

ARCADIO REAL ROMAGUERA**, CECILIA PIQUER BOSCA*, AMALIA RUBIA FERNÁNDEZ*, HELENA FERRER CASARES *

** Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería de Valencia, Supervisor del Servicio de Urología. * Enfermeras del Servicio de Urología

Beneficios del ejercicio físico en la recuperación del paciente intervenido de Bricker

Palabras clave: Ejercicio físico en postoperatorio; Bricker; complicaciones en evolución del Bricker; en derivaciones urinarias; evolución postoperatoria del Bricker; en derivaciones urinarias; cuidados de enfermería en evolución del Bricker; en derivaciones urinarias; anatomía de aparato urinario, fisiología de aparato urinario, ap. digestivo, ap. respiratorio, sistema circulatorio; beneficio del ejercicio físico.

Key words: Physical exercise in postoperating; Bricker; Complications in evolution of the bricker urinary derivations; Postoperating evolution of the bricker; in urinary derivations; Care of nurse in evolution of the bricker; urinary derivations; Anatomy of urinary apparatus; Physiology of apparatus urinary, digestive, respiratory, circulatory system; Benefit of the physical exercise.

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente es diagnosticado de una neoformación vesical, si la evolución no responde a las resecciones transuretrales y los tratamientos de quimioterapia local complementaria, es preciso derivar la orina de su conducto natural a otro artificial.

(Básicamente se puede derivar desde el riñón mediante una nefrostomía, desde el uréter mediante una ureterostomía (en desuso) o mediante una derivación más compleja que puede ser interna como la ureterosigmosdostomía, o un Bricker que es el caso que vamos a tratar.)

En el presente trabajo solo nos ocuparemos del Bricker; derivación urinaria cuya intervención consiste en aislar un segmento de ileon 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 terminal de dicho segmento a piel. Se colocarán unos catéteres uretrales, 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.

Esta intervención fue propuesta por Eugene Bricker a principios del siglo pasado, pero no se pudo realizar de forma experimental hasta el final de la década de los años 50, siendo en la década de los 70 cuando algunos equipos de contados hospitales la empezaron a realizar. Por los años

80 esta técnica llegó a nuestros hospitales y el Hospital General i Universitari de Valencia fue uno de los pioneros en la realización de esta técnica.

En la actualidad somos uno de los centros que más intervenciones realiza, y por ello nuestra experiencia evidencia algunos de los problemas que suelen acompañar a este tipo de intervención.

Estos pacientes requieren una atención sanitaria muy extensa y posiblemente en su cuidado es donde mejor podemos ver reflejados los esquemas por donde se mueve el actual concepto de salud, «es el estado de bienestar bio, psico y social de un ser solidario, feliz, autónomo y perfectamente integrado en el medio ambiente».

El equipo formado por los médicos y el personal de enfermería, junto con su labor complementaria, debe estar perfectamente integrado. Sólo con ello podremos responder a cubrir sus necesidades.

La evolución básica seguida por este tipo de pacientes podría ser:

1. *Gran trauma:* cuando el médico le informa que tiene un tumor, un cáncer. Casi siempre el paciente sale de la consulta muy aturrido y sin saber demasiado bien lo que le han dicho. Las etapas de negación. De... «No puede ser verdad», ¿por qué yo? «Por qué a mí, con tanta gente mala que hay...» De agresividad, de sometimiento, etc. Dan paso al ingreso.

2. *Ingreso:* para la preparación de la intervención, vaciado intestinal, alimentación parenteral, marcado del punto

de abocación y colocación de una bolsa que simulará su futura citación y servirá para comprobar que la ubicación es correcta. Miedo, dudas que casi siempre son resueltas por las enfermeras, que de forma continua responden sus preguntas y le informan. Durante este período ya se inicia su formación para su vida futura.

3. *El día del quirófano:* el miedo, la inseguridad, el viaje por los pasillos se hace eterno. Después se apaga la luz.

4. *El paso por la UCI:* suele ser lo más traumático. A algunos pacientes les marca por mucho tiempo. Los ruidos extraños, la sensación de soledad, de ver gente extraña, todos los tubos, la cercanía de la muerte, etc. Todo ello cambia de forma radical cuando vuelve a la sala, con su familia, con las enfermeras que conoce y lo conocen, que lo han preparado. Tan solo las conoce de dos a tres días, pero parece que sea de siempre.

5. *Las curas:* las movilizaciones, los primeros cambios de bolsa, el asco o aprensión (en muchos casos). La luz al fondo del túnel que se empieza a ver, a medida que avanza su evolución y por fin...

6. *El alta:* es como si en el hospital se quedara la muerte. «He salido vivo...», «Estoy vivo y vuelvo a mi casa». «Que feliz soy».

7. Cuando pasa el temor, un día se mira al espejo y reflexiona, revisa su cuerpo y piensa: «Que me han hecho...»

8. Cuando viene a la consulta del estomaterapeuta o de la enfermera y le dice «Don Arcadio, si no me sirve ni para mear...» (síndrome de la amputación, hipertrofiado (o incrementado) por la agresión a su masculinidad. El machismo aflora en proporción directa a su forma de ser, pero aflora. Cuando no aflora, es por un proceso de ocultamiento. En nuestra sociedad todos somos muy machos).

Este relato sólo pretende mostrar de una forma genérica a la persona que vamos a atender.

Por supuesto, cada persona tiene su particular y peculiar forma de afrontar la vida y, por ende, de enfrentarse a este proceso.

Después del alta, el paciente tiene unas revisiones médicas y del estomaterapeuta o de la enfermera que, si bien son complementarias, son independientes y cubrirán necesidades distintas. Vamos a centrarnos en las necesidades que puede cubrir la enfermería.

En la evolución de este tipo de intervenciones se ha logrado perfilar tanto la técnica como los cuidados de enfermería. A medida que se evolucionó en la técnica y aumentó el número de pacientes intervenidos, empezamos a detectar los siguientes problemas después del alta:

1. *Aislamiento del paciente.* Ante la falta de seguridad el paciente prefiere no salir de casa y encerrarse en la seguridad de su domicilio. La falta de seguridad puede venir como consecuencia de la falta de práctica en el uso de los dispositivos de urostomía (habitualmente suelen salir conociendo el uso y, habiendo practicado en el hospital, el manejo; se puede llegar a retrasar un alta si el paciente no

STOS PACIENTES REQUIEREN UNA ATENCIÓN SANITARIA MUY EXTENSA Y POSIBLEMENTE EN SU CUIDADO ES DONDE MEJOR PODEMOS VER REFLEJADOS LOS ESQUEMAS POR DONDE SE MUEVE ACTUAL CONCEPTO DE SALUD "ES EL ESTADO DE BIENESTAR BIO, PSICO Y SOCIAL DE UN SER SOLIDARIO, FELIZ, AUTÓNOMO Y PERFECTAMENTE INTEGRADO EN EL MEDIO AMBIENTE"

domina su uso) por lo que no es probable que esa sea la causa en la mayoría de los casos. El problema puede venir por su falta de seguridad en sí mismo, el miedo a enfrentarse a su vida anterior... su debilidad interna... afloran en forma de inseguridad. «En casa estoy más seguro...»

2. *Debilidad de los miembros inferiores,* que se incrementa con el apartado anterior.

3. *Mengua de su capacidad respiratoria:* dificultad en expulsar los esputos, que se incrementa con el apartado anterior. Ello conlleva o facilita las infecciones respiratorias.

4. *Estreñimiento* por mal funcionamiento de su peristaltismo.

5. *Debilidad de su musculatura abdominal.*

6. *Aparición de sobrepeso.* Por todo ello, nos planteamos que desde el mismo día del alta el paciente inicie paseos que deberán estar acordes con sus posibilidades.

Deben de ser al principio de corta duración y realizarse por la mañana y por la tarde.

A partir de la primera revisión del estomaterapeuta o de la enfermera (a la semana siguiente del alta), el paciente deberá haber salido de casa y, si no lo ha hecho, habrá que concienciar al paciente y la familia de la necesidad de estos paseos. En nuestra sociedad es muy difícil convencer a las personas que algo que no cuesta dinero puede ser tan beneficioso como un buen paseo (la medicación y los tratamientos cuanto más caros son mejores).

El incremento de la duración debe estar acorde con las posibilidades del paciente, pero deberán estar situados entre los 30 y los 60 minutos mañana y tarde.

- La realización de otro tipo de ejercicios o deportes debe ser siempre consultada con el estomaterapeuta o la enfermera, pero después del periodo de recuperación quirúrgica, en principio, se puede realizar:

- La natación: iniciando primero la de espaldas y, poco a poco, evolucionar hacia las demás modalidades. Evitar siempre el salto de trampolín o los movimientos bruscos.

- La marcha, sin largos trayectos por la deshidratación.

- El ciclismo, sin largas marchas.

- El golf.

- El senderismo.

- Actividades físicas de todos los días (ir a por el pan, periódico, la compra, caminar hacia la parada del autobús).

- Jardinería.
- Bailar.
- Como norma se deberán evitar aquellos deportes que puedan implicar unas maniobras violentas, giros o flexiones rápidas abdominales, o que requieran hacer fuerza con el abdomen (nunca debe levantar más de cinco kilos).

MARCO TEÓRICO

El ejercicio regular y la actividad física son de suma importancia para proteger la salud y mantener la habilidad física

La inactividad influye en la disminución de la resistencia, la fuerza, el equilibrio y la flexibilidad.

El ejercicio ayudará al paciente a seguir siendo independiente y capaz de realizar las tareas diarias y cotidianas por sí mismo, e incluso las actividades de entretenimiento.

Para algunos pacientes las actividades físicas comunes de todos los días pueden lograr algunos de los mismos resultados que obtienen con el ejercicio.

No hace falta hacer ejercicios vigorosos sino moderados.

El caminar es un ejercicio físico que nos permitirá lograr un notable éxito frente a los problemas antes reseñados.

Las ventajas que presentan serán analizadas bajo los prismas anatómico, fisiológico, funcional, psicológico y social.

1. *El aislamiento del paciente.* Ante la falta de seguridad, el paciente prefiere no salir de casa y encerrarse en la seguridad de su domicilio. La falta de seguridad puede venir como consecuencia de la falta de práctica en el uso de los dispositivos de urostomía (normalmente estará resuelta desde el hospital, como hemos visto). Otro gran problema viene dado por el miedo e inseguridad no solo física sino también psíquica que hace que el paciente se sienta débil. El encerrarse en casa agrava más la situación, ya que acaba siendo una espiral que casi siempre lo conducirá a la depresión. Romper este esquema es fundamental: el paciente debe salir, acompañado, pero debe salir, ver la calle, respirar aire de la calle, ver a otras personas, tener que preocuparse en otras cosas, dejar de pensar en su operación y de mirarse a sí mismo. Esto suele actuar como una retroalimentación que, de una forma clara y creciente, ayuda al paciente a salir adelante.

Es también observable que algunos pacientes, al principio, muestran a todos los amigos la bolsa, diciendo que «no pasa nada», «mira lo bien que estoy»..., queriendo mostrar que lo han superado.

En la mayoría de los casos es un acto de defensa para vencer sus propios miedos.

De igual forma, también podemos ver a los pacientes que prefieren la discreción. Pero en ambos casos salir, andar y dar paseos es el primer paso para lograr que el paciente vuelva a retomar en lo posible a su vida anterior.

2. *La debilidad de los miembros inferiores,* que se incrementa con el apartado anterior. La debilidad viene como

EL EJERCICIO REGULAR Y LA ACTIVIDAD FÍSICA SON DE SUMA IMPORTANCIA PARA PROTEGER LA SALUD Y MANTENER LA HABILIDAD FÍSICA LA INACTIVIDAD INFLUYE EN LA DISMINUCIÓN DE LA RESISTENCIA, LA FUERZA, EL EQUILIBRIO Y LA FLEXIBILIDAD

consecuencia del deterioro que le puede haber causado la enfermedad tumoral y las continuas pérdidas de sangre. Además, debemos añadir un período de deterioro preoperatorio y la convalecencia postoperatoria, con sus antibióticos, alimentación parenteral, inmovilización y/o poca movilidad.

El hecho de reiniciar los paseos conllevará a un reforzamiento de la musculatura de los miembros inferiores que en mayor o menor medida estarán debilitados. Así mismo, movilizar la musculatura obligará a que circule más sangre, por lo que tanto las arterias como sus venas de los miembros inferiores trabajarán mucho más. Con todo ello lograremos además una prevención y/o terapia natural contra las enfermedades circulatorias.

3. *La disminución de su capacidad respiratoria.* El no moverse o moverse poco dificulta la expulsión de los esputos, por lo que se pueden sedimentar en la base de los pulmones y facilitar infecciones respiratorias. La forma más simple de su eliminación es la movilización.

El andar es el ejercicio físico que de forma natural incrementará el número de pulsaciones y respiraciones, por lo que al distender más los pulmones removerá y facilitará la expulsión de los esputos.

La sensación de mejoría y bienestar se puede observar a corto plazo.

4. *Estreñimiento* por mal funcionamiento de su peristaltismo. En la intervención se ha manipulado el aparato digestivo y, como consecuencia, se ha disminuido el intestino delgado. Casi siempre aparece como complicación el estreñimiento. Al andar se mueven, entre otros, los músculos rectos abdominales, y por ello se masajea el paquete intestinal, lo que favorece su movilización. Consecuencia de ello hay un mayor peristaltismo, lo que conlleva a movilización y expulsión de gases y/o heces. Ello, junto a una dieta equilibrada, suele ser suficiente para restablecer la normalidad. No obstante, debemos recordar que hay una relación directa entre el aumento de la edad y las posibilidades del estreñimiento por disminución de funcionamiento de las glándulas digestivas.

5. *Debilidad de su musculatura abdominal.*

Además de lo anteriormente expuesto, al hacer trabajar los músculos abdominales reforzamos de una forma muy suave esta musculatura, lo cual evitará la aparición de hernias. Este tipo de ejercicios pueden ir acompañados de una dieta rica en fibra. Hay que recordar que un paciente estreñido puede incrementar la presión abdominal, y si ésta es muy alta producir una dehiscencia de suturas a nivel del

abordaje de la intervención, lo que nos produciría una hernia abdominal, que podría deformar el abdomen, o del estoma, lo que nos produciría una hernia periestomal que complicaría mucho la adaptación del dispositivo.

El problema es que una vez se ha producido la hernia no hay solución, ya que el abordaje quirúrgico es muy complejo por los cambios producidos en la derivación.

Por ello es fundamental la prevención.

6. *Aparición de sobrepeso.* Es uno de los factores que pueden llegar a complicar mucho la integración de estos pacientes. Se ha comprobado el aumento de peso en todos los pacientes y puede ir desde los 4 kg. a los 24 kg. Ello conlleva a:

Deformidad del abdomen, puede cambiar la ubicación del estoma, lo que casi siempre es negativo.

Disminuir el tamaño del estoma, que conllevará una menor capacidad de contención de los dispositivos. El aumento del pániculo adiposo del abdomen conlleva a un enterramiento del estoma, pudiendo llegar a ser plano (aun en el caso que en un principio fuera un estoma muy grande). La orina se resbalará entre la piel y despegará con mucha facilidad el adhesivo. Otro problema será la agresión que producirá la orina en la piel. Pero lo más importante es que si se lesiona la piel perirondante al estoma no se pueden aplicar los dispositivos, por lo que el paciente estaría continuamente mojado.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general es la integración del paciente en nuestra sociedad. Lograr que esta persona deje de ser enfermo y pase a ser un ser autosuficiente. Para ello es preciso que sepa manejar perfectamente el material de ostomía (lo ha aprendido en el hospital y lo perfecciona bajo el control del estomaterapeuta o de la enfermera) y que tanto su cuerpo como su mente vuelvan lo antes posible a la normalidad.

Para ello serán preciso los siguientes objetivos secundarios:

- Evitar el aislamiento. E incluso aumentar la confianza en sí mismo.
- Mejorar la musculatura de los miembros inferiores.
- Mejorar su capacidad respiratoria.
- Mejorar su peristaltismo.
- Mejorar su musculatura abdominal.
- Aumentar la resistencia física.
- Evitar el sobrepeso.

HIPÓTESIS

«La práctica del ejercicio físico en la fase del postoperatorio posalta del paciente intervenido de Bricker proporciona una mejoría y facilita una recuperación bio, psico y social».

MATERIAL Y MÉTODO

Por motivos éticos no podemos hacer un grupo testigo y dejar de usar estas técnicas, ya que nuestra experiencia nos ofrece suficientes evidencias que demuestran su eficacia. Por ello no es éticamente aceptable privar a un grupo de este beneficio para realizar un estudio.

En consecuencia, tendremos que realizar un trabajo con metodología mixta que nos permitirá un enfoque cercano y que cubra nuestras necesidades.

Emplearemos la metodología de observación para poder observar y analizar la evolución y el beneficio del ejercicio.

Emplearemos la metodología comparativa para poder comparar y medir la evolución del paciente antes y después de la intervención.

Después de la intervención.

Dado que este trabajo es previo y se usará como muestra para un trabajo de mayor calado, nos planteamos hacer el seguimiento de diez pacientes, siendo los primeros diez de la lista de intervenciones a partir de mayo. Estimamos que, en condiciones normales, durante el mes de junio se hayan intervenido diez pacientes. Debemos de tener en cuenta que si bien las listas de quirófano son programables, la aparición de la patología es bastante aleatoria.

Las variables que pueden actuar son bastante aleatorias destacando:

- Aparición de algún proceso patológico en el postoperatorio tardío. Muy infrecuentes.
- Aparición de una reactivación del proceso tumoral. Suele ser mucho más tardía.
- Aparición de metástasis. Suelen ser a más largo tiempo.
- Que el paciente entre en depresión profunda o algún proceso similar. Hay casos descritos en la bibliografía, pero en mi experiencia (más de 300 casos) no he visto ninguna que pueda llegar a ser invalidante. No obstante, el psicólogo casi siempre indica una terapia que suele ser similar o complementaria.

Motivo de exclusión:

- Paciente de más de 80 años.
- Cualquier patología o minusvalía que impida o dificulte la de ambulación.
- No será motivo de exclusión el sexo o edad.

Las entrevistas se realizarán:

- Durante el preoperatorio, cuando el paciente esté receptivo.
- A la semana del alta.
- A los tres meses del alta.

CRONOGRAMA

Para el cronograma hemos utilizado un gant compuesto, ya que pretendemos diseñar un plan de trabajo (sombreado), pero queremos reflejar las posibles desviaciones y tenerlas en cuenta para el próximo trabajo.

Tareas	Abril 06	Mayo 06	Junio 06	Julio 07	Ago. 06	Sep. 07
Revisión de bibliografía						
Revisión del diseño la hojas de evaluación						
Control y seguimiento de pacientes						
Tratamiento de datos						
Revisión y análisis del proceso						
Redactar el documento final						

RESULTADOS ESPERADOS

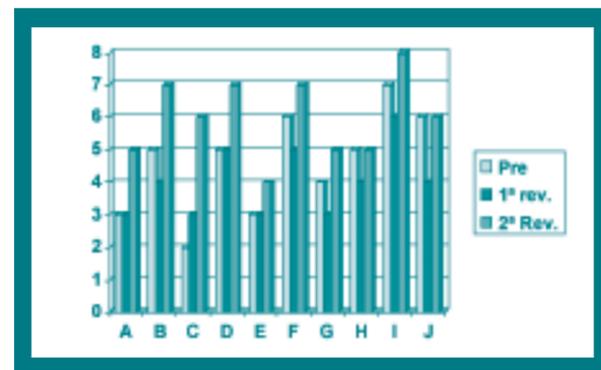
Con este trabajo pretendemos mejorar la vida de los pacientes intervenidos de Bricker.

Demostrar que se puede lograr la máxima integración en la sociedad dotándolo del mayor grado de salud, y con ello hacer real la definición de la salud como: no sólo la ausencia del dolor en todas sus vertientes, sino el auténtico estado de bienestar bio, psico y social. Un ser solidario, autónomo, feliz e integrado en el medio ambiente».

RESULTADOS OBTENIDOS

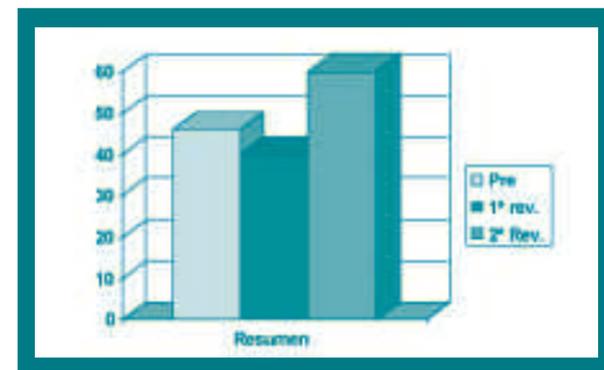
Se ha realizado el seguimiento de diez pacientes intervenidos de Bricker. Los pacientes son las letras desde se identifican con las letras A, B, C, D, E, F, G, H, I, J.

1ª pregunta: ¿Sale de casa?

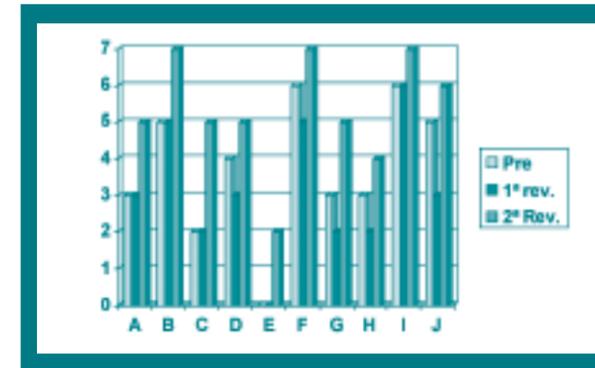


ES MUY SIGNIFICATIVO EL AUMENTO DE SUS SALIDAS A DISTRACCIONES DE TIPO SOCIAL A LA SEGUNDA REVISIÓN. EL PEQUEÑO DESCENSO QUE SE OBSERVA SE PUEDE ACHACAR A LA CERCANÍA DE LA INTERVENCIÓN, A LA FALTA DE SEGURIDAD EN SÍ Y EN EL DISPOSITIVO DE UROSTOMÍA

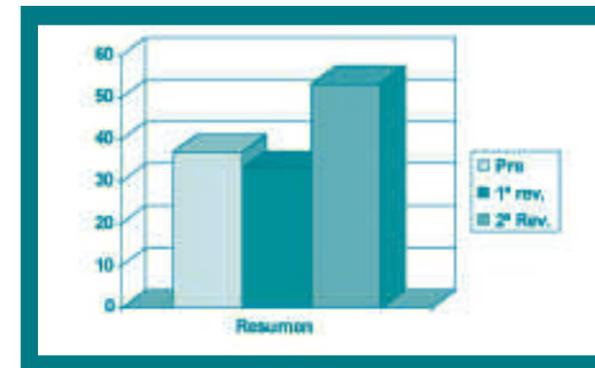
En la respuesta es posible observar que en general salen de casa aproximadamente lo mismo a la primera revisión que antes de ser intervenido. Pero se incrementa significativamente a la segunda revisión, como bien se puede observar en el resumen.



2ª pregunta: ¿Va al casino o algún local social?



Las respuestas guardan una muy buena relación con las primeras respuestas. También es muy significativo el aumento de sus salidas a distracciones de tipo social a la segunda revisión. El pequeño descenso que se observa se puede achacar a la cercanía de la intervención, a la falta de seguridad en sí y en el dispositivo de urostomía.

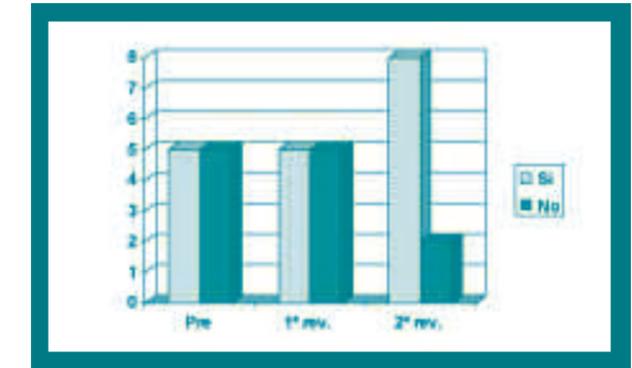


3ª pregunta: ¿Realiza paseos diarios?



Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2, ya que sólo nos interesaba si el paciente daba paseos diarios. Como estaba previsto, se puede observar que hay una

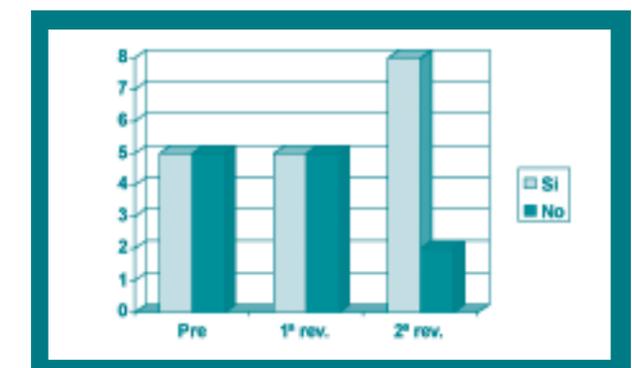
similitud de la salida de su domicilio pre y posintervención, pero es muy significativo el aumento en la segunda revisión. En general hay una concordancia con las respuestas anteriores, pero se detectan dos casos de personas que no salen de casa pero dan paseos diarios.



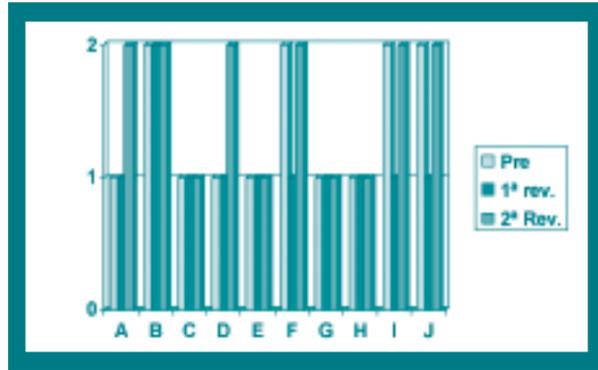
4ª pregunta: ¿Realiza paseos diarios una vez al día?



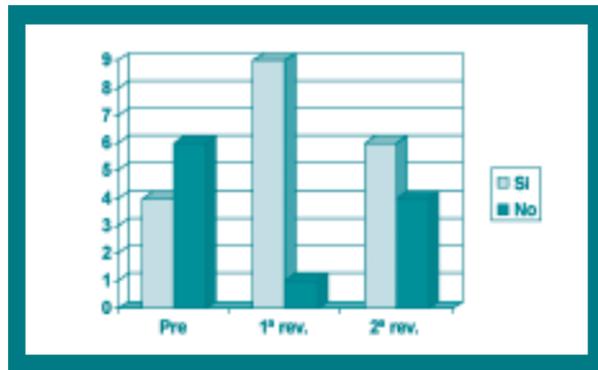
Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2. Se puede observar una total correlación entre las respuestas de este apartado y el anterior.



4ª pregunta: ¿Realiza paseos diarios 2 veces al día?

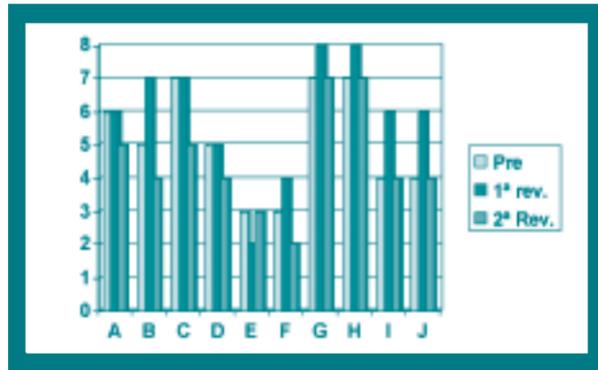


Esta pregunta sólo admitía dos respuesta No = 1 o Sí = 2. Esta pregunta se formula para poder comprobar la capacidad de integración, el nivel de seguridad, el nivel de recuperación, etc.



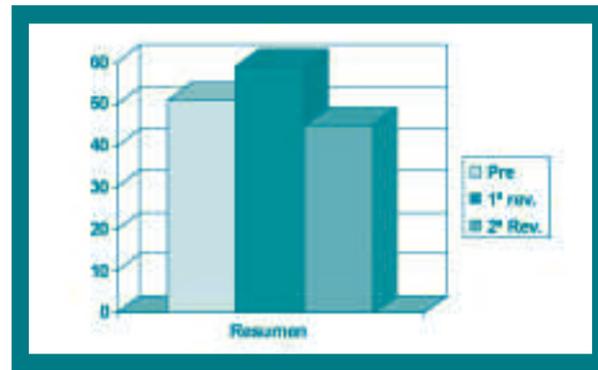
Se observa que en la primera revisión hay claro descenso de respuestas positivas, pero en la segunda revisión su número aumenta de forma significativa.

5ª pregunta: ¿Se cansa?



Lo pacientes han valorado el nivel de cansancio en una escala de uno al diez, por lo que a mayor número mayor nivel de cansancio.

Si se observan las respuesta individuales se puede observar que sigue existiendo un concordancia entre las respuestas y los apartados anteriores.

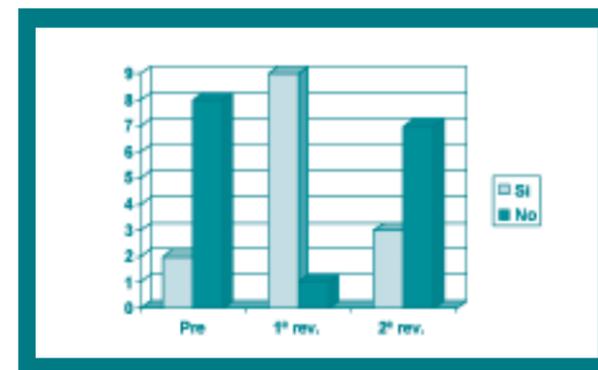


A nivel general se observa un mayor nivel de cansancio en la primera revisión que en el postoperatorio, pero se detecta una clara disminución en la segunda revisión.

6ª pregunta: ¿Tiene estreñimiento?



Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2. Las respuestas confirman que los pacientes padecen un porcentaje muy alto de estreñimiento antes de la intervención. Puede ser achacable a la edad, a que son pacientes que tomas analgésicos por su proceso neoplásico, etc. Durante la primera revisión el número aumenta ligeramente, pero se disminuye en la segunda revisión.

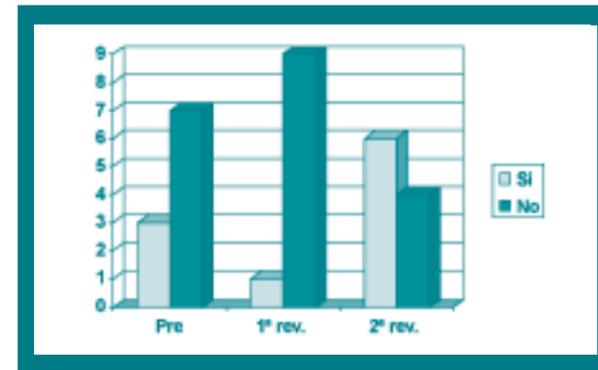


En conjunto se puede apreciar que mayoritariamente los pacientes se quejan de estreñimiento.

7ª pregunta: ¿Defeca todos los días?



Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2. Se puede observar que existe una ligera diferencia con las respuestas anteriores. Esto puede deberse a la edad de los pacientes. Hay un paciente que defeca todos los días y dice padecer estreñimiento.



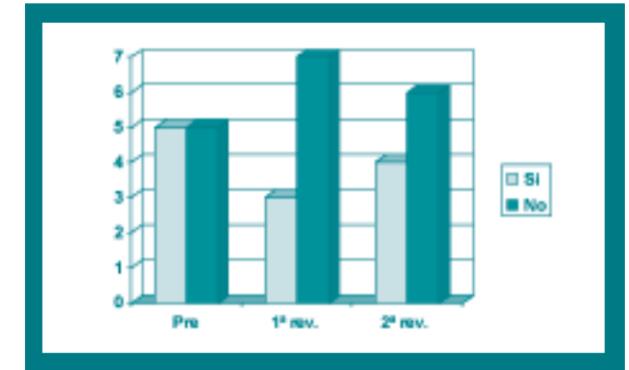
En conjunto se observa un mayor número de pacientes estreñidos en la primera revisión, lo cual concuerda con las respuestas anteriores, pero este número disminuye ostensiblemente en la segunda revisión.

7ªb pregunta: ¿Defeca cada 2 días o más?



Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2.

Se observa que el número de respuesta de la primera revisión sigue siendo mayor que las del pre pero que este número baja ostensiblemente en la segunda revisión.



No obstante, antes de cerrar este capítulo referente al estreñimiento hay que remarcar que:

1. Se confirma que existe un elevado grado de estreñimiento.
2. Que a la primera revisión los pacientes suelen estar estreñidos (existe una relación con la intervención).
3. Los pacientes les dan una gran importancia a este hecho.

8ª pregunta: ¿Tiene problemas de ahogo?

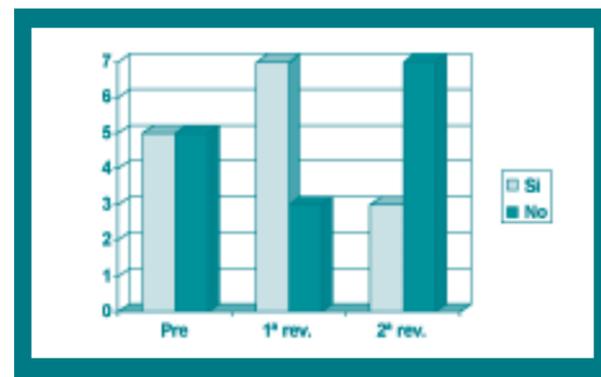


Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2.

Se detecta que una mitad de los pacientes dicen presentar problemas de ahogos.

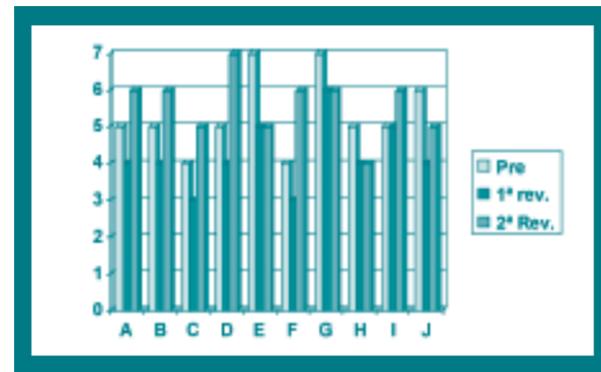
Durante la primera revisión el número de pacientes con problemas de ahogos es elevado, cuestión achacable a la intervención.

A la segunda revisión el número de pacientes con ahogos disminuye de forma ostensible.



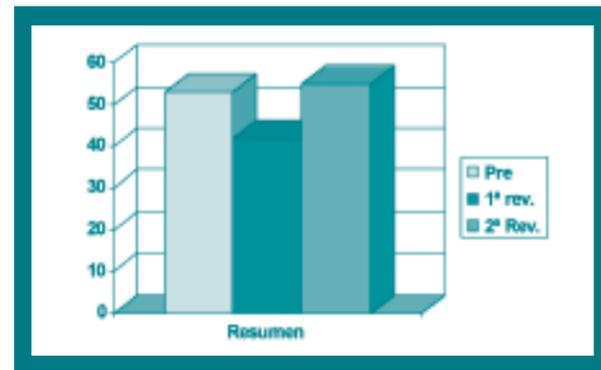
La visión de resumen evidencia lo anteriormente expuesto.

9ª pregunta: ¿Tiene sobrepeso?



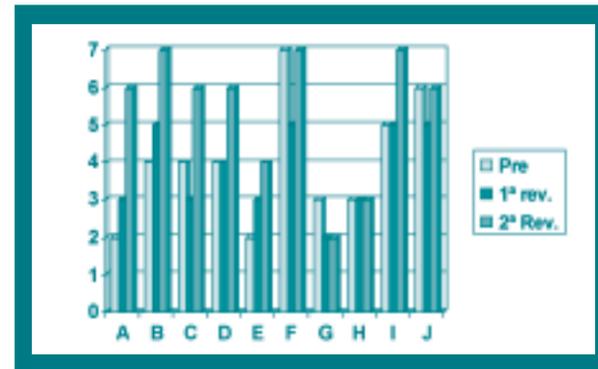
Los pacientes han valorado el nivel de cansancio en una escala de uno al diez, por lo que a mayor número, mayor sobrepeso.

Se evidencia una pérdida de peso a la primera revisión, pero que se recupera en la segunda revisión alcanzando niveles superiores a los obtenidos en el pre.



En este resumen se puede observar de forma más evidente lo anteriormente expuesto.

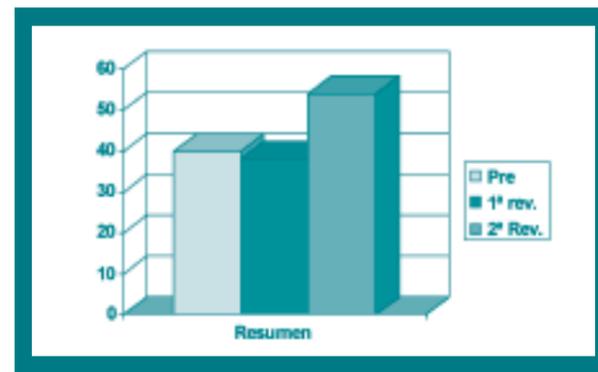
10ª pregunta: ¿Duerme bien?



Los pacientes han valorado el nivel de cansancio en una escala de uno al diez, por lo que a mayor número mejor dicen los pacientes que duermen.

Por lo general, los pacientes dicen que duermen mal en el preoperatorio. Solo dos superan el cinco. Creemos que puede ser debido a la enfermedad causal y las molestias que conllevan (llevar sonda, o levantarse muchas veces para orinar, el dolor, la preocupación, etc.).

Al observar con más detalle, podemos comprobar que a la segunda revisión, excepto un paciente, todos mejoran el sueño, no solo al compararlo con la primera revisión, sino incluso con el pre.



La visión de conjunto evidencia que, aunque mejoran ostensiblemente a la segunda revisión, por lo general los paciente no alcanzan los niveles de sueño deseables.

CONCLUSIONES

Este estudio sólo ha pretendido servir como muestra o como prueba para un próximo estudio de mayor calado, pero evidencia que: en todos los apartados se puede observar que el trauma operatorio del Bricker mengua al paciente en todas las vertientes de su vida, pudiendo comprobarse en la primera revisión.

En la segunda revisión hay una clara mejoría con respec-

to a la primera revisión. Pero en todos los casos hay también una clara mejoría con respecto al estado de antes de la intervención.

La influencia del trabajo de la enfermera, en este caso estomaterapeuta, es de gran importancia y son:

Lograr una total estanqueidad de los dispositivos, lo que conlleva una seguridad.

Que el paciente sea su propio cuidador (se prepara y se aplica los dispositivos).

El paciente siempre lleva consigo el mínimo material para solventar cualquier eventualidad.

Adiestra al paciente y a su familia en la importancia de los paseos, explicándole y haciéndole ver las ventajas.

Regular su dieta para evitar o mejorar el problema del estreñimiento. Aumentar la ingesta de fibra, de frutas, etc. En caso de necesidad remitirlo a la consulta de digestivo.

Concienciar tanto al familiar como al enfermo de la importancia de evitar el sobrepeso. A la primera revisión todos han perdido peso, pero dentro de un límite explicar lo anteriormente expuesto

Aconsejar qué tipo de ejercicios son los más convenientes dependiendo de la evolución del paciente.

Este trabajo en conjunto refuerza la seguridad del paciente en si mismo, dándole confianza para poder iniciar metas de mayor calado.

Creemos que la influencia del ejercicio físico en la recuperación de los pacientes sometidos a este tipo de intervenciones es altamente satisfactorio, y prepara el camino para la integración de estos pacientes a la sociedad.

Dado que por obvios motivos no se puede plantear un grupo de muestra o de referencia, para poder demostrar lo anteriormente expuesto nos plantearemos para un próximo trabajo:

Realizar un mayor número de muestras.

Revisar la formulación de algunas preguntas.

Incrementar una revisión a los seis meses de la intervención

Mejorar la hoja de recomendaciones y consejos para los urostomizados, reforzando lo anteriormente expuesto.

BIBLIOGRAFÍA

- «Complicaciones postquirúrgicas en urología» - Campos Tristán, G.; Vidal Rueda, E.; Torrente Paños, R.; Palacio Laso, E. del; Asociación Española de ATS en Urología. Curso Intensivo (16º. 1987. Móstoles); ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 1987 ; 25 : 65-71.
- «Postoperatorios del paciente urológico: recordatorio de los cuidados de enfermería» - García Morato, J.M.; García Amores, J.A.; Jiménez Castro, G.; ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología 1986 ; 19-20 : 74-76
- «Plan de cuidados básicos estandarizado en hospitalización urológica: una visión desde el aprendizaje» - Luque Alaba, J.M.; Aragonés Domínguez, A.E.; ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 2005; 95 : 23-26.
- «La enfermería en el preoperatorio de las ureteroileostomías tipo

EN TODOS LOS APARTADOS SE PUEDE OBSERVAR QUE EL TRAUMA OPERATORIO DEL BRICKER MENGUA AL PACIENTE EN TODAS LAS VERTIENTES DE SU VIDA

Bricker: ¿qué tenemos que aportar?» - Egea González, S.C.; Perales Martínez, E.; Zomeño Delgado, A.; Domínguez Barriales, M.; ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 2004 ; 89 : 11-16.

«Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado (Bricker)» - Berrio Galán, G.; Casanova Tardío, M.; Piqué Tió, N.; Tegido Valentí, M.; ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología 2003; 85 : 7-9.

«Plan de cuidados estandarizado: cistectomía radical tipo Bricker» - Martín Moreno, J.; Carballo Núñez, M.A.; Esquinas Torres, S.; Maestud Martín, G.; Guijarro Gómez, A.; ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología 2002; 81: 10-12.

«Importancia del papel de enfermería en la preparación y cuidados hospitalarios de la ileostomía cutánea (Técnica de Bricker)» - Carbajosa Blanco, R.; Paz Baña, A.; Aldrey Rey, T.; Jornadas Europeas de Enfermería en Urología (1as. 1999. Magalluf (Mallorca)); ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 2000 ; 74 : 67-75.

«Propuesta de planes de cuidados en el enfermo urostomizado según la técnica de Bricker» - Rodríguez Fernández, C.; Borrero Fernández, M.; Asociación Española de Enfermería en Urología. Curso Intensivo (24º. 1995. Cáceres); ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 1995 ; 57 : 22-28.

«Ureteroileostomía tipo Bricker: cuidados del estoma» - López Bonet, M.A.; Madriles Basagañas, M.S.; Mayor Ramírez, E.; Paños Martínez, M.; Asociación Española de ATS en Urología. Congreso (14º. 1991. Granada); ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología 1992 ; 44 : 27-30.

«Litiasis gigante en derivación urinaria tipo Bricker. uropatía obstructiva como forma de presentación» J.A. Gómez Pascual, J.M. del Rosal Samaniego, E. García Galisteo, R. Bonilla Parrilla, J. Ramos Titos, A. Alvarado Rodríguez, F. Blanco Reina, V. Baena González Servicio de Urología. Hospital Regional de Málaga. Complejo hospitalario Carlos Haya. Málaga.

«Bricker laparoscópico. Modelo Experimental.» M. Ruibal Molde, S. Novas Castro, A. Centeno Cortés, E. López Peláez y M. González Martín. Servicio de Urología y Unidad de Cirugía Experimental. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. (España).

«Cuidados pre y post-quirúrgicos del paciente sometido a cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker» - López Arroyo, F.; Reyes Armilla, A.; Gallego López, J.M. Nouselles Pavía, A.; *Enfermería Integral* 2001; 57: X-XII.

«La Necesidad de moverse». Grupo de actividad física y salud de la Sem Fyc; *Atención Primaria* 2002. 31 de octubre. 30 (7): 423-424.

«Actividad física durante el tiempo libre en población adulta» -José Miguel Mansilla Domínguez; Beatriz Herrera Sánchez; Purificación Perdígón Florencio; Mª Isabel Montes Campello; Mª Teresa Sánchez Lopez. *Metas Enfermería* 2002 oct V(49): 60-65.

«Actividad física y salud. Beneficios de la práctica del ejercicio» -A. Santaularia; *Atención Primaria*. Vol. 15. Núm. 9; 31 de mayo 1995.

«El ejercicio físico» -C. Vallbona; *Atención Primaria*. Vol. 15. Núm. 2 pg. 71; 15 de febrero 1995.

«Actividad física y salud» -R. Monjas; *A tu salud* 1999; 27-28: 18-21.