

2009

# Enfermería Médico Quirúrgica II

## ALTERACIONES DE LA MICCIÓN

E.U.E. La Fe 2º Curso de Enfermería

**Alumnas:**

Clara Grau García

Pilar Gualda Rodríguez

Marta Lluch Atanes

Laura Mallol Boix

Susana Hinarejos Parga

Carmen Ainara Donat Hernández

**Profesora:** Concha Roldán



## ÍNDICE

<b>1) Incontinencia urinaria .....</b>	<b>Pág. 3</b>
• Concepto.....	Pág. 3
• Etiología .....	Pág. 3
• Tipos de incontinencia urinaria .....	Pág. 3
○ Incontinencia por esfuerzo	
○ Incontinencia de urgencia	
○ Incontinencia por rebosamiento	
○ Incontinencia refleja	
○ Incontinencia funcional	
• Fisiopatología.....	Pág. 4
• Estudios diagnósticos .....	Pág. 4
○ Anamnesis	
○ Exploración física	
○ Diario de micciones	
○ Análisis de orina	
○ Pruebas urodinámicas	
• Manifestaciones clínicas .....	Pág. 5
• Tratamiento.....	Pág. 5
○ Farmacológico	
○ Quirúrgico	
• Cuidados en la incontinencia urinaria .....	Pág. 6
• Educación sanitaria para la incontinencia urinaria .....	Pág. 7
<b>2) Retención urinaria .....</b>	<b>Pág. 8</b>
• Concepto.....	Pág. 8
• Etiología y fisiopatología .....	Pág. 8
• Tipos de retención urinaria.....	Pág. 8
○ Retención aguda de orina	
○ Retención crónica de orina	
• Estudios diagnósticos .....	Pág. 10
○ Anamnesis	
○ Exploración física	
○ Diario de micciones	
○ Análisis de orina	
○ Pruebas urodinámicas	
• Manifestaciones clínicas .....	Pág. 10
• Tratamiento.....	Pág. 10
○ Farmacológico	
○ Quirúrgico	
• Complicaciones.....	Pág. 11
• Cuidados en la retención urinaria .....	Pág. 11
• Educación sanitaria para la retención urinaria .....	Pág. 12

<b>3) Derivaciones urinarias.....</b>	<b>Pág.12</b>
• Concepto .....	Pág. 12
• Etiología.....	Pág. 12
• Tipos de derivaciones urinarias .....	Pág. 12
○ Derivación urinaria incontinente	
▪ Ureterostomía cutánea	
▪ Conducto ileal	
▪ Nefrostomía	
▪ Cistostomía	
○ Derivación urinaria continente	
▪ Cistectomía	
○ Sustitución vesical ortotópica	
○ Contraindicaciones generales de las derivaciones urinarias	
• Cuidados en las derivaciones urinarias.....	Pág. 14
○ Control del preoperatorio	
▪ Alteración de la protección	
▪ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	
▪ Riesgo de deterioro de la integridad del estoma	
▪ Alteración de la eliminación urinaria	
▪ Riesgo de infección	
▪ Aceptación de los cambios de la autoimagen y la función	
○ Control del postoperatorio	
• Educación sanitaria para las derivaciones urinarias .....	Pág. 17
<b>4) Glosario .....</b>	<b>Pág.18</b>
<b>5) Bibliografía.....</b>	<b>Pág.19</b>

## INCONTINENCIA URINARIA

### ○ **Concepto**

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida incontrolada de una cantidad de orina tal que llega a significar un problema para el paciente. La IU afecta más a las mujeres que a los hombres.

Este hecho representa para la persona que lo sufre, un problema social e higiénico, además de afectar a la calidad de vida de las personas y de contribuir a la aparición de importantes problemas de salud en los adultos de avanzada edad.

### ○ **Etiología**

La incontinencia se puede dar por cualquier trastorno que interfiera con el control del esfínter uretral o vesical, como es en las siguientes circunstancias:

- Por incremento inapropiado de la presión intravesical durante una fase que sea superior a la presión uretral, y venza a los mecanismos de cierre.
- Por fallo del esfínter interno, externo, o ambos durante la fase de llenado vesical, bien por relajación inapropiada o por lesión orgánica.
- Por combinación de los mecanismos anteriores.

En ocasiones las causas de la IU son transitorias (por ejemplo: confusión o depresión, infecciosos, fármacos, limitación de la movilidad o impactación fecal).

Los trastornos congénitos causantes de incontinencia son la extrofia de la vejiga, epispadias, espina bífida con mielomeningocele y orificio uretral ectópico.

También pueden causarla algunos trastornos adquiridos que dan lugar a los diferentes tipos de IU.

### ○ **Tipos**

- **Incontinencia por esfuerzo:** Aumento brusco de la presión intraabdominal causante de una eliminación involuntaria de orina (Ej.: al toser, defecar, reír). Se observa principalmente en mujeres con relajación de la musculatura pélvica.
- **Incontinencia de urgencia:** Ocurre de manera aleatorizada cuando la micción involuntaria está precedida por un deseo urgente de orinar que dura unos segundos. El escape de orina es periódico, pero frecuente.
- **Incontinencia por rebosamiento:** El trastorno ocurre cuando la presión de la orina en una vejiga hiperdistendida supera la presión de control del

esfínter. El paciente presenta frecuentes pérdidas de orina en pequeñas cantidades.

- **Incontinencia refleja:** El trastorno ocurre cuando el paciente no presenta deseo de orinar o de hacer fuerza antes de una micción involuntaria y periódica. Las micciones son frecuentes.
- **Incontinencia funcional:** Pérdida de orina secundaria a problemas de movilidad del paciente o a factores ambientales. Se da sobretodo en ancianos.

#### ○ **Fisiopatología**

La incontinencia en sí no es una enfermedad sino una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical, en la que refiere el paciente la pérdida de orina (como síntoma), que el personal sanitario puede verificar al objetivarla como un signo.

En casos normales donde no hay alteración de la micción, el cuerpo actúa de la siguiente forma:

- Durante la fase de llenado, la presión en la uretra es muy superior a la de la vejiga, por lo que la orina permanece dentro de ella. La presión de cierre uretral (presión en uretra menos presión vesical) permite la continencia en esta fase.
- Durante la fase de vaciado, la presión en la uretra disminuye por relajación de los mecanismos esfinterianos. Se contrae el músculo Detrusor y se inicia la micción, ya que la presión de cierre (presión uretral – presión vesical) está a favor de la presión vesical.

Por tanto, la condición indispensable para que se produzca la incontinencia es que la presión intravesical sea superior a la presión uretral.

#### ○ **Estudios diagnósticos**

La evaluación básica de la incontinencia urinaria consiste en la **anamnesis**, la exploración física y, si es posible, el registro de la diuresis.

La **exploración física** consiste en la evaluación del estado de salud general, así como de los aspectos funcionales (Ej.: grado de movilidad del paciente, destreza y función cognitiva). En la exploración de la pelvis debe hacerse una meticolosa inspección buscando signos de erosión o erupciones relacionadas con la IU. También han de evaluarse la fuerza de los músculos del suelo pélvico y la innervación local.

Se le puede pedir al usuario que realice un **diario de micciones** durante una semana, para anotar los episodios de escape de orina y nicturia.

El **análisis de orina** se utiliza para identificar posibles factores que contribuyan a la aparición de incontinencia urinaria transitoria (Ej.: infección urinaria, diabetes mellitus).

Asimismo debe determinarse la orina residual posmiccional. El volumen residual posmiccional se obtiene pidiendo al paciente que orine y sondándole luego durante un período relativamente corto (de 5 a 10 minutos). Otro método de determinación del volumen residual es el empleo de un aparato de rastreo vesical. Esta técnica es menos precisa que el sondaje, pero evita las molestias de éste y el riesgo de aparición de ITU.

En algunos casos (tanto de incontinencia como de retención) están indicadas las **pruebas urodinámicas**. Mediante el uso de sondas y electrodos, se puede estudiar la forma en que la vejiga llena y vacía su contenido. Éste es un procedimiento ambulatorio. Los estudios por imagen del tracto urinario superior (Ej.: cistoscopia) se realizan cuando la incontinencia se asocia a ITU o ante signos de afectación de dicho tracto.

#### ○ **Manifestaciones clínicas**

Los síntomas más frecuentes de la incontinencia urinaria se pueden incluir en los siguientes:

- Incapacidad para orinar.
- **Dolor relacionado con el llenado de la vejiga o dolor relacionado con la micción sin comprobarse infección de la vejiga.**
- Debilidad progresiva del chorro urinario con o sin sensación de completo vaciado de la vejiga.
- **Aumento de la frecuencia al orinar sin que haya infección de la vejiga.**
- **Necesidad de alcanzar el baño rápidamente o derrame de orina si no alcanza el baño a tiempo.**
- Cambio o anormalidad al orinar relacionados con el sistema nervioso.
- Infecciones frecuentes de la vejiga.
- **Salida de orina (es el más importante).**

#### ○ **Tratamiento**

El 80% de los casos de IU se pueden curar o mejorar significativamente. En principio hay que corregir los factores transitorios y reversibles, y luego debe hacerse el tratamiento de la incontinencia. En general primero se llevan a cabo los tratamientos menos invasivos y luego los más invasivos (Ej.: cirugía). A pesar de ello, la elección es muy personalizada y debe basarse en las preferencias del paciente, el tipo y la gravedad de IU y los defectos anatómicos asociados.

Los ejercicios de “Kegel” en los cuales se fortalece los músculos pelvianos se emplean para tratar la incontinencia de esfuerzo, la incontinencia imperiosa o la incontinencia mixta.

Es recomendable enseñar a realizar estos ejercicios utilizando la estimulación eléctrica (biorretroalimentación) puesto que ayuda al paciente a identificar,

aislar, contraer y relajar los músculos de la pelvis. De esta manera el paciente sabrá cómo, cuándo y qué músculos ha de contraer para aumentar la continencia.

La “micción obligada” se usa en la IU funcional, y consiste en imponer unos intervalos de micción obligatorios que potencien la capacidad vesical y disminuyan la frecuencia de micción y la pérdida de orina.

- **Tratamiento farmacológico:**

El tratamiento farmacológico varía según el tipo de IU.

Los fármacos tienen un papel limitado en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo.

- **Anticolinérgicos:** Indicados para la vejiga hiperactiva, pues reduce la excitabilidad de este órgano.
- **Propiverina y tolterodina:** De reciente comercialización. Presentan menos efectos secundarios.
- **Duloxetina:** Mejora la función del esfínter y reduce las contracciones de la vejiga.

En las **mujeres menopáusicas**, la terapia hormonal sustitutiva con parches de estrógenos puede mejorar la incontinencia urinaria y la aplicación de inyecciones de colágeno alrededor de la uretra y del esfínter es una práctica que está dando resultados positivos, aunque suelen requerir la repetición de la inyección al cabo de varios años.

- **Tratamiento quirúrgico:**

Las intervenciones quirúrgicas también varían según el tipo de IU.

El objetivo de la intervención quirúrgica es hacer que la uretra permanezca cerrada hasta que la vejiga se llene.

Esto se puede conseguir mediante la colocación de un implante artificial de un esfínter o usando tejido muscular del mismo paciente.

Un ejemplo es la realización, a través de una incisión abdominal, de la suspensión de la uretra y el cuello vesical suturando la pared vaginal anterior a cada lado del periostio de los huesos púbicos y el recto inferior.

Otro procedimiento consiste en suspender los tejidos adyacentes al cuello vesical a la fascia abdominal (vía transvaginal).

En los hombres, se puede aumentar la resistencia de la uretra con suturas transversales.

- **Cuidados en la incontinencia urinaria**

Son un conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a fomentar la continencia urinaria y a mantener la integridad de la piel.

Los objetivos de estos cuidados tienen como finalidad:

- Implantar un programa de educación sanitaria para disminuir la incontinencia urinaria.
- Concienciar al paciente y a la familia de que la incontinencia no es una enfermedad sino un problema de salud.
- Favorecer el bienestar físico y psíquico del paciente.

La enfermera debe conocer los problemas tanto físicos como emocionales asociados con la IU. Hay que conservar y reforzar la dignidad, la privacidad y los sentimientos de autoestima del paciente.

Esto implica un enfoque escalonado en dos pasos mediante el empleo de dispositivos de contención para tratar los escapes de orina ya existentes y, más tarde, la elaboración de un plan definitivo para reducir o solucionar los factores causantes de la IU.

Se realiza un entrenamiento de los hábitos o micción programada a través de un diario donde se determinan los patrones de la frecuencia miccional diurna.

Se enseña al paciente a seguir una pauta de micción estricta durante las horas que anda y según la frecuencia miccional observada en el diario.

Por la noche se aconseja al paciente que, si le despierta el deseo de orinar, orine normalmente.

Se da apoyo emocional a la hora de aprender a realizar los ejercicios de Kegel con ayuda de la biorretroalimentación, puesto que es difícil la realización correcta de estos.

El objetivo es contraer y relajar de manera repetida el músculo pubococcígeo (principal músculo del suelo de la pelvis). Ejercitar los músculos del suelo de la pelvis durante cinco minutos tres veces al día puede significar una gran diferencia en el control de la vejiga. El ejercicio fortalece los músculos que sostienen la vejiga y mantienen los otros órganos de la pelvis en su lugar.

#### ○ **Educación sanitaria en la incontinencia urinaria**

La enfermera debe aconsejar al paciente:

- Un consumo adecuado de líquidos.
- Limitar la ingesta de líquidos algunas horas antes de dormir.
- Una reducción o eliminación en la dieta de irritantes de la vejiga como cafeína y alcohol. El hábito tabáquico aumenta el riesgo de incontinencia por esfuerzo. Además de irritar la vejiga, éste hábito provoca tos crónica, que puede debilitar y dañar el esfínter produciendo incontinencia.
- Una pauta de micción regular y flexible (cada 2-4 horas estando despierto).
- Un aumento de la fibra en la dieta, ya que el estreñimiento crónico puede contribuir a problemas de incontinencia, urgencia e incremento en la frecuencia urinaria.
- Ejercicio físico moderado, ya que el exceso de peso se asocia con el aumento de riesgo de incontinencia. Esto se debe a que el peso excesivo ejerce presión en los músculos del suelo pelviano.
- Realizar una adecuada higiene diaria del área urogenital.
- Aconsejar un cambio a menudo de pañales para evitar la humedad en la piel y mejorar la transpiración de la misma.

En un intento de tratar la IU, muchas mujeres y hombres utilizan productos domésticos (compresas, toallas, papel higiénico doblado, etc.). Como ninguno de estos productos está diseñado para quitar la orina de la piel e impedir que la ropa se manche, ni reducir o eliminar el olor; la enfermera debe aconsejar la utilización de productos diseñados específicamente para contener la orina.

Los pacientes con pérdida de un alto volumen de orina o con incontinencia urinaria más fecal pueden utilizar pañales de incontinencia desechable o un sistema tipo compresa/pañal.

## RETENCIÓN URINARIA

### ○ **Concepto**

La retención urinaria es la incapacidad para vaciar la vejiga pese a la micción, o bien la acumulación de orina en la vejiga a causa de una incapacidad para orinar.

### ○ **Etiología y fisiopatología**

La retención urinaria está causada por dos alteraciones distintas del sistema urinario:

1. **Obstrucción del tracto de salida de la vejiga:** Ésta causa retención urinaria cuando el bloqueo es grave, de modo que la vejiga no es capaz de eliminar su contenido aunque el detrusor se contrae de forma normal. En los hombres, una causa frecuente de obstrucción es el aumento de tamaño de la próstata.
2. **Fuerza de contracción deficiente del músculo detrusor:** Origina retención urinaria cuando el músculo ya no es capaz de contraerse con la fuerza suficiente o durante un período de tiempo suficiente, para vaciar del todo la vejiga. Las causas más frecuentes de este problema son las enfermedades neurológicas, la diabetes mellitus, la hiperdistensión vesical, el alcoholismo crónico y los fármacos (por ej. Anticolinérgicos).

### ○ **Tipos**

La **retención urinaria aguda** es la incapacidad total de eliminar la orina en la micción; es una urgencia médica. En cambio, la **retención urinaria crónica** se define como un vaciado incompleto de la vejiga a pesar de la micción. En los pacientes con retención urinaria crónica, los volúmenes posmiccionales de orina residual varían ampliamente.

## I - RETENCION AGUDA DE ORINA

RECORDAR

BRUSCA INTERRUPCION DE LA CAPACIDAD MICCIONAL



A - RETENCION AGUDA FORTUITA



B - RETENCION AGUDA EN UN RETENCIONISTA CRONICO

## RETENCION INCOMPLETA DE ORINA

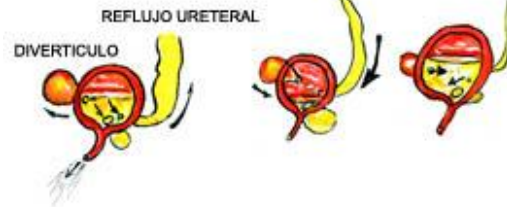
1 - POR OBSTRUCCION INFRAVESICAL



2 - POR FALLA EXPULSIVA



3 - POR SUSTRACCION



## II - RETENCION CRONICA INCOMPLETA

RECORDAR

A - LA RETENCION CRONICA INCOMPLETA PUEDE HACERSE GRADUALMENTE



1 - EL RESIDUO PUEDE PERMANECER ESTABLE

2 - EL RESIDUO PUEDE IR EN AUMENTO

B - LA RETENCION CRONICA INCOMPLETA PUEDE SEGUIR A UN CUADRO DE RETENCION AGUDA QUE HA EVOLUCIONADO CON TRATAMIENTO CONSERVADOR



## ○ **Estudios diagnósticos**

Por regla general, unos valores de orina residual de 150-200 ml. exigen ya un estudio del trastorno. Sin embargo, el estudio puede estar también justificado en presencia de unos volúmenes de orina residual más pequeños, siempre y cuando produzcan síntomas propios del tracto urinario inferior o si ocurren en el contexto de unas ITU recurrentes.

La evaluación la retención urinaria coincide en gran parte con la evaluación de la incontinencia urinaria. Consta de:

- **Anamnesis**
- **Exploración física**
- Registro de la diuresis mediante un **diario de micciones**
- **Análisis de orina**
- **Pruebas urodinámicas**

Como pruebas más frecuentes cabe mencionar la **cistomanometría**, que mide las fases de llenado y contracción del detrusor; o los **estudios del flujo**, que miden el volumen orinado en el tiempo. La **electromiografía** y el **perfil uretral** miden características del esfínter en actividad y reposo, y la **medición del residuo postmiccional** nos indica el grado de alcance del vaciado incorrecto de la vejiga.

## ○ **Manifestaciones clínicas**

Posibles signos y síntomas que podemos encontrar:

- Disminución de la diuresis.
- Dificultad para orinar.
- Incapacidad para orinar.
- Micción dolorosa (disuria).
- Plenitud vesical.
- Dolor suprapúbico.
- Flujo de orina lenta por cambios (puede desarrollarse tanto repentina como gradualmente).

## ○ **Tratamiento**

En el tratamiento de la retención urinaria pueden utilizarse terapias conductistas. La micción programada y la micción doble (explicada en “educación sanitaria: consejos para el paciente con retención urinaria crónica”) pueden ser efectivas en la retención urinaria crónica asociada con unos volúmenes posmiccionales moderados.

Sin embargo, en los usuarios con retención urinaria aguda o crónica a veces es preciso recurrir a la cateterización o sondado. Lo ideal es realizar un sondado intermitente; de este modo disminuye el riesgo de ITU e irritación uretral. No obstante, en ciertos casos es mejor llevar una sonda permanente, por ejemplo

cuando existe una obstrucción uretral en la que el sistema intermitente es incómodo o no factible.

- **Tratamiento farmacológico**

En el usuario con obstrucción del cuello vesical: puede prescribirse un bloqueador alfa-adrenérgico. Estos fármacos relajan el músculo liso del cuello vesical, la uretra prostática y posiblemente también el esfínter del músculo liso, con lo que consiguen una disminución de la resistencia en la uretra. Están indicados en pacientes con hiperplasia prostática benigna, disinergia del cuello vesical o disinergia del músculo detrusor.

Se administrarán antibióticos si hay infección y analgésicos si hay dolor.

- **Tratamiento quirúrgico**

Las intervenciones quirúrgicas son a menudo útiles en el tratamiento de la retención urinaria debida a obstrucción. En pacientes seleccionados, las técnicas quirúrgicas abiertas o transuretrales se utilizan en el tratamiento de la hiperplasia prostática (benigna o maligna), la contractura del cuello vesical, las estenosis uretrales o la disinergia del cuello vesical.

No obstante, la cirugía desempeña un papel escaso en el tratamiento de la retención urinaria secundaria a una fuerza de contracción deficiente del músculo detrusor.

- **Complicaciones**

- ITU.
- En ciertos casos la retención se asocia con una pérdida de orina por goteo denominada "IU por rebosamiento".

- **Cuidados en la retención urinaria**

La enfermera debe proporcionar intimidad, un ambiente adecuado y una posición que favorezcan la micción.

Si la persona no consigue orinar por su propia iniciativa:

- Se le puede aplicar calor, para relajar los esfínteres, mediante baños de asiento y compresas tibias en el perineo.
- Ofrecerle té caliente o café.
- Frotar el abdomen o cara interna de los muslos, dar ligeros golpecillos en el área suprapúbica y meter la mano del individuo en agua tibia.

Si a pesar de todo no funciona, la enfermera le sondeará para prevenir la distensión excesiva de la vejiga.

Después de restaurar el drenaje urinario, se reentrenará la vejiga para quien no pueda orinar de forma espontánea. Un método adecuado es el **masaje de Credé**, que se utiliza para ayudar en el vaciado vesical y promover la micción. Éste se suele combinar con el sondaje intermitente en algunas patologías.

- **Educación sanitaria en la retención urinaria**
- **Consejos para el paciente con retención urinaria aguda**
  - Evitar la ingesta de grandes volúmenes de líquido en un período de tiempo breve. Que beba volúmenes pequeños a intervalos frecuentes.
  - En cada intento de orinar debe calentarse antes.
  - No consumir alcohol: se asocia a poliuria y disminución de la sensación de orinar.
- **Consejos para el paciente con retención urinaria crónica**
  - Micción programada: que orine cada 3-4 horas, aunque no tenga ganas.
  - Micción doble: que orine mientras está sentado en el retrete, durante 3-4 minutos y que vuelva a orinar antes de salir.

Enseñar el autosondaje a los pacientes que esté indicado y todos los cuidados de enfermería, expuestos arriba, para que el paciente los pueda realizar de forma autónoma en su casa.

## DERIVACIÓN URINARIA

### ○ **Concepto**

Procedimiento quirúrgico por el cual se sustituye la vejiga y se cambia el mecanismo de eliminación de la orina.

### ○ **Etiología**

Se lleva a cabo como tratamiento del cáncer de vejiga, vejiga neurógena, anomalías congénitas, estenosis, traumatismos vesicales e infecciones crónicas con deterioro de la función renal.

### ○ **Tipos de derivaciones**

#### • **Derivación urinaria incontinente**

◆ **Ureterostomía cutánea:** Se realiza una anastomosis alta de los uréteres a la piel de la pared abdominal, creando un estoma. Pueden crearse dos, uno a partir de cada uréter o reconducirse ambos y crear uno.

Ventajas: Es la más simple, no exige cirugía mayor.

Desventajas: Es necesario un dispositivo externo para el drenaje continuo de orina puesto que el estoma no tiene válvulas ni se puede controlar a voluntad. Aparecen problemas de cicatrización y, si los estomas son pequeños, pueden

aparecer estrecheces o estenosis. Para dilatarlos en ocasiones son necesarias las cateterizaciones o sondados periódicos.

♦ **Conducto ileal (ureteroileostomía):** Implantación de los uréteres a una porción del íleo terminal. Uno de los extremos se aboca a la pared abdominal como ileostomía.

Ventajas: El flujo de orina es bueno y aparecen pocas alteraciones fisiológicas.

Desventajas: El procedimiento quirúrgico es complejo, aumentando las posibilidades de complicaciones postoperatorias. Es necesario un dispositivo externo colector permanente. En el íleon se reabsorbe urea.

♦ **Nefrostomía:** Se inserta un catéter en la pelvis renal, en uno o ambos riñones, de forma temporal o permanente. Se utiliza como tratamiento paliativo en pacientes con enfermedad avanzada. Nunca debe pinzarse el catéter o sonda.

Ventajas: No es necesaria una cirugía mayor.

Desventajas: Existe un alto riesgo de infección renal y predisposición a la formación de coágulos en el catéter. En ocasiones hay que cambiar el tubo de nefrostomía cada mes.

♦ **Cistostomía:** Inserción transcutánea de un catéter a través del área suprapúbica hasta la vejiga.

En todos los procedimientos pueden aparecer problemas psicológicos debidos a que el paciente deberá llevar siempre el dispositivo y cuidar tanto el dispositivo como el estoma de forma meticulosa.

## • Derivación urinaria continente

### ♦ Cistectomía con derivación a la bolsa de continencia:

Es un reservorio de orina intraabdominal que puede cateterizarse o que posee una salida controlada por el esfínter anal. Son bolsas internas que se crean como los conductos ileales. Se han construido reservorios a partir del íleon, el segmento ileocecal y el colon. Se modifican grandes segmentos de intestino para que desaparezca la actividad peristáltica, se invagina una porción de intestino y se crea un mecanismo de continencia entre el reservorio de baja presión y el estoma. Ejemplos:

- Bolsa de Koch: Se puede conectar a la uretra o a la ostomía cutánea. Puede almacenar 500 ml. o más.
- Bolsa de Mainz: En el colon ascendente, ciego e íleo terminal.
- Bolsa de Indiana: A partir del colon ascendente, válvula ileocecal e íleo terminal.

Ventajas: El paciente no presenta escapes de orina involuntarios y no necesita llevar dispositivos de fijación externa.

Desventajas: El paciente ha de autosondarse cada 4-6 horas.

- **Sustitución vesical ortotópica**

Los sustitutos verticales ortotópicos pueden obtenerse a partir de diversos segmentos del intestino. Habitualmente se utiliza un segmento aislado de íleon distal. Se moldea quirúrgicamente el intestino para que adopte la forma de una neovejiga a la que se suturan los uréteres y la uretra. En los diferentes procedimientos utilizados figuran la bolsa hemi-Koch, la bolsa de Studer y la neovejiga ileal en W.

Esta técnica se lleva a cabo en hombres principalmente, pues en las mujeres se extirpa la uretra al reseca la vejiga.

Ventajas: Permite una micción natural.

Desventajas: Puede aparecer incontinencia o ser necesario un sondado intermitente.

**CONTRAINDICACIONES GENERALES DE TODAS LAS DERIVACIONES:**

- ✓ Enfermedades inflamatorias intestinales.
  - ✓ Falta de colaboración para el sondaje intermitente (necesario para la evacuación de la bolsa), poca destreza o incapacidad.
  - ✓ Malformaciones congénitas del intestino con radiología evidente.
  - ✓ Emisión de cristales o arenillas.
- **Cuidados en las derivaciones urinarias**

- **Control del preoperatorio:**

A los pacientes que van a someterse a una cistectomía con derivación urinaria hay que darles una gran cantidad de información. La enfermera debe valorar la capacidad y disponibilidad del paciente para aprender. No obstante, es posible que la ansiedad y el temor interfieran en el aprendizaje, por lo que sería interesante que también participasen los familiares.

- **Control del postoperatorio:**

Durante el periodo del postoperatorio hay que planificar unas intervenciones enfermeras adecuadas, para prevenir las posibles complicaciones quirúrgicas del procedimiento.

**1) Alteración de la protección** relacionada con las alteraciones neurosensoriales, musculoesqueléticas y cardíacas secundarias a la acidosis metabólica hiperclorémica con hipopotasemia.

*Resultados esperados:* El paciente verbaliza su orientación respecto al espacio, tiempo y personas (dentro de sus límites normales), y no muestra lesiones secundarias a alteraciones neurosensoriales, musculoesqueléticas o cardíacas. Los electrolitos permanecen dentro de los límites de la normalidad.

**2) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** relacionada con la presencia de orina o la hipersensibilidad al material del dispositivo.

*Resultados esperados:* La piel que rodea el estoma permanece sin eritema y está intacta.

- Realizar pruebas cutáneas para valorar la existencia de alergias a los diferentes tipos de materiales adhesivos que podrán utilizarse para fijar los dispositivos durante el postoperatorio.
- Inspeccionar, en cada cambio de bolsa, la integridad de la piel que rodea el estoma y preguntar al paciente si ha notado la sensación de prurito o quemazón, que pueden indicar extravasaciones.
- Valorar la presencia en el estoma, la bolsa o la piel de depósitos de cristales, que indican una orina alcalina.
- Limpiar la piel que rodea el estoma con agua o con una solución especial de estomías. Secar bien la piel antes de aplicar la barrera cutánea y la bolsa.
- Indique al paciente al cambiar de bolsa que sostenga unas gasas sobre el estoma pero sin introducirlas, para absorber la orina y mantener la piel seca.
- Vaciar la bolsa cuando esté llena en un tercio a la mitad de su contenido, abriendo la llave que hay al fondo de la bolsa y drenando la orina hacia el reservorio del paciente. No dejar que la bolsa se llene demasiado, pues esto podría romper el sellado del dispositivo sobre la piel del paciente. Cambie los apósitos de la incisión tan pronto como estén húmedos. Utilice la técnica estéril.

**3) Riesgo de deterioro de la integridad del estoma** relacionado con las alteraciones circulatorias.

*Resultados esperados:* El estoma ofrece un aspecto rosado o rojo, y brillante. En una urostomía cutánea, el estoma sobresale por encima de la piel y está húmedo y rojo.

- Inspeccionar el estoma al menos cada 8 horas, según esté indicado. El estoma de un conducto ileal debe estar edematoso y su aspecto debe ser rosado o de color rojo brillante. Un estoma de aspecto lívido o cianótico es indicativo de un aporte sanguíneo insuficiente y de necrosis inminente.
- Valorar también el grado de inflamación e informe al paciente que el estoma se reducirá mucho durante las primeras 6-8 semanas y, después, en menor cuantía durante el año siguiente. Evalúe la altura del estoma y planifique los cuidados de acuerdo con lo expuesto a todos los pacientes con un conducto ileal.

**4) Alteración de la eliminación urinaria** relacionada con la utilización postoperatoria de dilatadores ureterales, sondas o drenados y con la cirugía de derivación urinaria.

*Resultados esperados:* El paciente presenta una diuresis  $> 0 = 30$  ml/hora, y la orina es transparente, de color pajizo y con un olor característico y normal.

- Controlar el color, la transparencia y la cantidad de orina eliminada por el estoma, los dilatadores y/o el catéter.
- Controlar la aparición de signos de escape de orina por rotura de la anastomosis o intraabdominales, que pueden producirse en todos los pacientes que llevan un conducto intestinal o una derivación de continencia: disminución de la diuresis a través del estoma o de los dilatadores, dolor abdominal o en el flanco, aumento de la distensión abdominal y aumento de la secreción por los drenados de la herida.
- Vigilar la función de los dilatadores ureterales, que salen desde el estoma hasta la cicatrización de las anastomosis. La ausencia de orina o la emisión de cantidades cada vez menores pueden deberse a un bloqueo del dilatador o problemas del uréter.
- Controlar la función del drenado. En cualquier derivación urinaria pueden colocarse un drenado de Penrose o sistemas de drenado cerrado para facilitar la cicatrización de la anastomosis ureterointestinal.
- Controlar el equilibrio de los líquidos y registrar la cantidad total de orina eliminada por la derivación durante las primeras 24 horas del postoperatorio. Informar al médico si la diuresis es < 60 ml. durante un periodo de 2 horas, ya que puede indicar la presencia de obstrucción ureteral.
- Valorar la presencia de otros indicadores de obstrucción ureteral: dolor en el flanco, dolor a la presión en el ángulo costovertebral, náuseas, vómitos y anuria.

**5) Riesgo de infección** por factores de riesgo relacionados con un procedimiento quirúrgico agresivo y riesgo de bacteriuria ascendente en la derivación urinaria.

*Resultados esperados:* El paciente no presenta infección, evidenciado por normotermia, y ausencia de exudado excesivo o purulento, eritema, edema, calor y dolor a la presión en la zona de incisión.

- Controlar la temperatura del paciente cada 4 horas durante las primeras 24- 48 horas.
- Inspeccionar con frecuencia los apósitos tras la cirugía.
- Observar el estado de la incisión y esté alerta a los indicadores de infección, como eritema, dolor a la presión, calor local, edema y exudado abundante o purulento.
- Comprobar y anotar las características de la orina al menos cada 8 horas.

**6) Aceptación de los cambios de la autoimagen y la función** relacionada con los efectos de los cambios funcionales sobre el estilo de vida o las relaciones con otras personas.

*Resultados esperados:* Aceptación del paciente hacia su nueva imagen corporal, que no haya rechazo a mirar, tocar el estoma o participar en su autocuidado.

- Animar al paciente a compartir sus sentimientos, para poder ayudarlo con posibles interpretaciones erróneas.

- Escucha activa y proporcionarle la información que necesita.
- Determinar la necesidad de otros tipos de ayuda (por ej.: psiquiátrica).
- Recomendar la participación gradual del paciente en su autocuidado, puesto que la independencia en el autocuidado mejora la autoestima.

○ **Educación sanitaria en las derivaciones urinarias**

- Medicación: Dosificación y programación horaria, interacciones con otros medicamentos y alimentos, y posibles efectos secundarios.
- Indicadores que requieren atención médica: fiebre y escalofríos, náuseas y vómitos, espasmos y distensión abdominales, orina turbia o maloliente, exudado, edema, calor local, dolor o eritema en la zona de la incisión, e irritación de la piel que rodea el estoma.
- Mantenimiento de una ingesta de líquidos de al menos 2-3 litros/día, para conservar la función renal. Comprobación del pH de la orina, que debe determinarse cada semana.
- Cuidados del estoma y aplicación de los dispositivos de urostomía. El paciente debe saber realizarlos correctamente antes del alta hospitalaria.
- Cuidados de los dispositivos de urostomía. También debe saber realizarlos correctamente antes del alta hospitalaria.

## GLOSARIO

- **Nicturia**: Emisión de orina más abundante o frecuente durante la noche.
- **Evisceración pélvica anterior**: Cirugía para extraer la uretra, la parte inferior de los uréteres, el útero, el cuello uterino, la vagina y la vejiga.
- **Evisceración pélvica posterior**: Cirugía para extraer la parte inferior del intestino, el recto, el útero, el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y la vagina. También pueden extraerse los ganglios linfáticos de la pelvis.
- **Estenosis uretral**: Las estenosis uretrales son procesos muy frecuentes secundarios a traumatismos (instrumentaciones, fuerzas externas, etc.) o a infecciones (uretritis). Afectan primordialmente a los varones dada su longitud uretral, y cursan con estrechamiento de la luz secundario a un proceso cicatricial del cuerpo esponjoso, de longitud y profundidad variable. Pueden ser únicas o múltiples, y afectar a cualquier segmento uretral.
- **Estoma**: Exteriorización de una parte de intestino a través de la cavidad abdominal. Según el lugar desde donde ocurra, se le asigna un nombre especial. En el caso de que sea desde el íleon, se le llama ileostomía, si es desde el colon es colostomía.
- **ITU**: Infecciones del tracto urinario.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lewis, SM. y cols: Enfermería Médico-Quirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. 6ª Ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2004.
2. Beare, PG, Myers, JL. y cols: Enfermería Médico-Quirúrgica. 3ª Ed. Madrid: Harcourt-Brace; 2000.
3. Brunner, LS, Suddarth, DS. y cols: Enfermería Médico-Quirúrgica. 9ª Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
4. Martínez Agulló, E.: Aproximación a la incontinencia urinaria. 2ª Ed. Madrid: Indas, departamento científico; 1989.
5. Swearingen, Ross: Manual de enfermería médico-quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 4ª Ed. Harcourt.