



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**Intervención de Enfermería en los cuidados
postquirúrgicos de la cistectomía radical tipo Bricker**

Autora: Alexandra Elena Claeanu

Tutor: Delia González de la Cuesta

INDICE

<i>RESUMEN</i>	3
<i>ABSTRACT</i>	4
<i>INTRODUCCIÓN</i>	5
<i>OBJETIVOS</i>	8
<i>METODOLOGÍA</i>	9
<i>DESARROLLO</i>	11
PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO	11
VALORACIÓN	12
PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN (NOC-NIC)	17
EVALUACIÓN	22
<i>CONCLUSIONES</i>	23
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	24
<i>ANEXOS</i>	30

RESUMEN

El cáncer de vejiga es una patología grave que ocurre sobre todo en poblaciones llegadas a la séptima década de vida. Uno de los tratamientos de elección para esta enfermedad es la cistectomía radical, que consiste en la exéresis quirúrgica de la vejiga. Tras esta intervención es necesario realizar una derivación urinaria, siendo una de las más comunes la ureteroileostomía cutánea tipo Bricker. Mediante esta derivación se forma un estoma que desemboca a la piel en la parte derecha del abdomen, y a través del cual drenará la orina.

El objetivo de este Trabajo Fin de Grado ha sido elaborar un Plan de Cuidados enfocado hacia la identificación de los principales diagnósticos enfermeros, la determinación de los objetivos que se pretenden conseguir y la elección de las intervenciones y actividades más adecuadas.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema, la valoración de la paciente, y se ha empleado la taxonomía enfermera NANDA, NIC y NOC, y el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

El desarrollo de un plan de cuidados para los pacientes intervenidos de cistectomía radical tipo Bricker resulta de gran utilidad para el personal de enfermería, ya que permite una atención integral, y la participación del paciente en sus propios cuidados. También resulta de gran importancia, tanto para el paciente como para el sistema sanitario, la enseñanza que el personal de enfermería es capaz de proporcionar para lograr que el paciente sea autónomo en sus cuidados posteriores al alta.

Palabras clave: cáncer de vejiga, cistectomía radical, derivación urinaria, ureteroileostomía Bricker, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Bladder cancer is a serious disease that occurs primarily in populations arrivals to seventh decade of life. One of the treatments for this disease is radical cystectomy, which involves the surgical removal of the bladder. Following this intervention is required urinary diversion, being one of the most common ureteroileostomy Bricker. By this derivation a stoma leading to the skin on the right side of the abdomen, and through which it will drain urine.

The main goal of this end of degree project was that of developing a plan of care focused on the identification of the main nursing diagnoses, determining the objectives to be achieved and the choice of appropriate interventions and activities.

To this end, it has carried out a literature review on the topic, the assessment of the patient, and has been employed nurse taxonomy NANDA, NIC and NOC, and care model of Virginia Henderson.

Developing a plan of care for patients undergoing radical cystectomy Bricker is useful for nurses, allowing comprehensive care, and patient participation in their own care. Also of great importance for both the patient and the health system, the education that nurses can provide to ensure that the patient is autonomous in its post-discharge care.

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

INTRODUCCIÓN

El cáncer vesical es una enfermedad heterogénea que se caracteriza por la localización de células tumorales malignas en la vejiga. El 90% de los carcinomas de vejiga son de origen urotelial, un 5% epidermoide, un 1% adenocarcinoma y el resto son de otro origen, que infiltran la pared vesical por contigüidad. El 85% de este tipo de tumores se presenta como enfermedad superficial, no infiltrante y no músculo-invasora. El 15% restante son neoplasias infiltrantes que invaden las capas musculares de la pared vesical y pueden afectar a la grasa perivesical y a órganos vecinos con posibilidad de causar metástasis ¹⁻⁶.

Al igual que muchos tumores sólidos, el cáncer de vejiga ocurre más frecuentemente en poblaciones mayores. El pico de la incidencia es la séptima década de la vida, con una mediana de edad de 65 años. Es más frecuente en hombres que en mujeres, con una proporción de 3,3 hombres por cada mujer en el mundo ². Por raza ocurre con más frecuencia en caucásicos ^{6, 7}.

El tumor de vejiga es el noveno cáncer más incidente a nivel mundial, con más de 429 000 casos diagnosticados cada año, representando el 3,3% de todo los tumores. En hombres, ocupa la sexta posición, con más de 330 000 casos nuevos, y en la mujer se sitúa en el decimonoveno puesto, con más de 99 000 casos nuevos. El 65% de los casos se registran en países occidentales, habiendo mayor incidencia en Europa, Estados Unidos y Egipto. En la tasa de mortalidad mundial, el cáncer de vejiga es el decimotercero (más de 165 000 defunciones), siendo el noveno en el hombre (más de 123 000 muertes) y el decimoséptimo en la mujer (más de 42 000 muertes). En cuanto al tracto genitourinario, representa la segunda neoplasia más frecuente (7%), y la segunda causa de muerte en pacientes con cáncer genitourinario ⁸⁻¹⁵.

En España, la incidencia de cáncer de vejiga es una de las más altas del mundo, y la tercera más elevada de Europa. Anualmente, se diagnostican más de 13 700 casos (6,4% de todos los cánceres), lo que representa el 9% de los tumores del sexo masculino (11.500 casos) y el 2,5% de los femeninos (2 200 casos). La mortalidad que provoca es del 4,9%, con 5 000 defunciones: 6,5% en hombres (4 100 muertes); 2,3% en mujeres (900 defunciones). La incidencia y mortalidad más altas se encuentran en Cádiz, Sevilla y Barcelona ^{12, 16, 17}.

En cuanto a los factores de riesgo, según la bibliografía, se puede concluir que el tabaco representa el primer factor de riesgo, siendo responsable del 50% de los cánceres de vejiga en hombres y del 30% en mujeres. También incrementa el riesgo la exposición a carcinógenos en el ámbito laboral, sobre todo a las aminas aromáticas en las industrias químicas del caucho, cuero y aluminio, las pinturas, los colorantes y los textiles. Se ha descrito una exposición ocupacional en 15 a 35% de los hombres con cáncer de vejiga y en 1 a 6% de las mujeres. Otro factor predisponente es la exposición al arsénico contenido en el agua potable en concentraciones superiores a 300 mg/l ¹⁸⁻²².

El primer signo del cáncer de vejiga es la hematuria (aparece hasta en el 75% de los casos). La irritación vesical ocurre hasta en 30% de los casos, incluyendo urgencia miccional, aumento de la frecuencia e irritación durante la micción. Se puede encontrar también dolor pélvico, obstrucción ureteral y dolor en el flanco ^{4, 18}.

El tratamiento más apropiado lo determina el estadio clínico basado en las pruebas diagnósticas y en la biopsia. Dicho tratamiento puede ser simple o combinado: resección transuretral quirúrgica, quimioterapia intravesical, inmunoterapia intravesical, cistectomía parcial o total, o bien radioterapia y quimioterapia sistémica ^{8, 18}.

En la actualidad, la cistectomía radical representa el tratamiento de elección para el cáncer de vejiga músculo-invasor (T2-T4a, N0-Nx, M0). Esta intervención consiste en la exéresis quirúrgica de la vejiga junto con su cobertura peritoneal y la eliminación de los ganglios linfáticos regionales. En el hombre, debe incluir la resección de los uréteres distales adyacentes, la glándula prostática y las vesículas seminales y el conducto deferente y su ampolla. En la mujer incluye la uretra, los uréteres distales, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios y la vagina adyacente. Sin embargo, nuevos estudios han cuestionado la necesidad de la inclusión de toda la próstata en los varones, y de la resección del útero o cualquier parte de la vagina en las mujeres ^{14, 23-26}.

Tras una cistectomía radical, el paciente necesitará una derivación urinaria. Existen varias técnicas de derivación de la orina según sea continente o no (ANEXO II). Entre ellas, se elige según la edad y el estado general del paciente, la extensión del tumor, la función renal, las alteraciones psicológicas y la aceptación del tratamiento por parte del paciente ²³.

Desde que Eugene Bricker describió en 1950 el conducto ileal, esta técnica se convirtió en la forma más frecuente de derivación urinaria en Europa. Representa un buen método de derivación permanente en el adulto, ya que presenta unas tasas de complicaciones muy aceptables y protege de manera eficaz al riñón. Consiste en aislar un segmento de íleon terminal, conservando su irrigación sanguínea, restituyendo después la continuidad intestinal. Separar uno o ambos uréteres de la vejiga e implantarlos en la porción proximal de dicho segmento y desembocar la porción distal del segmento a piel, constituyendo el estoma. Se colocarán unos catéteres ureterales, pasando por el segmento ileal que saldrán al exterior por el estoma con el fin de proteger las suturas, facilitar la salida de la orina y poder controlar la diuresis. La orina drenará en una bolsa con disco adhesivo que se colocará en el estoma. En este tipo de derivación además de orina se expulsará el moco segregado por la porción de intestino ²⁷⁻³¹.

Los pacientes sometidos a este tipo de intervención requieren en el postoperatorio una atención sanitaria muy extensa. El equipo de enfermería tiene un papel fundamental en la atención y cuidados, procurando conseguir el estado de bienestar bio, psico y social del paciente. Por otro lado, en este tipo de pacientes, la educación sanitaria es primordial. El personal de enfermería debe aprovechar la estancia hospitalaria del paciente para explicarle y enseñarle las técnicas de autocuidado de una urostomía, haciéndolo constar también en el informe de continuidad de cuidados. Realizando una buena educación sanitaria se conseguirá un paciente activo, integrado en los cuidados y que, una vez finalizada la etapa hospitalaria, sea capaz de poner en práctica lo aprendido, facilitando su adaptación temprana a esta nueva situación ^{30, 32}.

OBJETIVOS

1. Describir la metodología enfermera en el desarrollo de un caso clínico.
2. Mostrar la actuación de enfermería en el postoperatorio de un paciente diagnosticado con cáncer de vejiga e intervenido de cistectomía radical tipo Bricker.

METODOLOGÍA

El trabajo se basa en una revisión bibliográfica llevada a cabo en el periodo de octubre a noviembre de 2015. Las bases de datos consultadas han sido: Pubmed, Dialnet, Science Direct, Cuiden, Scopus, IBECS, el repositorio Elsevier y el buscador Alcorze. Además se ha consultado documentación en organismos nacionales e internacionales en las correspondientes páginas web.

TABLA 1. RESUMEN DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

BASES DE DATOS	PALABRA CLAVE	LIMITACIÓN EMPLEADA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EMPLEADOS
Pubmed	Bladder carcinoma, epidemiology	Free full text, 10 years, spanish, english, adult	41	1
	Bricker	Free full text, 10 years, spanish, english, adult	26	2
	Bladder cancer, risk factors	Trending articles	5	1
	Bladder cancer, risk factors	10 years, spanish, english, adult, title/abstract	6	1
Cuiden	Carcinoma vejiga		10	1
	Cáncer vejiga		30	2
	Carcinoma vejiga	Urología, España	92	2
Dialnet	Ureteroileostomía		8	1

Science Direct	Bricker	10 años	166	1
IBECS	Bricker		25	3
Scopus	Bladder cancer	10 years, english, spanish, european urology	28	1
Google Books	Urología, carcinoma de vejiga	10 años	20	1

OTROS BUSCADORES	PALABRA CLAVE	LIMITACIÓN EMPLEADA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EMPLEADOS
Elsevier	Cistectomía radical Bricker		27	5
	Uretero-ileostomía Bricker		8	1
Alcorze	Bladder cancer, risk factors	10 years, english, spanish, Europa	30	2

ORGANISMOS	DOCUMENTOS EMPLEADOS
Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC)	1
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	1
American Cancer Society	1
Asociación Europea de Urología	1
Asociación Española de Urología	1
Instituto Nacional de Estadística (INE)	1
Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN)	1

Se ha diseñado un plan de cuidados de enfermería individualizado, basado en un caso clínico real de una paciente diagnosticada de carcinoma de vejiga e intervenida mediante cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker. La valoración se ha llevado a cabo utilizando el modelo de cuidados de Virginia Henderson. La taxonomía utilizada ha sido NANDA, NOC y NIC.

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Mujer de 71 años de edad, diagnosticada de carcinoma urotelial de vejiga infiltrante (categoría T3a, N2, M0 de la TNM), ingresa en el Servicio de Urología de forma programada para la intervención quirúrgica de cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker.

Tras la operación la paciente pasa al servicio de reanimación, donde evoluciona favorablemente, y permanece durante dos días. Tras este tiempo es trasladada nuevamente a la planta quirúrgica de Urología. Al llegar al servicio, la paciente presenta: herida quirúrgica, urostomía conectada a bolsa, dos catéteres ureterales (derecho e izquierdo), drenaje tipo redón, SNG conectada a bolsa, catéter venoso central y catéter venoso periférico. Tras permanecer 15 días en esta planta, se plantea el alta por parte de los profesionales sanitarios. En ese momento, la paciente es portadora de: herida quirúrgica, urostomía conectada a bolsa y catéter venoso periférico.

Perfil general:

- Paciente consciente y orientada. Conoce su estado de salud y acepta los cambios que la nueva situación supone.
- Antecedentes personales de Hipertensión Arterial.

- Medicación habitual en casa: Enalapril 10 mg c/24h por la mañana en el desayuno.
- Actualmente jubilada. Vive sola. No está casada y no tiene hijos. Familia más cercana: hermana y sobrina.
- Autonomía para las actividades de la vida diaria: se le aplica el Índice de Barthel en el que obtiene una puntuación de 85 puntos (dependencia moderada).

VALORACIÓN

La valoración se lleva a cabo cuando se plantea el alta de la paciente, con vistas a la educación para el autocuidado en el domicilio.

TABLA 2. VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES

1. Oxigenación

Manifestaciones de independencia	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y tensión arterial normales. - Buena coloración de piel y mucosas.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	No se observan.

2. Nutrición e hidratación

Manifestaciones de independencia	- Ingesta de líquidos adecuada (1,5 litros al día). - No requiere ayuda para la alimentación.
Manifestaciones de dependencia	Manifiesta falta de apetito.
Datos a considerar	- Normopeso. - No intolerancias.

3. Eliminación

Manifestaciones de independencia	Cantidad de orina normal.
Manifestaciones de dependencia	Estreñimiento.
Datos a considerar	- Portadora de estoma conectada a bolsa por derivación urinaria no continente (ureteroileostomía tipo Bricker). - Requiere uso de laxantes.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Manifestaciones de independencia	Pasea 1 hora al día.
Manifestaciones de dependencia	No se observan
Datos a considerar	No se observan.

5. Descanso/sueño

Manifestaciones de independencia	Descansa correctamente.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	No se observan.

6. Usar prendas de vestir adecuadas

Manifestaciones de independencia	No precisa ayuda para vestirse y desvestirse.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	No se observan.

7. Termorregulación

Manifestaciones de independencia	Temperatura corporal adecuada.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	Se considera una persona friolera.

8. Higiene e integridad de la piel

Manifestaciones de independencia	<ul style="list-style-type: none">- Interés por mantener una higiene adecuada.- Buen estado de la piel.
Manifestaciones de dependencia	<ul style="list-style-type: none">- Portadora de estoma.- Herida quirúrgica.- Precisa ayuda para el aseo (se realiza en la cama).
Datos a considerar	No se observan.

9. Evitar los peligros del entorno

Manifestaciones de independencia	Sigue el plan terapéutico habitual.
Manifestaciones de dependencia	Uso de gafas para leer.
Datos a considerar	No alergias conocidas.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

Manifestaciones de independencia	<ul style="list-style-type: none"> - Habla sobre su nueva situación de salud. - Se comunica adecuadamente.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	Vive sola. Su familia más cercana es su hermana y su sobrina.

11. Vivir según sus creencias y valores

Manifestaciones de independencia	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta su estado de salud. - Se adapta a los cambios. - No muestra desagrado con su imagen corporal.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	No se observan.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor le ayude a sentirse realizado

Manifestaciones de independencia	No se observan.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	Actualmente jubilada.

13. Participar en actividades recreativas

Manifestaciones de independencia	Le gusta leer.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	No se observan.

14. Aprendizaje

Manifestaciones de independencia	Muestra buena disposición para conocer su estado de salud y los cuidados necesarios.
Manifestaciones de dependencia	No se observan.
Datos a considerar	Fuente usual para su aprendizaje sanitario: la enfermera.

DIAGNÓSTICOS (NANDA)

1. **Deterioro de la eliminación urinaria (00016) r/c** cambios anatómicos producidos por la intervención quirúrgica (ureteroileostomía tipo Bricker) **m/p** emisión involuntaria de orina y eliminación a través de la estoma conectada a bolsa con grifo (urostomía).
2. **Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c** herida quirúrgica y estoma **m/p** alteración de la superficie de la piel e invasión de las estructuras corporales.
3. **Conocimientos deficientes del régimen terapéutico (00126) r/c** falta de información en relación con los autocuidados de la urostomía y la incorporación de éstos a la vida diaria **m/p** desconocimiento manifiesto sobre los pasos a seguir en los nuevos cuidados ³³.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN (NOC-NIC)

1. Deterioro de la eliminación urinaria (00016)

Resultados esperados NOC:

- **Eliminación urinaria (0503):** Recogida y eliminación de la orina.

Indicadores:

- Características de la orina (cantidad y color) (050303) (050304) ³⁴

Intervenciones NIC:

- **Cuidados de la ostomía (0480):** Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante.

Actividades:

- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente y medir el tamaño del estoma para recortar el aro adhesivo al tamaño adecuado. Colocar el sistema de drenaje urinario por debajo del abdomen para favorecer el drenaje.
- Vaciar la bolsa de ostomía cuando haya alcanzado 1/2 de su capacidad y anotar las características y el volumen de la orina drenada.
- Cambiar la bolsa de urostomía cada 24 horas, y el aro adhesivo cada 3-5 días (o cuando empiece a despegarse).
- Recomendar a la paciente beber líquidos en abundancia (2-3 litros al día) ^{35, 36, 37}.

2. Deterioro de la integridad cutánea (00046)

Resultados esperados NOC:

- **Autocuidado de la ostomía (1615):** Acciones personales para mantener la ostomía de eliminación.

Indicadores:

- Expresa mantener el cuidado de la piel alrededor de la ostomía y cambiar la bolsa adecuadamente (161520) (161511) ³⁴

- **Curación de la herida: por primera intención (1102):** Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

Indicadores:

- Signos de cicatrización (110213) o de infección (110202) (110208) ³⁴

Intervenciones NIC:

- **Cuidados de la ostomía (0480).**

Actividades:

- Observar la curación del estoma (color rosáceo a rojo, aspecto húmedo, inflamación disminuida, no estenosis) y del tejido circundante (no irritación ni prurito), y la adaptación del equipo de ostomía.
- Identificar posibles complicaciones tales como exantema y fugas ^{35, 36}.

- **Cuidados del sitio de incisión (3440):** Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Actividades:

- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión, observando la cicatrización.
- Limpiar la herida con suero fisiológico, solución antiséptica (por ejemplo, povidona yodada) y gasas estériles, desde la zona limpia (herida quirúrgica) hacia la zona menos limpia (bordes que rodean la incisión).
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión (supuración, enrojecimiento, calor, mal olor y dolor).
- Aplicar un apósito que cubra bien y proteja la incisión y cambiarlo cada 48 horas o cuando esté sucio ³⁵.

3. Conocimientos deficientes del régimen terapéutico (00126)

Resultados esperados NOC:

- **Conocimiento: cuidados de la ostomía (1829):** Grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación.

Indicadores:

- Descripción y demostración de los cuidados de la ostomía (182915) (182908) (182905) (182916) (182903) ³⁴

- **Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza (3012):** Grado de la percepción positiva de las instrucciones proporcionadas por el personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación en los cuidados.

Indicadores:

- Manifestación verbal de la paciente del grado de satisfacción (301219) (301208) ³⁴

Intervenciones NIC:

- **Cuidados de la ostomía (0480).**
- **Enseñanza: individual (5606):** Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Valorar el nivel actual de conocimientos de la paciente, y adaptar la información a su capacidad y motivación, explicándole la terminología que no le sea familiar.
- Disponer de un ambiente que induzca el aprendizaje, preservando en todo momento la intimidad de la paciente.
- Demostrar e instruir a la paciente en los cuidados de la ostomía y la utilización del equipo. La higiene del estoma y la piel periestomal se realizará una vez al día (con el cambio de bolsa) con unas gasas o una esponja suave, jabón con pH neutro y agua tibia. Se limpiará suavemente con movimientos circulares desde dentro hacia fuera y se secará con una gasa. Medir el tamaño del estoma para recortar el aro adhesivo al tamaño adecuado (se realizará cada 3-5 días, o cuando el aro empieza a desprenderse). Adherir la lámina de abajo arriba, presionando con los dedos alrededor para evitar cualquier pliegue o arruga. Encajar la bolsa hasta oír el click de seguridad, y asegurarse de cerrar el grifo o tubo de vaciado. Vaciar la bolsa cuando supere la mitad de su capacidad, haciendo girar el grifo. Para cambiar la bolsa: sujetar con una mano el disco adhesivo y con la otra quitar la bolsa por el extremo superior. Realizarlo en la posición más cómoda, siendo recomendable colocarse delante de un espejo. Por la noche utilizar un sistema de drenaje nocturno de mayor capacidad, que se conectará directamente a la bolsa y permitirá dormir sin interrupciones al no ser necesario vaciar la bolsa. Utilizar una bolsa de pierna cuando no es posible vaciar la bolsa con tanta frecuencia (al salir a la calle, viajar, etc.)

- Permitir que haya una participación activa de la paciente, indicándole que realice ella misma los autocuidados de la urostomía. Evaluar estos cuidados, observando cómo se desenvuelve al realizarlos y corregir los posibles errores.
- Explicar a la paciente cómo obtener el equipo necesario: los primeros dispositivos se proporcionan en el hospital, y los demás por el médico de cabecera mediante receta.
- Instruir a la paciente sobre los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario. Al realizar la higiene, observar que el color sea rojo, que no haya olor desagradable, ni dolor o inflamación, que la piel alrededor no esté enrojecida ni caliente, que no haya fugas de orina alrededor de la bolsa ni del disco adhesivo, y que no se observen cristales o arenilla o sedimento alrededor del estoma.
- Instruir a la paciente acerca de la dieta. Incluir frutas y zumos que aporten vitamina C (cítricos, kiwi, arándanos), ya que acidifican la orina y protegen de posibles infecciones. Tener en cuenta que algunos alimentos (espárragos, cebollas, ajos, pescado, marisco, queso, huevo, condimentos) producen un olor de la orina más fuerte, y algunos medicamentos pueden colorear la orina.
- Responder a las posibles preguntas e inquietudes de la paciente y preguntar si se encuentra satisfecha con la información proporcionada y la resolución de dudas.
- Vigilar el estado emocional de la paciente y fomentar la manifestación verbal de sentimientos y percepciones mediante escucha activa.
- Remitir a la paciente a Enfermería de Atención Primaria para el posterior seguimiento ^{35, 36, 37}.

EVALUACIÓN

Al momento del alta la paciente conoce los cuidados de urostomía necesarios para que en el domicilio se desenvuelva con autonomía, y se encuentre adaptada a su nueva situación.

La posterior evaluación se realizará en el centro de Salud por la enfermera responsable. Se realizará una nueva valoración de la paciente para evaluar su estado de salud en ese momento, para que, de este modo, se siga llevando a cabo un plan de cuidados.

CONCLUSIONES

Mediante el plan de cuidados de Enfermería propuesto se ha logrado explicar los pasos metodológicos necesarios para el desarrollo de un Plan de Cuidados.

Se ha conseguido dar a conocer la actuación del profesional de enfermería en el caso concreto de un postoperatorio de un paciente intervenido de cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, atendido en la planta de Urología. Se ha de mencionar la importancia de una correcta valoración del paciente, para posteriormente poder deducir un plan de cuidados individualizado y adaptado a las necesidades de cada paciente.

Se concluye así, que el papel de enfermería en el cuidado del paciente es fundamental, no sólo a la hora de responsabilizarse de la vigilancia clínica, el cuidado y la suplencia en determinadas actividades, sino que sobre todo a nivel educativo y de transmisión de la información para poder así conseguir el grado máximo de autonomía e independencia del paciente en su posterior alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Sánchez AB, Gómez Colmenero MM, Castro Guinea I, Aldama López De Viñaspre J, García De Vicuña Fernández De Arroyabe P, Vázquez Barrenechea Y, et al. Guía de cuidados en pacientes con urostomía. Hacia una mejora en la calidad de los cuidados. Enfuro. 2012; 7(121): 25-7.
2. Asociación Española Contra el Cáncer. Sobre el cáncer [Internet]. Madrid: AECC; 2011 [acceso 21 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Paginas/Sobreelc%C3%A1ncer.aspx>
3. Estudillo González F, Shub Skorniakov M, Estudillo Lobato G, Lista Rivero A, Rodríguez-Rubio Cortadellas F. Factores que influyen en el desarrollo del cáncer vesical en nuestro entorno. Estudio de casos y controles. Enfuro. 2012; 7(121): 9-18.
4. Villalobos León ML, Molina Villaverde R, Navarro Expósito F, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de vejiga. Medicine. 2013; 11(26): 1568-77.
5. Tello U, Garza-Sainz G, Osornio-Sánchez V, Camacho-Castro AJ., García-Sacido F, Muñoz-Ibarra E, et al. Experiencia en el manejo del cáncer de vejiga con cistectomía radical. Rev Mex Urol. 2013; 73(1): 4-8.
6. García De Vicuña Fernández De Arroyabe P, Vázquez Barrenechea Y, Aldama López De Viñaspre J, Álvarez Sánchez AB, Castro Guinea I, Pérez Perea MC, et al. Efectividad de las recomendaciones al alta en los pacientes con derivación urinaria Bricker en el Hospital Santiago de Vitoria. Un reto en los cuidados. Enfuro. 2011; 6(117): 11-15.
7. Mendoza Aranibar LA. Carcinoma de vejiga y cáncer de uretra. En: Ríos Osorio J, Ríos Osorio S, editores. Cirugía – Urología. 1ª ed. Colombia: Universidad de Antioquia; 2005. p. 175-85.

8. Gómez García E, Herrera Álvarez A, López Guerrero I, Flores Raya G, Moreno Márquez S, Martín López A. Un reto de esperanza: el relato de una mujer con cáncer vesical. *Enfuro*. 2010; 6(116): 15-19.
9. Wen H, Feng CC, Fang ZJ, Xia GW, Jiang HW, Xu G, et al. Estudio sobre susceptibilidad de cáncer de vejiga y polimorfismos genéticos de XPC, XPG y CYP en fumadores y no fumadores. *Actas Urol Esp*. 2013; 37(5): 259-65.
10. Yu Q, Zhang K, Wang X, Liu X, Zhang Z. Expression of transcription factors snail, slug, and twist in human bladder carcinoma. *J Exp Clin Cancer Res* [revista en Internet] 2010 [acceso 20 de octubre de 2015]; 29(1). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2942802/>
11. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2012 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. [acceso 3 de noviembre de 2015]. Disponible en:
http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
12. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Alemán A, et al. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa [Internet]. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN); 2014 [acceso 3 de noviembre de 2015]. Disponible en:
<http://redecan.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la-incidencia-y-la-supervivencia-del-cancer-en-espana-y-su-situacion-en-europa>
13. Mayorga-Gómez E, Cornejo-Dávila V, Palmeros-Rodríguez A, Uberetagoiyena-Tello de Meneses I, Garza-Sainz G, Osornio-Sánchez V, et al. Manejo de las complicaciones postoperatorias en las derivaciones urinarias. *Rev Mex Urol*. 2013; 73(3): 136-9.

14. Ferrís J, Berbel O, Alonso-López J, García J, Ortega JA. Factores de riesgo ambientales no ocupacionales asociados al cáncer vesical. *Actas Urol Esp*. 2013; 37 (9): 579-86.
15. Chavan S, Bray F, Lortet-Tieulent J, Goodman M., Jemal A. International variations in bladder cancer incidence and mortality. *Eur Urol*. 2014; 66(1):59-73.
16. García Martínez MJ, Montes Nieto IM, Ramos Suárez JM, González Cabrera S, Luque González I, Avilés Garrido Ó. Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker). Estudio de un caso clínico. *Enfuro*. 2011; 6(117): 5-10.
17. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte [Internet]. Madrid: INE; 2012 [acceso 4 de noviembre de 2015]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase>
18. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015 [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2015 [acceso 22 de octubre de 2015]. Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>
19. Burger M, Catto JW, Dalbagni G, Grossman HB, Herr H, Karakiewicz P, et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *Eur Urol*. 2013; 63(2): 234-41.
20. Brown T, Slack R, Rushton L, British Occupational Cancer Burden Study Group. Occupational cancer in Britain. Urinary tract cancers: bladder and kidney. *Br J Cancer*. 2012; 107 Supl 1: 76-84.

21. Letašiová S, Medve'ová A, Šovčíková A, Dušinská M, Volkovová K, Mosoiu C, et al. Bladder cancer, a review of the environmental risk factors. *Environ Health*. 2012; 11 Supl 1: S11.
22. Fernandez MI, Lopez JF, Vivaldi B, Coz F. Long-term impact of arsenic in drinking water on bladder cancer health care and mortality rates 20 years after end of exposure. *J Urol*. 2012; 187(3): 856-61.
23. Mucciardi G, Macchione L, Galì A, Benedetto A, Subba E, Pappalardo R, et al. Calidad de vida y supervivencia global en pacientes de alto riesgo tras cistectomía radical con una derivación urinaria simple. *Cir Esp*. 2015; 93(6): 368-74.
24. Castillo OA, Campos R, Vidal I, Fonerón A, Rubio G, Landerer E, et al. Cistectomía radical laparoscópica con confección extracorpórea de neovejiga ortotópica ileal en forma de "Y" usando sutura mecánica no reabsorbible (Fontana). *Actas Urol Esp*. 2011; 35(5): 296-301.
25. Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribal MJ, et al. Guía clínica sobre el cáncer de vejiga con invasión muscular y metastásico [Internet]. España: Asociación Europea de Urología; 2010 [acceso 21 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.aeu.es/UserFiles/files/03-GUIA%20CLINICA%20SOBRE%20EL%20CANCER%20DE%20VEJIGA%20CON%20INVASION.pdf>
26. Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribal MJ, et al. Tratamiento del cáncer de vejiga con invasión muscular y metastásico: actualización de la Guía Clínica de la EAU. *Actas Urol Esp*. 2012; 36(8): 449-60.
27. Castiñeiras Fernández J, coordinador. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2007: 529-30.

28. Cheng M, Looney SW, Brown JA. Ureteroileal anastomotic strictures after a Bricker ileal conduit: 50 case assessment of the impact of conversion from a slit incision to a "shield shaped" ileostomy. *Can J Urol*. 2011; 18(2):5644-9.
29. Pultrone CV, Schiavina R, Brunocilla E, Gaudiano C, Renzulli M, Vagnoni V, et al. Uretero-Caval Fistula after Radical Cystectomy with Bricker Ileal Conduit: A Case Report. *Urol J*. 2014; 11(3): 1724-6.
30. Real Romaguera A, Piquer Boscá C, Rubia Fernández A, Ferrer Casares H. Beneficios del ejercicio físico en la recuperación del paciente intervenido de Bricker. *Enfuro*. 2007; 4(102): 32-41.
31. Quintaine V, Mandon L, Hugeron C, Rech C, Bensmail D. Obstructive pyelonephritis due to parastomal hernia of ileal conduit urinary diversion (Bricker). *Ann Phys Rehabil Med*. 2013; 56(1): 241.
32. Riomoros Sanz MB, Herrero Cecilia I, Carrasco Díaz R. Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones. *Enfuro*. 2008; 4(108): 10-13.
33. Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
34. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
35. Bulechek MG, Butcher KH, Dochterman MJ, Wagner MC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
36. Carballo Chinarro AI. Guía rápida de urostomía [Internet]. Madrid: Fundación Te Cuidamos; 2008 [acceso 23 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-URO.pdf>

37. American Cancer Society. Urostomía: una guía [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2015 [acceso 23 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002930-pdf.pdf>

ANEXOS

ANEXO I. Clasificación TNM del cáncer de vejiga

Clasificación TNM de 2009 del cáncer de vejiga

T – Tumor primario

Tx	No se puede evaluar el tumor primario
T0	Ausencia de datos de tumor primario
Ta	Carcinoma papilar no invasor
Tis	Carcinoma in situ: "tumor plano"
T1	El tumor invade el tejido conjuntivo subepitelial
T2	El tumor invade el músculo
T2a	El tumor invade el músculo superficial (mitad interna)
T2b	El tumor invade el músculo profundo (mitad externa)
T3	El tumor invade el tejido perivesical
T3a	Microscópicamente
T3b	Macroscópicamente (masa extravesical)
T4	El tumor invade cualquiera de las estructuras siguientes: próstata, útero, vagina, pared de la pelvis, pared abdominal
T4a	El tumor invade la próstata, el útero o la vagina
T4b	El tumor invade la pared de la pelvis o la pared abdominal

N – Ganglios linfáticos

Nx	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales
N0	Ausencia de metástasis ganglionares regionales
N1	Metástasis en un solo ganglio linfático en la pelvis verdadera (hipogástricos, obturadores, ilíacos externos o presacros)
N2	Metástasis en varios ganglios linfáticos en la pelvis verdadera (hipogástricos, obturadores, ilíacos externos o presacros)
N3	Metástasis en uno o varios ganglios linfáticos ilíacos comunes

M – Metástasis a distancia

Mx	No se puede evaluar
M0	Ausencia de metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

Fuente: Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribal MJ, et al. Guía clínica sobre el cáncer de vejiga con invasión muscular y metastásico [Internet]. España: Asociación Europea de Urología; 2010 [acceso 21 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.aeu.es/UserFiles/files/03-GUIA%20CLINICA%20SOBRE%20EL%20CANCER%20DE%20VEJIGA%20CON%20INVASION.pdf>

ANEXO II. Tipos de derivaciones urinarias

DERIVACIÓN URINARIA CONTINENTE	<u>Ortotópica</u> : para la eliminación y exteriorización de la orina se utiliza la vía natural o uretra.	<u>Ureteroileoureterostomía</u> : sustitución vesical por un asa ileal (neovejiga) que se deriva a uretra. Ej.: Padovana, Camey, Hautmann, Studer, etc.	
	<u>Hetetotópica</u> : para la eliminación y exteriorización de la orina se utilizan vías alternativas a la natural.	<u>Urostomía continente</u> : neovejiga que se aboca a piel a través de un estoma continente. La orina es evacuada por la piel cuando se extrae con una sonda. Ej.: Indiana, Barcelona Pouch, Mitrofanoff, Kock y Mainz.	
		<u>Ureterosigmoidostomía</u> : uréteres a sigma directamente o a través de un reservorio. La orina es evacuada con las heces a través del ano. Ej.: Mainz II, Coffeys, Hemi-Kock.	
DERIVACIÓN URINARIA NO CONTINENTE	<u>Hetetotópica</u> : para la eliminación y exteriorización de la orina se utilizan vías alternativas a la natural.	A nivel de riñón	<u>Nefrostomía</u> : riñón a piel a través de sonda o catéter.
			<u>Pielostomía</u> : pelvis renal a piel a través de sonda a catéter.
		A nivel de uréter	<u>Urterostomía cutánea</u> : uréteres a piel directamente, a través de un pequeño estoma.
			<u>Ureteroileostomía tipo Bricker</u> : uréteres a piel a través de un conducto ileal con estoma mucocutáneo.
		A nivel de vejiga	<u>Cistostomía</u> : vejiga a piel a través de sonda o catéter.
		A nivel de uretra	<u>Uretrostomía</u> : uretra a piel a través de un pequeño estoma en periné.

Fuente: Elaboración propia según: "Marlene Hurst. Enfermería médico-quirúrgica. 1ª ed. México: El Manual Moderno; 2013".

ANEXO III. Tabla resumen NANDA, NOC, NIC

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00016 Deterioro de la eliminación urinaria: Disfunción en la eliminación urinaria.</p> <p><i>Dominio 3: Eliminación e Intercambio</i> <i>Clase 1: Función urinaria</i></p>	<p>0503 Eliminación urinaria: Recogida y eliminación de la orina.</p> <p><i>Dominio II: Salud fisiológica</i> <i>Clase F: Eliminación</i></p>	<p>0480 Cuidados de la ostomía: Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante.</p> <p><i>Campo 1: Fisiológico básico</i> <i>Clase B: Control de la eliminación</i></p>
<p>00046 Deterioro de la integridad cutánea: Alteración de la epidermis y/o de la dermis.</p> <p><i>Dominio 11: Seguridad/Protección</i> <i>Clase 2: Lesión física</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1615 Autocuidado de la ostomía: Acciones personales para mantener la ostomía de eliminación. <p><i>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud</i> <i>Clase Q: Conducta de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1102 Curación de la herida: por primera intención: Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado. <p><i>Dominio II: Salud fisiológica</i> <i>Clase L: Integridad tisular</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0480 Cuidados de la ostomía: Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante. <p><i>Campo 2: Fisiológico complejo</i> <i>Clase L: Control de la piel/heridas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3440 Cuidados del sitio de incisión: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas. <p><i>Campo 2: Fisiológico complejo</i> <i>Clase L: Control de la piel/heridas.</i></p>
<p>00126 Conocimientos deficientes del régimen terapéutico: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p> <p><i>Dominio 5: Percepción/Cognición</i> <i>Clase 4: Cognición</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía: Grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación. <p><i>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud</i> <i>Clase S: Conocimientos sobre salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza: Grado de la percepción positiva de las instrucciones proporcionadas por el 	<ul style="list-style-type: none"> • 0480 Cuidados de la ostomía: Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante. <p><i>Campo 1: Fisiológico básico</i> <i>Clase B: Control de la eliminación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5606 Enseñanza: individual: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares

	<p>personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación en los cuidados.</p> <p><i>Dominio V: Salud percibida</i> <i>Clase EE: Satisfacción con los cuidados</i></p>	<p>del paciente.</p> <p><i>Campo 3: Conductual</i> <i>Clase S: Educación de los pacientes</i></p>
--	---	--

Fuente: Elaboración propia.