemma. Am J Crit Care 2004; 13: 17-23.
18. Rodrigo MM, Mármol SM, Martínez AI, Matilla E, Pérez MB, Sánchez A. ¿Manzanilla o té con azúcar? Nuevas pautas de ayuno preoperatorio en cistectomía. Rev. ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2012;(123):15-18.
19. Anento S, Escoda MT, Viñuela R, Menasanch I, franch R, Pons A, et al. Proceso de atención de enfermería a un paciente con derivación urinaria: cistectomía radical. Rev. ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2007;(103):25-26.
20. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. World J Surg 2013; 37(2): 259-84.

21. Riomoros MB, Herrero I, Carrasco R. Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones. Rev. ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2008; (108):10-11.
22. Poza MJ, González MJ, Martínez L, Pierre M, Lauture L. Cuidados de Enfermería en el autocateterismo vesical en pacientes intervenidos de neovejiga Rev. ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2003; (88):27.
23. Berrio G, Casanova M, Piqué N, Tegido M. Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado (Bricker). Rev. ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2003; (85):8-9.
24. Álvarez M, Llorente C, Studer UE. Manejo perioperatorio y resultados en pacientes con neovejiga ileal ortotópica: Postoperative management and results. Actas Urol Esp [Internet]. 2008 [citado 15 febrero de 2021]; 32(3): 297-306. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000300006
25. León M, Lombraña M, Acebrón B. Educación sanitaria en la unidad de hospitalización del Servicio de Urología. Rev. ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2006; (97):28-33.
26. Pierre-louis M, Martínez L, Sánchez A. Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria. Rev. Enfuro: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2009; (110):13.
27. Manual sobre derivaciones urinarias [monografía en Internet]. Madrid; 2002
Disponible en:
[http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/b9671dcdb4777227c12571fd0027506f/\\$FILE/Coloplast%20Manual%20derivaciones%20urinarias.pdf](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/b9671dcdb4777227c12571fd0027506f/$FILE/Coloplast%20Manual%20derivaciones%20urinarias.pdf).

28. Crespo JJ, Delgado JL, Blanco O, Aldecoa S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2015 [citado 2 abril 2021]; 47(3):175-183. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.004>
29. Gutierrez-Clavería M, Beroíza T, Cartagena C, Caviedes I, Céspedes J, Gutiérrez-Navas M, et al. Prueba de caminata de seis minutos. *Rev. chil. enferm. Respir* [Internet]. 2009. [citado 1 abril 2021]; 25: 15-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482009000100003>
30. Sierra I, González A, Martínez V, López RA, Pérez E. Adaptación al español y validación del cuestionario nutricional Must en población anciana con riesgo de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de Cantabria. *Nuber Científ* [Internet].2015 [citado 2 abril 2021];2(15): 34-41. Disponible en:<http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/viewFile/116/11>
31. Orozco MJ, Pérez B, Barrientos V, Robles R, Sierra JG. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicol Iberoam*. 2013; 21(2): 33-34.
32. Vásquez E. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2016 [citado 5 abr 2021]; 79(1): 42-51. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es.

8. ANEXOS

Anexo I: Tipos de derivaciones urinarias tras cistectomía radical ^{26,27.}

Neovejiga ortotópica o ureteroileourerostomía^{26:}

es una técnica de sustitución vesical que respeta la vía excretora natural, pudiendo entonces realizar la micción a través de la uretra con preservación de la función renal. La talla vesical se usa como segunda vía de salida del posible contenido de la neovejiga.

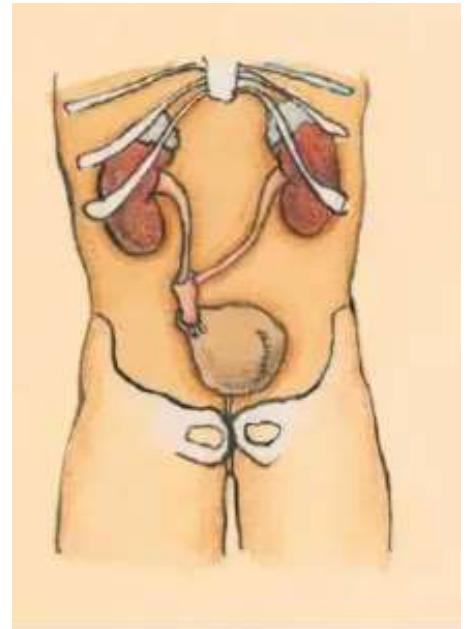


Figura 1 ²⁷

Ureteroileostomía tipo Bricker^{27:} es la derivación urinaria más frecuente en Europa. Consiste en aislar una porción del íleon para crear un conducto ileal al que se abocarán ambos uréteres. El extremo próximo de esta porción del íleon se cierra, y el distal se lleva a la piel para construir un estoma.

En este tipo de derivación, por el estoma además de la orina, se expulsará moco y secreción intestinal.

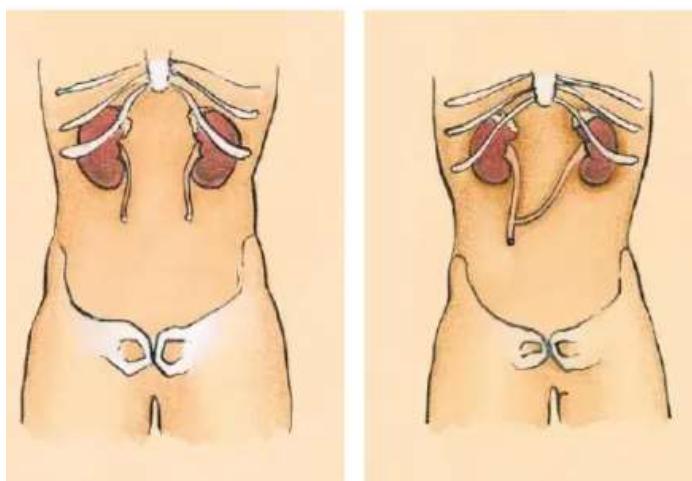


Figura 2 ²⁷

Anexo II: Versión corta del Cuestionario Internacional de Actividad Física de los últimos 7 días (IPAQ), en formato autoadministrado²⁸.

Existen diferentes cuestionarios que permiten conocer la actividad física realizada en adultos. Uno de los más utilizados para el objetivo de detectar sedentarismo es el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ). El IPAQ en su versión corta consta de 7 preguntas, incluye actividades laborales, físico-deportivas, de transporte (caminar) y el tiempo que la persona permanece sentada o recostada.

Actividades físicas “INTENSAS”	<p>Piense en todas las actividades INTENSAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.</p>	
	<p>1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta? Ver “Ejemplos”</p>	<input type="checkbox"/> días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna actividad física intensa: (<i>Vaya a la pregunta 3</i>)
Actividades físicas “MODERADAS”	<p>Piense en todas las actividades MODERADAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.</p>	
	<p>3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar a dobles en tenis?* No incluya caminar. Ver “Ejemplos”</p>	<input type="checkbox"/> días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna actividad física moderada: (<i>Vaya a la pregunta 5</i>)
“CAMILAR”	<p>Piense en el tiempo que usted dedicó a CAMILAR en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.</p>	
	<p>5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?</p>	<input type="checkbox"/> días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna caminata: (<i>Vaya a la pregunta 7</i>)
“SENTADO” durante los días laborables	<p>La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted SENTADO durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando la televisión.</p>	
	<p>7. Habitualmente, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?</p>	<input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro

Según el resultado del cuestionario IPAQ, se puede clasificar a los individuos en: nivel bajo de actividad, nivel moderado y nivel alto de actividad. La guía de utilización del IPAQ (versión corta) propone la siguiente clasificación.

- **Categoría 1.** Bajo nivel de actividad física: no realiza ninguna actividad física o la que realiza no es suficiente.
- **Categoría 2.** Moderado nivel de actividad física: existen 3 criterios para clasificar a una persona como activa:
 - 3 o más días de actividad física vigorosa durante al menos 20 min por día.
 - 5 o más días de actividad física moderada y/o caminar al menos 30 min por día.
 - 5 o más días de cualquier combinación de caminar y/o actividad física de intensidad moderada y/o vigorosa, alcanzando un gasto energético de al menos 600 $\text{Mets}\cdot\text{min}^{-1}$ por semana.
- **Categoría 3.** Alto nivel de actividad física: existen 2 criterios para clasificar a una persona como muy activa:
 - Realiza actividad física vigorosa al menos 3 días, alcanzando un gasto energético de 1.500 $\text{Mets}\cdot\text{min}^{-1}$ por semana.
 - 7 o más sesiones de cualquier combinación de caminar y/o actividad física de intensidad moderada y/o actividad física vigorosa, alcanzando un gasto energético de al menos 3.000 $\text{Mets}\cdot\text{min}^{-1}$ por semana.

Anexo III: Prueba de la caminata de los 6 minutos²⁹.

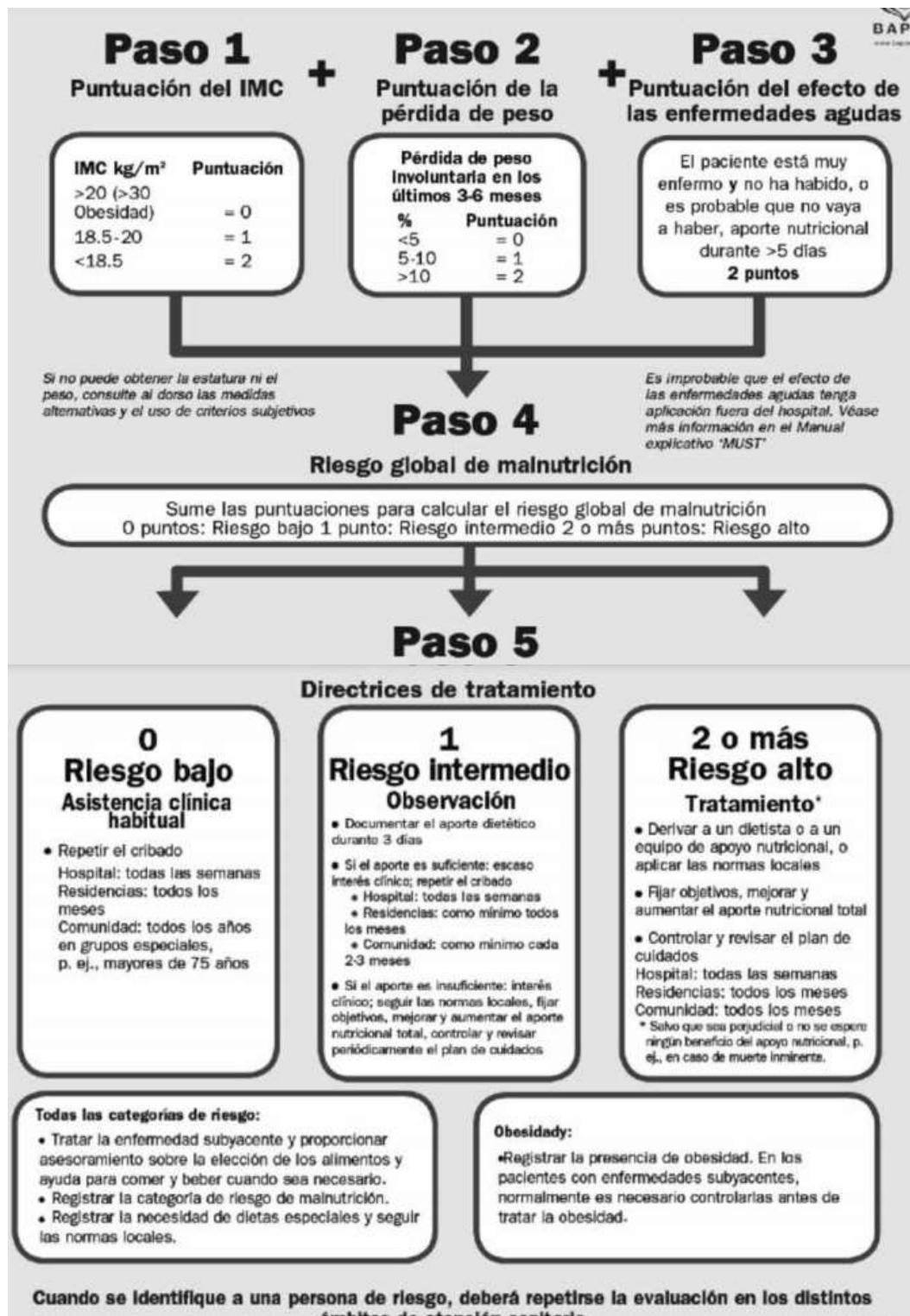
Anexo 5 . Informe			
PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS			
Nombre:	RUT:		
Diagnóstico:	Fecha:		
Edad: _____ años	Estatura: _____ cm	Peso: _____ kg	
Presión sanguínea: _____ / _____ mmHg			
Medicamentos tomados antes del examen:			
Oxígeno suplementario durante el examen: NO: _____ SI: _____ L/min.			
	Basal	Final	Recuperación 5 min
Tiempo (hora, min.)			
Frecuencia cardíaca (ciclos/min)			
Frecuencia Respiratoria (ciclos/min)			
Saturometría O ₂ (%)			
Disnea (Escala de Borg)			
Fatiga (Escala de Borg)			
¿Se detuvo antes de los 6 minutos? NO: _____ SI: _____ Razón: _____			
Otros síntomas al finalizar el examen: _____			
METROS CAMINADOS EN 6 min: _____	% Teórico	Valor Teórico*	LIN**
Conclusión: _____			
Firma Médico Responsable	Firma Tecnólogo Responsable		

*Referencia de valor teórico utilizado. **LIN= Límite inferior de normalidad.

Instrucciones para la realización del examen.

El examen consiste en medir la distancia que puede caminar una persona en 6 minutos, habiéndole solicitado que recorra la mayor distancia posible en este tiempo. Se evaluará la presencia de disnea, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno al inicio e inmediatamente al final de la prueba.

Anexo IV: Test de cribado de malnutrición. MUST³⁰.



Anexo V: Escala de medida de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Encuesta HADS³¹.

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.

Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0) Ciertamente igual que antes 1) No tanto como antes 2) Solamente un poco 3) Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3) Sí, y muy intenso 2) Si, pero no muy intenso 1) Si, pero no me preocupa 0) No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0) Igual que siempre 1) Actualmente algo menos 2) Actualmente mucho menos 3) Actualmente en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.3. Me siento alegre:

0) Nunca 1) Muy pocas veces 2) En algunas ocasiones 3) Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:

0) Siempre 1) A menudo 2) A veces 3) Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3) Gran parte del día 2) A menudo 1) A veces 0) Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0) Nunca 1) Sólo en algunas ocasiones 2) A menudo 3) Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3) Completamente 2) No me cuido como debería hacerlo

1) Es posible que no me cuide como debiera 0) Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3) Realmente mucho 2) Bastante 1) No mucho 0) En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0) Como siempre 1) Algo menos que antes 2) Mucho menos que antes 3) En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3) Muy a menudo 2) Con cierta frecuencia 1) Raramente 0) Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0) A menudo 1) Algunas veces 2) Pocas veces 3) Casi nunca

Puntuación HAD-A: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11 **Puntuación HAD-D: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11**

Anexo VI: Beneficios de las terapias Mindfulness ³².

Existen muchas definiciones de mindfulness, sin embargo, se puede concluir en que mindfulness es la atención plena de la realidad, en el momento presente, sin juzgar y con aceptación.

Existen en la actualidad varios enfoques psicoterapéuticos que usan el mindfulness como herramienta de trabajo dentro de sus programas. Estos enfoques han demostrado utilidad en el manejo del estrés, recaídas depresivas y reparación de rupturas de alianza terapéutica.

Como práctica el mindfulness permite a profesionales y pacientes admitir cada uno de sus pensamientos y emociones, sean cuales sean, sin juzgarlos. Propone entrenar a las personas a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos, focalizando la atención en lo que se hace o se siente.

Definiciones	Autor y año
Mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente.	Hanh, 1976
Llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar.	Kabat-Zinn, 1990
Forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es.	Bishop et al. , 2004
Tendencia a ser conscientes de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas.	Cardaciotto, 2005
Conciencia de la experiencia presente con aceptación.	Germier, 2005
Capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.	Simón, 2007

Anexo VII. Dispositivos para las derivaciones urinarias ²⁷.

DISPOSITIVOS RECOMENDADOS	COMENTARIOS
Conveen Discreta (bolsa de pierna) 	<p>Se trata de una bolsa de pierna que se utiliza para recoger la orina procedente del catéter o sonda. Por su pequeño tamaño permite al paciente deambular cómodamente.</p>
Conveen Duo (bolsa de 2L) 	<p>Por su mayor capacidad se utiliza para recoger la orina procedente del catéter o sonda cuando el paciente está encamado o bien por la noche.</p>

Derivaciones con catéter o sonda
(nefrostomía, pielostomía, cistostomía)

DISPOSITIVOS RECOMENDADOS	COMENTARIOS
Alterna Post Op (bolsa de 1 pieza con ventana para el post-operatorio) 	<p>Adecuada para el post-operatorio inmediato de los Bricker ya que permite introducir los catéteres dentro de la bolsa y acceder a ellos a través de la ventana.</p>
Alterna Ideal (sistema de urostomía 3 piezas) 	<p>Es el dispositivo más idóneo tanto para las ureostomías cutáneas como para los Bricker. El disco transparente puede permanecer varios días pegado a la piel, mientras que las bolsas se suelen cambiar una vez al día por higiene. El disco transparente se hincha con la humedad sellando eficazmente el estoma.</p>
Alterna (bolsa de urostomía de 1 pieza) 	<p>Los dispositivos de urostomía de 1 pieza se pueden utilizar cuando el estoma esté perfectamente construido y la piel del paciente resista los cambios frecuentes de adhesivo sin irritarse.</p>

Derivaciones con estoma mucocutáneo
(Ureterostomías cutáneas y Bricker)

Conveen Discreta (bolsa de pierna)	 Conectada a la bolsa de urostomía aporta una capacidad extra para recoger la orina. Puede ser útil en casos de viajes, determinados trabajos en los que la persona no puede vaciarse la bolsa de urostomía con frecuencia, etc.
Conveen Duo (bolsa de 2L)	 Conectada a la bolsa de urostomía permite al usuario disfrutar de un descanso ininterrumpido por la noche sin necesidad de vaciados frecuentes.
Alterna Ideal (bolsa Mini-cap de urostomía)	 Bolsa diseñada para situaciones especiales en las que el usuario necesite un dispositivo más discreto (relaciones de pareja, deportes, baño en playa o piscina...).

Derivaciones con estoma mucocutáneo
(Ureterostomias cutáneas y Bricker)

DISPOSITIVOS RECOMENDADOS	COMENTARIOS
Conveen Easicath (sonda prelubricada de baja fricción)	 Se utiliza para vaciar la neovejiga periódicamente a través del pequeño estoma.