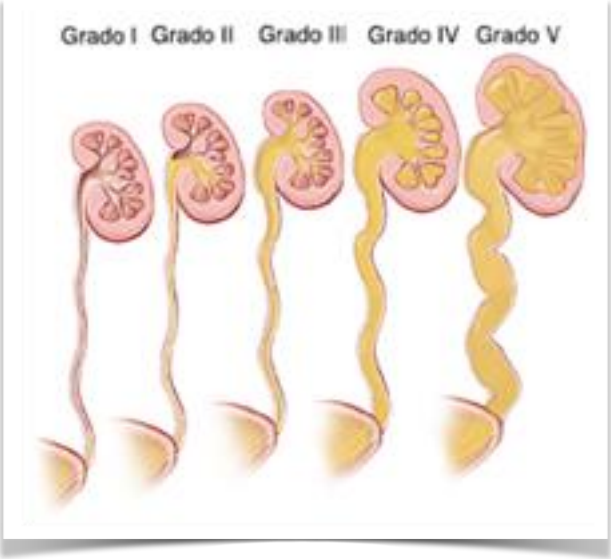
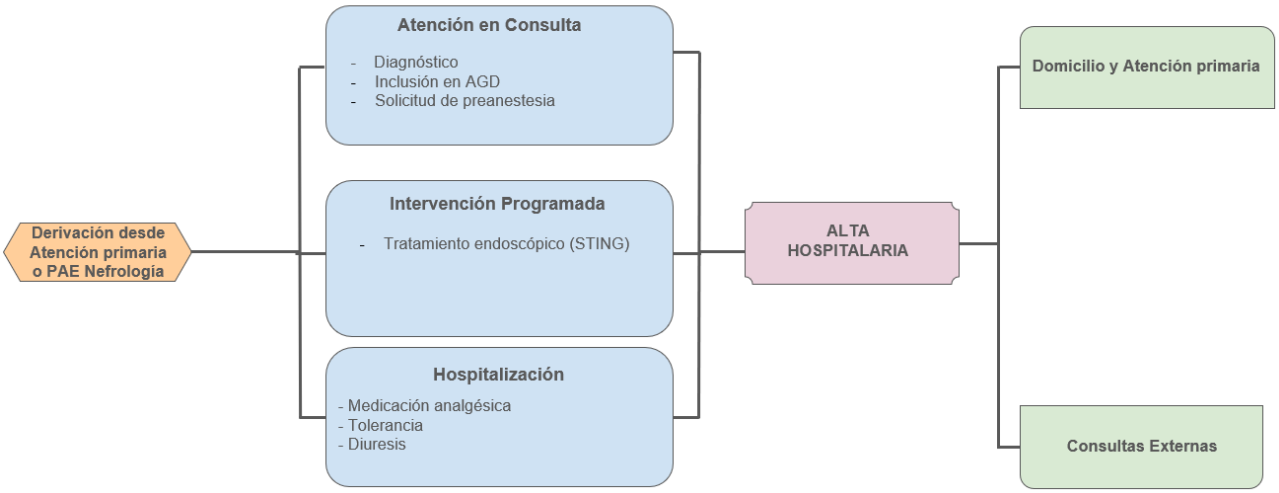
PLAN ASISTENCIAL: REFLUJO VESICOURETERAL

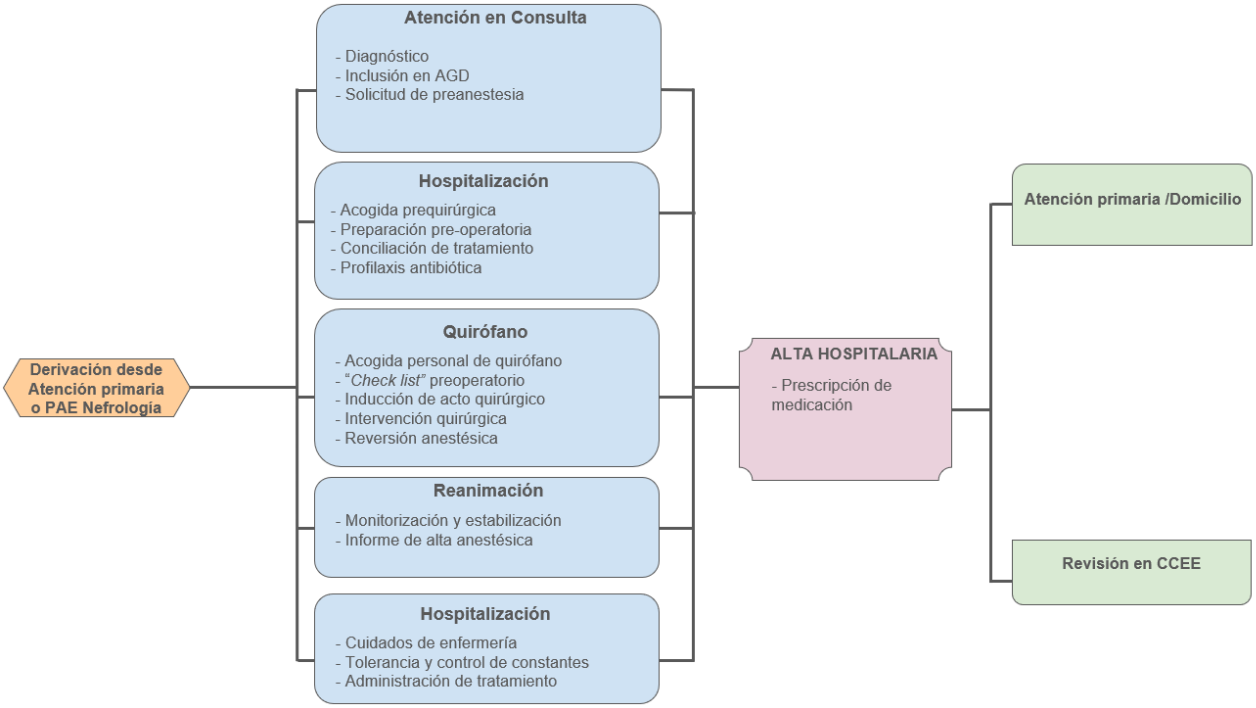


RESPONSABLES: Dra. Verónica Vargas Cruz y Dra. Maria Rosa Ibarra Rodríguez

REVISIÓN: Cada dos años. Ultima revisión 2023

CIRUGIA PEDIÁTRICA



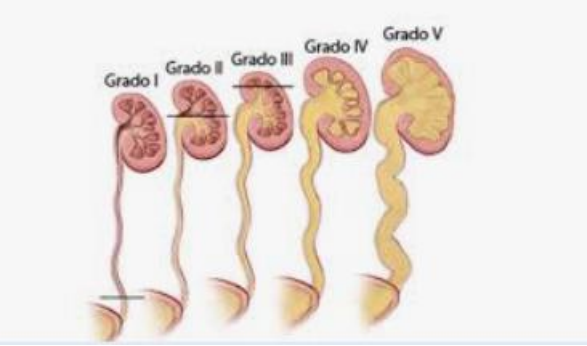


Información general

Los miembros de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica le damos la bienvenida al Hospital Infantil del Hospital Universitario Reina Sofía.
El objetivo del presente documento es ofrecerle información sobre el proceso asistencial de su hijo/a con el fin de que conozca en todo momento las acciones programadas en cada fase del proceso en el que se encuentra.

Este documento no sustituye a la información que le puede ofrecer el personal de la unidad. Cualquier duda o aclaración que necesite le será resuelta por el personal de enfermería de la unidad o por sus médicos en la consulta o durante la visita diaria.
Esta guía es de orientación general por lo que se podrá ver afectada tanto por la personalización que esta unidad hace en la asistencia de su hijo/a, como por su devenir clínico y sus sugerencias o preferencias. Es importante que los padres lean atentamente este documento y sigan las recomendaciones que se le hacen. Ello redundará en beneficio de todos, pero especialmente en el suyo. En nuestra página web www.juntadeandalucia.es/ servicioandaluzdesalud/ hrs 2 / puede encontrar el documento a rellenar (**consentimiento informado**), información adicional sobre otros temas relacionados con la cirugía, nuestra Unidad y personal e información general sobre temas de interés.

¿Qué es el reflujo vesicoureteral?



El reflujo vesicoureteral (RVU) se define como el paso retrógrado no fisiológico de la orina desde la vejiga al uréter. La importancia clínica del RVU en los niños ha venido determinada por su asociación con la presencia de infecciones urinarias de repetición y el posible establecimiento de un daño renal crónico que conduzca a la progresión a insuficiencia renal. El tratamiento de los niños con RVU irá pues orientado a disminuir el número de infecciones urinarias y a conseguir minimizar la cicatrización renal y la pérdida de funcionalismo. El tratamiento quirúrgico se fundamenta en la corrección anatómica del RVU y se planteará de forma individualizada. Inicialmente se optará por el manejo endoscópico del tratamiento del reflujo vesicoureteral.

Información sobre la consulta de Cirugía Pediátrica

La consulta tiene como fin la entrada del proceso asistencial en la Unidad. Supone la primera toma de contacto del niño/ a y sus padres con nosotros.

Durante la consulta, el Cirujano Pediátrico revisará toda la documentación clínica sobre su proceso. Generalmente, el paciente vendrá derivado desde la consulta de su pediatra de Atención Primaria, aunque en otras ocasiones vendrá desde la consulta de laguna subespecialidad pediátrica. El/a cirujano/a explorará al niño de manera tranquila y pausada. Le propondrá la actuación que crea más pertinente, de acuerdo a los beneficios esperados y los riesgos inherentes, así como las posibles alternativas diagnósticas o terapéuticas.

También se le informa sobre los detalles del eventual ingreso, su estancia hospitalaria y el periodo postoperatorio. En el mismo acto, se les pedirá consentimiento para la entrada del niño/a en la lista de espera, si así lo requiere, o bien se le solicitarán aquellas pruebas diagnósticas necesarias para completar el protocolo clínico.

Al finalizar la consulta se le entregará un informe clínico y un documento de consentimiento informado que expresa lo que verbalmente el cirujano le ha explicado, que deberán firmarlo y traerlo consigo el día del ingreso hospitalario. Así mismo se le proporcionará información de cómo va a ser el circuito que ustedes y su hijo van a vivir el día de la intervención, desde su llegada al hospital hasta su salida del mismo. Además, se le entregará el volante para realizar la analítica preoperatoria necesaria para la intervención de su hijo, que debe ser realizada unos días antes de la consulta de preanestesia.

Ustedes, como padres, deben preguntar todas sus dudas e inquietudes relacionadas con el proceso de su hijo. No tengan miedo de preguntar o de pedir que el cirujano vuelva a explicarles lo que sea necesario.

Ingreso en Hospital de día quirúrgico

El ingreso en CMA será programado. Recibirán una llamada telefónica desde la Secretaría de la unidad. En dicha llamada se les informará sobre el día y hora de su ingreso y sobre cualquier otra circunstancia necesaria para la seguridad de su intervención. Si el niño toma algún tratamiento habitual, deberán mantenerlo hasta su llegada al hospital. Deberán informar a su enfermera de ello en la recepción en planta y el cirujano se encargará de pautárselo

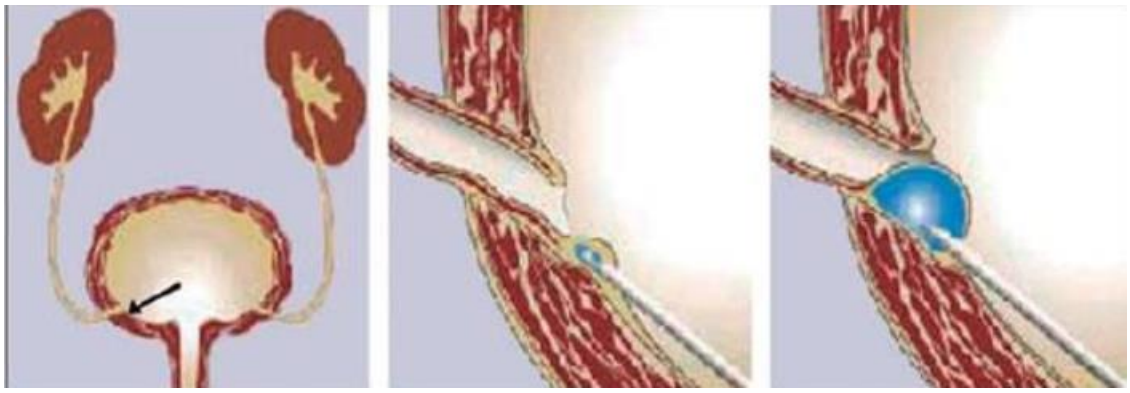
durante su ingreso si fuera necesario.

Generalmente, el niño acudirá al hospital el mismo día de la intervención. En algunas ocasiones, debido a que el niño padezca patología asociada o que sea muy pequeño, deberá ingresar la tarde anterior a la intervención. El día del ingreso deberá acudir al Servicio de Admisión a la hora prevista (Planta Baja del Hospital Infantil Reina Sofía, acceso B) Les proporcionarán una pulsera identificativa que deberá llevar colocada en la muñeca hasta el momento del alta. Esta pulsera tiene como principal objetivo identificar al niño para la realización de pruebas, administración de tratamiento y cuantas intervenciones realicemos que precisen de la comprobación de sus datos para garantizar su seguridad.
Desde Admisión, un celador/a le acompañará al Hospital de Día quirúrgico pediátrico, ya que la intervención generalmente se realiza en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. En algunos casos la intervención se realizará en régimen de Hospitalización, debido a la edad del niño, la patología asociada o la distancia a la que ustedes viven del Hospital, por lo que serán ustedes acompañados a la Unidad de Hospitalización de Cirugía Pediátrica, que se encuentra en la segunda planta del Hospital Infantil. También, si el Hospital de Día se encuentra lleno, es posible realizar el proceso desde una habitación de Hospitalización, aunque la intervención se realice en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. A su llegada, el personal de enfermería (Enfermera y Auxiliar de Enfermería) le darán la bienvenida, le conducirán a su habitación y, tras realizar la valoración de enfermería, se pondrán a su disposición para las dudas o necesidades que le puedan surgir.
Es importante no tomar ninguna medicación sin consultar con la enfermera de la unidad. En el hospital se les facilitará toda la medicación que precise.
Es importante que sepa que, en ocasiones, surgen complicaciones con otros pacientes o pueden llegar enfermos graves que precisan ser intervenidos de urgencia. En esos casos, a veces, hay que suspender una intervención menos urgente que puede ser la de su hijo. Si esto ocurre, disculpe las molestias que ello le pudiera ocasionar y comprenda que es por el bien de otro niño y que por su hijo se haría lo mismo.

La intervención

El orden de intervenciones suele ir definido por la edad de los pacientes, de tal manera que los primeros suelen ser los más pequeños. Así, es difícil asegurar la hora exacta de la intervención de su hijo/a, ya que irá marcado por el tiempo que se tarde en las intervenciones anteriores. Para esto podemos realizar un cálculo aproximado pero nunca será exacto, por lo que intentaremos que su hijo/a espere el menor tiempo posible. Cuando se termine la intervención anterior a la de su hijo, este será conducido en su cama a
la Sala Preoperatoria, donde estará acompañado/a por enfermeras. Allí, junto al cirujano, realizarán una serie de comprobaciones de seguridad y check list. Posteriormente pasará a quirófano donde rápidamente se dormirá para disminuir al máximo el tiempo que el niño nota que no se encuentra cerca de sus padres. Una vez dormido se procederá a completar las maniobras necesarias por parte del anestesista y a colocar al niño para la realización de la cistoscopia.

La intervención se realiza por cistoscopia, es decir, por técnicas mínimamente invasivas. El antirreflujo endoscópico consiste en la inyección submucosa a nivel del meato ureteral de una sustancia de tal forma que mejora el mecanismo antirreflujo de la unión ureterovesical. Para el antirreflujo endoscópico se realiza una cistoscopia rígida que se hará bajo anestesia general. La duración aproximada del procedimiento completo es de 30 minutos hasta 1 hora.



Postoperatorio

Al terminar el procedimiento, el anestesista despertará al niño. Tras despertarse, pasará a la Unidad de Reanimación que se encuentra junto a al quirófano, donde se quedará en vigilancia durante aproximadamente 1 hora. El/la cirujano/a saldrá a la Sala de Espera para informarles de cómo se ha desarrollado la intervención.

Cuando el niño esté totalmente recuperado, el anestesista considerará que ya puede volver a su habitación o a su cama del Hospital de Día, donde será conducido junto a ustedes. Allí, siguiendo las instrucciones del personal médico, enfermería le iniciará tolerancia oral, administrará medicación, valorará el dolor postoperatorio y responderá cualquier inquietud que tengan. Cuando el niño se encuentre perfectamente recuperado, le darán de alta hospitalaria si se encontraba en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Es normal que el niño refiera molestias en la zona durante varios días. Como su cirujano/a le informará, esto es normal y por ello deben administrar la medicación pautada al alta siguiendo las indicaciones del informe de alta.
En todo momento estarán informados de dónde se encuentra su hijo a través de los paneles de información con el código que previamente les habrá sido entregado a su llegada. Estos paneles permiten seguir, en tiempo real, la localización del paciente ya que estará conectado con la pulsera identificativa que se le colocó a su hijo en la muñeca al llegar. El uso de un código en lugar del nombre de su hijo asegurará su intimidad. Así, sabrán si se encuentra en la Sala Preoperatoria, en quirófano o en la Sala de Reanimación.

Hospitalización

Si su hijo ha sido intervenido en régimen de hospitalización o bien ha tenido que ser trasladado a planta desde el hospital de día, permanecerá en su habitación de la planta de cirugía pediátrica hasta el día siguiente. A la mañana siguiente, el cirujano les visitará en su habitación y, si el niño se encuentra bien, le dará el alta hospitalaria. Ustedes podrán consultarle las dudas que tengan. Hasta el alta el niño permanecerá con una vía venosa para poder darle analgesia y la medicación que necesite. Al alta hospitalaria, le serán entregados los informes médicos que explican todo el proceso al que a sido sometido su hijo, así como los cuidados postoperatorios necesarios, la medicación a tomar en casa y una cita de revisión postoperatoria con su cirujano/a. Así mismo, en admisión, pueden solicitar un justificante de la intervención por si lo necesitan para el colegio o para su trabajo.

Alta en casa

Durante los primeros días en casa el niño/a no debe seguir ningún reposo o medida diferente de su vida normal. Como se ha explicado, puede notar molestias al orinar durante unos días, pero mejorarán con la medicación que su cirujano/a le ha pautado. No debe tener ningún cuidado especial y, al no tener heridas, no debe realizar ningún tipo de cura.

La complicación más frecuente que observamos es la infección de orina. Toda “instrumentación” de la vía urinaria aumenta el riesgo de que se produzca, que ya es más alto en su hijo/a por padecer reflujo vesicoureteral. Por ello la intervención se ha desarrollado con cobertura antibiótica intravenosa. Sin embargo, no disminuye el riesgo a 0. Por eso, si su hijo/a presenta fiebre, orina turbia, regular estado general, vómitos, etc, deberá acudir con su hijo/a a urgencias de nuestro centro hospitalario o a su Centro de Salud para valoración por parte de un pediatra. El presentar una infección de orina

postoperatoria no implica que la intervención no haya sido satisfactoria y el reflujo no esté resuelto. El niño puede volver al colegio 2 ó 3 días después de la intervención.

Seguimiento y alta definitiva

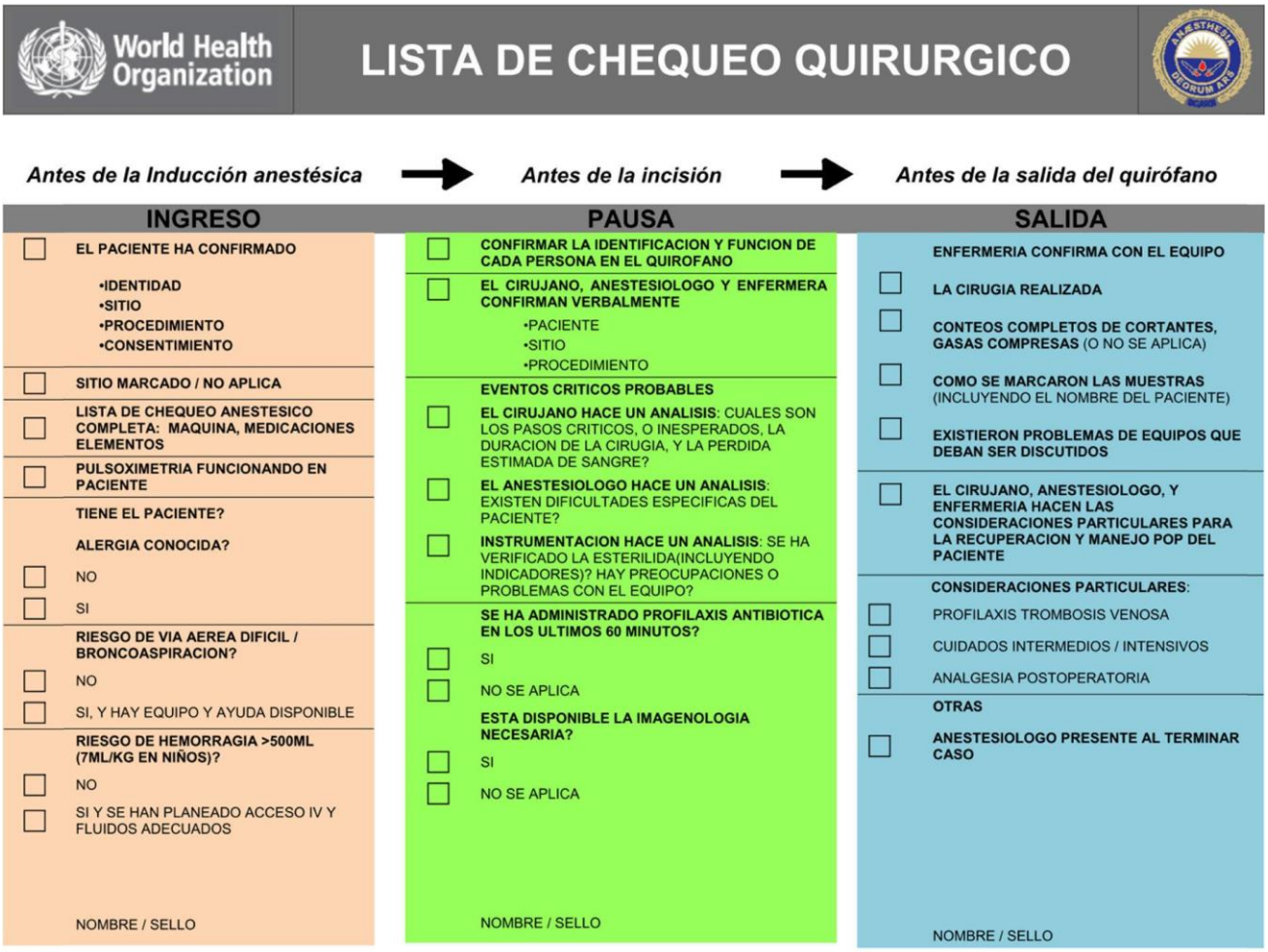
Aproximadamente al mes de la operación se le citará para realizar una consulta por su cirujano pediátrico urológico. En esta consulta se le solicitará la cistografía o ecocistografía de control para realizar por lo menos 6 semanas después de la intervención. Como se le explicó en la consulta preoperatoria, el tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral es muy poco invasivo pero tiene unos porcentajes de curación variables según el grado de reflujo, la lateralidad, la edad, etc. Se puede repetir hasta en 3 ocasiones. Por ello, debemos asegurarnos con esta prueba de control si el reflujo se ha curado o debemos volver a repetir el procedimiento.

Si todo está bien, se les dará el alta por nuestra parte y pasará a control por la sección de Nefrología Pediátrica de nuestro Hospital, para valorar las posibles secuelas que el reflujo haya podido dejar sobre los riñones.

Queremos manifestar nuestro agradecimiento por la confianza depositada en nuestra Unidad. Cualquier sugerencia para mejor nuestro servicio será bienvenida. Quedamos a su disposición para todo lo que podamos hacer por usted o por su familia.

Queremos manifestar nuestro agradecimiento por la confianza depositada en nuestra Unidad. Cualquier sugerencia para mejor nuestro servicio será bienvenida. Quedamos a su disposición para todo lo que podamos hacer por usted o por su familia.

CHECK LIST QUIRURGICO



World Health Organization

LISTA DE CHEQUEO QUIRURGICO

Antes de la Inducción anestésica → *Antes de la incisión* → *Antes de la salida del quirófano*

INGRESO

- ☐ **EL PACIENTE HA CONFIRMADO**
  - •IDENTIDAD
  - •SITIO
  - •PROCEDIMIENTO
  - •CONSENTIMIENTO
- ☐ **SITIO MARCADO / NO APLICA**
- ☐ **LISTA DE CHEQUEO ANESTESICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES ELEMENTOS**
- ☐ **PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE**
- **TIENE EL PACIENTE?**
- **ALERGIA CONOCIDA?**
  - ☐ NO
  - ☐ SI
- **RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL / BRONCOASPIRACION?**
  - ☐ NO
  - ☐ SI, Y HAY EQUIPO Y AYUDA DISPONIBLE
- **RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7ML/KG EN NIÑOS)?**
  - ☐ NO
  - ☐ SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS

NOMBRE / SELLO

PAUSA

- ☐ **CONFIRMAR LA IDENTIFICACION Y FUNCION DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO**
- ☐ **EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE**
  - •PACIENTE
  - •SITIO
  - •PROCEDIMIENTO
- **EVENTOS CRITICOS PROBABLES**
- ☐ **EL CIRUJANO HACE UN ANALISIS**: CUALES SON LOS PASOS CRITICOS, O INESPERADOS, LA DURACION DE LA CIRUGIA, Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE?
- ☐ **EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANALISIS**: EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE?
- ☐ **INSTRUMENTACION HACE UN ANALISIS**: SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDA(INCLUYENDO INDICADORES)? HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO?
- **SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS?**
  - ☐ SI
  - ☐ NO SE APLICA
- **ESTA DISPONIBLE LA IMAGENOLOGIA NECESARIA?**
  - ☐ SI
  - ☐ NO SE APLICA

NOMBRE / SELLO

SALIDA

- **ENFERMERIA CONFIRMA CON EL EQUIPO**
- ☐ **LA CIRUGIA REALIZADA**
- ☐ **CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS** (O NO SE APLICA)
- ☐ **COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS** (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)
- ☐ **EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS**
- ☐ **EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, Y ENFERMERIA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POP DEL PACIENTE**
- **CONSIDERACIONES PARTICULARES:**
  - ☐ PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA
  - ☐ CUIDADOS INTERMEDIOS / INTENSIVOS
  - ☐ ANALGESIA POSTOPERATORIA
- **OTRAS**
- ☐ **ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR CASO**

NOMBRE / SELLO

ESTA LISTA DE CHEQUO NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA QUE SE HAGAN ADICIONES, MODIFICACIONES PARA EL EJERCICIO LOCAL.
TRADUCIDO Y ADAPTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS 2008- COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

INDICADORES DE CALIDAD

1.- Indicador: Porcentaje de tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral en régimen de CMA

Fuente: Auditoría historias clínicas

. **Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior:** > o = 90%

Periodicidad: Anual

Responsables: Dr. Parente y Dra. Vargas

2.- Indicador: Porcentaje de recidiva de reflujo vesicoureteral tras cirugía abierta

Fuente: Auditoría historias clínicas

. **Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior** < o = al 3%

Periodicidad: Anual

Responsables: Dr. Garrido y Dra. Vargas