

DAVID PÉREZ BARRENO, JUAN MIGUEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ, ESTRELLA PAVES LORENZO, DAVINIA MARRERO DEL CASTILLO:

# Educación al alta para paciente prostatectomizado radical

## RESUMEN

Teniendo en cuenta el número de pacientes que son diagnosticados al año de cáncer de próstata, la intervención a la que son sometidos (en nuestra unidad un total de 78 prostatectomías radicales durante el 2004) y la importancia de que no sufran complicaciones durante el posoperatorio, nos hemos planteado realizar un trabajo descriptivo sobre la educación sanitaria que en estos casos es necesaria proporcionar al paciente para dotarlo de conocimientos que garanticen su autocuidado.

Destacamos la importancia de la educación sanitaria, durante toda la hospitalización del paciente, de entre todas las intervenciones de enfermería ante un paciente prostatectomizado, ya que le proporcionamos así los conocimientos necesarios para un mejor autocuidado, evitando posibles complicaciones durante el posoperatorio.

**Palabras clave:** prostatectomía radical, complicación potencial, educación sanitaria.

## SUMMARY

Considering the number of patients who are diagnosed to the year of prostate cancer; the intervention which is put under (in our unit a total of 78 radical prostatectomies during the 2004) and the importance of which they do not undergo complications during the postoperating one, we have considered to make a descriptive work on the sanitary education which in these cases it is necessary to provide the patient, to equip it with knowledge that guarantee their autocares.

We emphasized the importance of the sanitary education, during all the hospitalization of the patient, of between all the interventions of infirmery before a patient prostatectomized, since we provided therefore the necessary knowledge to him for the best one autocare, avoiding possible complications during the postoperating one.

**Key words:** Radical prostatectomy, potential complication, sanitary education.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el segundo cáncer más común en los hombres, y la segunda causa principal de muerte después del cáncer de pulmón que afecta a los varones españoles. Este tipo de cáncer se da con mayor frecuencia en varones adultos, ya que la próstata sigue creciendo durante la mayor parte de la vida, de forma que a partir de los 60 años es muy frecuente encontrar una forma benigna de la próstata llamada hipertrofia prostática benigna.

Este tipo de cáncer crece lentamente y en su estadio inicial puede no producir signos ni síntomas, según avanza el crecimiento del tumor comienzan a aparecer algunos como, por ejemplo, goteo al final de la micción, sangre en la orina, disminución de la fuerza del chorro de orina...

La tasa de supervivencia a los 5 años es de un 85% para aquellos pacientes cuyos cánceres se descubren en una etapa precoz, y la del cáncer en general ha aumentado en un 70% en los últimos años. Rara vez este tipo de cáncer aparece antes de los 55 años, la mayoría de los hombres diagnosticados tienen 65 años o más, a pesar de que este

cáncer se está volviendo más frecuente, posiblemente por el aumento en la esperanza de vida.

Algunos factores de riesgo para desarrollar la enfermedad son:

- Antecedentes familiares.
- Exposición al cadmio.
- Dietas ricas en grasas.
- Hombres sometidos a vasectomías.

El tratamiento del cáncer debe ser sumamente individualizado y deben considerarse muchos factores, como: etapa de la enfermedad, antecedentes del paciente, edad, esperanza de vida, etc.

La terapia más utilizada es la cirugía, es decir, la prostatectomía radical, y sólo se lleva a cabo si el cáncer no se ha diseminado fuera de la próstata. Otras terapias son la resección transuretral, la criocirugía, tratamientos hormonales... Otros, como la quimioterapia, suelen ser poco efectivos en el tratamiento de este tipo de cáncer.

La población masculina española se muestra cada vez más sensibilizada de la importancia del diagnóstico precoz en el cáncer de próstata. Las medidas para lograr esa detec-

ción temprana del tumor son fundamentalmente dos. Determinación del antígeno prostático específico (PSA), una proteína cuya alta concentración en sangre puede indicar la presencia de alteraciones en la próstata, y el tacto rectal. Aunque el PSA reviste mayor importancia, lo idóneo es realizar las dos pruebas.

Se ha destacado el papel de las campañas de prevención, que han permitido que la mayoría de los varones de entre 50 y 75 años conozcan los riesgos. En sólo quince años se ha conseguido disminuir el número de descubrimientos del cáncer en fase metastásica en casi un 60%.

## OBJETIVOS

- Obtener la documentación necesaria para elaborar una guía de cuidados al alta.
- Enumerar los diagnósticos de enfermería derivados de la intervención quirúrgica.
- Identificar las complicaciones más comunes tras una prostatectomía radical.
- Describir las intervenciones de enfermería al alta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

*«Cada año se diagnostican en España 8.000 nuevos casos de cáncer de próstata y el 80 por ciento se detectan cuando todavía se encuentran en sus primeras fases y el tumor está localizado. Es el resultado de las campañas de educación sanitaria realizadas en los últimos años y la insistencia de los expertos de recomendar la visita al urólogo para someterse a una revisión.*

*Aunque hay mucha controversia sobre la necesidad de esta revisión y la edad a partir de la cual debe acudir el varón periódicamente al especialista, lo recomendable es hacerlo a partir de los 50 años, excepto si hay antecedentes familiares de cáncer de próstata, en cuyo caso conviene acudir antes. Cada vez son más los españoles que acuden periódicamente para someterse a una revisión»,* ha asegurado Antonio Allona, del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, en el LXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología (AEU), que se está desarrollando en Las Palmas de Gran Canaria (1).

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más comunes entre la población masculina, algunos de ellos crecen lentamente y persisten durante mucho tiempo sin causar síntomas significativos, mientras que otros se comportan agresivamente. Más del 95% de éstos son adenocarcinomas que se originan en los acini prostáticos, pueden aparecer en cualquier punto de la próstata, pero en contraste con la hiperplasia predominan en la periferia. Con frecuencia, los tumores son multifocales. En una misma muestra pueden encontrarse variaciones en el tamaño de las células, en la forma del núcleo y los nucleolos, en el grado de diferenciación glandular, y en la cantidad de mucina y fosfatasa ácida, pero las zonas menos diferenciadas del tumor (es decir, las de mayor malignidad histiológica) son las que al parecer determinan su comportamiento biológico.

En la clasificación por grados de Gleason se asigna de forma independiente un número del 1 al 5 (de mayor a menor diferenciación) a los tipos histiológicos glandulares dominante y secundario, y luego se suman esos números para obtener una puntuación total de 2 a 10 en cada tumor. Esta clasificación es reproducible y guarda correlación con la evolución de la enfermedad y la supervivencia del paciente.

Los demás cánceres prostáticos se dividen en: carcinomas epidermoides y de células de transición, carcinoma del utrículo prostático y los carcinosarcomas.

El carcinoma de próstata puede ser asintomático, tanto en su fase precoz como avanzada. Cuando hay síntomas, las manifestaciones habituales por orden de frecuencia descendente son: disuria, dificultad para la micción, mayor frecuencia de las micciones, retención urinaria completa, dolores de espalda o caderas y hematuria.

Una maniobra básica para la detección de este tipo de carcinoma es el tacto rectal, nunca se insistirá bastante sobre la importancia de esta técnica dentro de la exploración física sistemática del varón. El nivel del PSA sérico es el elemento más sensible para detectar precozmente el cáncer de próstata y se eleva en el 65% de los casos.

La biopsia de la próstata es esencial para confirmar el diagnóstico y está indicada cuando se descubre alguna anomalía al efectuar la palpación, al determinar el nivel de PSA sérico o en las técnicas de imagen, o bien cuando aparecen síntomas del tracto urinario inferior en un varón que no tiene causas conocidas de obstrucción.

El tratamiento del cáncer de próstata consiste en cirugía y radioterapia para la enfermedad localizada y manipulación hormonal y quimioterapia combinadas para la enfermedad metastásica. El tratamiento se basa en la magnitud de la enfermedad y en la situación física del paciente, se le pueden realizar procedimientos quirúrgicos para obtener biopsia del tumor, para clasificación y extirpación de la neoplasia o con fines paliativos para controlar la diseminación de la neoplasia o con fines paliativos para controlar la diseminación de la enfermedad o aliviar los síntomas que provocan sufrimiento.

Los métodos quirúrgicos para prostatectomía en pacientes con cáncer de próstata son los mismos que para la hipertrofia prostática benigna, pero en la mayor parte de los casos el procedimiento quirúrgico es mucho más extenso e incluye linfadenectomía pélvica.

La prostatectomía radical es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de la glándula junto con la cápsula prostática, el manguillo en el cuello vesical, las vesículas seminales y los ganglios linfáticos regionales. El resto de la uretra se anastomosa al cuello vesical, la extirpación de tejido en el cuello vesical permite que el líquido seminal fluya hacia la vejiga en lugar de hacerlo hacia la uretra, lo que da lugar a eyaculaciones retrógradas. En el Hospital Universitario de Canarias (HUC), al 100% de los pacientes a los que se les realiza una prostatectomía radical, conjuntamente a esta intervención, se le realiza una vasectomía, evitando así dichas eyaculaciones. El paciente queda estéril, pero conserva su capacidad para la erección y el orgasmo.

La prostatectomía radical se puede realizar por vía suprapúbica, retropúbica y perineal. Aquellos pacientes a los que se les realiza una prostatectomía perineal después de la cirugía pueden sufrir disfunción de la erección o impotencia. Estos fenómenos se relacionan de manera directa con la lesión de los nervios pudendos (que se requieren para la erección y orgasmo) durante la operación.

Una complicación común de las prostatectomías radicales es la incontinencia urinaria.

«El cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentes entre la población española. Afortunadamente, gracias en gran medida a las campañas de prevención, el 80 por ciento de los casos se diagnostican en fases tempranas, por lo que se pueden curar», según ha reconocido Antonio Allona, secretario general de la Asociación Española de Urología durante su LXVIII Congreso Nacional que se celebra en Las Palmas (2).

En nuestra unidad de hospitalización, en el año 2004 se realizaron setenta y ocho prostatectomías radicales. Siendo las edades comprendidas entre 43 y 77 años y la edad media es de 64 años. La estancia media de hospitalización fue de 10 días y la estancia media tras la intervención fue de 9 días. El número de pacientes que presentaron complicaciones durante la hospitalización fue de 8, algunas de las cuales no tenían relación directa con la intervención quirúrgica:

- Fuga de la anastomosis uretrovesical.
- Seroma de herida quirúrgica MRSA.
- Ileo paralítico.
- Anemización progresiva, inestabilidad hemodinámica, hematoma en rectos abdominales y retroperitoneo.
- Deterioro de la función renal por toxicidad (cefalosporinas), seroma de herida quirúrgica.
- Bradicardia (marcapasos)

Y un total de cinco pacientes reingresaron, siendo los motivos los a continuación descritos:

- Eventración.
- Evisceración.
- Disuria y fiebre.
- Hematuria.

El 65% de los pacientes que fueron intervenidos en el 2004 en nuestra unidad acudieron a consulta externa de urología por presentar problemas relacionados con la intervención a la que fueron sometidos. Del total de los casos:

- El 45% presentó incontinencia urinaria.
- El 19% presentó disfunción eréctil.
- 1,2% MRSA en herida quirúrgica (un solo caso).
- 1,2% MRSA en orina (un solo caso).
- 5,12% seroma herida quirúrgica.
- 10,25% disuria.
- 1,2% edema de glotis por detrusitol (un solo caso).
- 1,2% hernia inguinal derecha (un solo caso).
- 2,5% eventración herida quirúrgica.
- 3,8% fugas.
- 5,12% hematuria.
- 5,12% fiebre.
- 1,2% evisceración (un solo caso).

**«EL CÁNCER DE PRÓSTATA ES UNO DE LOS TUMORES MÁS FRECUENTES ENTRE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. AFORTUNADAMENTE, GRACIAS EN GRAN MEDIDA A LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN, EL 80 POR CIENTO SE DIAGNOSTICAN EN FASES TEMPRANAS, POR LO QUE SE PUEDEN CURAR»**

Teniendo en cuenta en qué consiste una prostatectomía radical y los problemas que presentaron los pacientes intervenidos en el 2004 en nuestra unidad, determinamos que los diagnósticos de enfermería más comunes son:

- Déficit de conocimientos.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Disfunción sexual.
- Alteración de la eliminación urinaria.
- Alto riesgo de infección.
- Alteración de la integridad tisular.
- Riesgo de intolerancia a la actividad.
- Alto riesgo de lesiones.
- Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal: hipertermia.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Incontinencia urinaria: de esfuerzo, funcional y de urgencia.
- Estreñimiento.

Las intervenciones de enfermería propuestas para cada uno de estos diagnósticos son las a continuación descritas:

- Déficit de conocimientos:
  - Educación sanitaria.
  - Enseñanza del proceso de enfermedad, procedimiento y tratamiento.
- Deterioro de la integridad cutánea:
  - Cuidado de las heridas.
  - Control de las infecciones.
- Disfunción sexual:
  - Disminución de la ansiedad.
  - Enseñanza: individual.
- Alteración de la eliminación urinaria:
  - Cuidados de la incontinencia urinaria.
  - Sondaje vesical.
  - Control de las infecciones.
  - Cuidados del catéter urinario.
  - Control de líquidos.
- Alto riesgo de infección:
  - Control de la infección.
  - Cuidados del catéter.
  - Vigilancia periódica de los signos vitales.
- Alteración de la integridad tisular:
  - Cuidados de las heridas.
  - Protección contra las infecciones.
- Riesgo de intolerancia a la actividad:
  - Asesoramiento.
- Alto riesgo de lesiones:
  - Cuidado del catéter.

- Educación sanitaria.
- Prevención de caídas.
- Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal:
  - Vigilancia.
  - Protección contra las infecciones.
- Trastorno de la imagen corporal:
  - Asesoramiento.
  - Cuidados de las heridas.
  - Potenciación de la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles.
- Incontinencia urinaria: de esfuerzo, funcional y de urgencia:
  - Control de líquidos.
  - Ejercicios del suelo pélvico.
  - Cuidados de la incontinencia urinaria.
- Estreñimiento:
  - Control de la nutrición.
  - Control de líquidos.
  - Uso de medicamentos.

Destacamos sobre todas las intervenciones la educación sanitaria, ya que con la asimilación de los conocimientos necesarios, el paciente podrá evitar la mayor parte de las complicaciones durante su posoperatorio.

## RESULTADOS

El diagnóstico déficit de conocimientos es común a todos los pacientes, sobra decir la importancia de la educación como actuación ante el mismo, esa es la razón por la que tras los datos obtenidos, hemos resaltado los cuidados que deberá mantener el paciente en su domicilio tras su intervención, incluyendo no sólo los de la herida quirúrgica y de la sonda vesical, sino también las conductas a seguir, para evitar las complicaciones más frecuentes, y cómo actuar en caso de que éstas aparezcan.

De los 78 pacientes sometidos a una prostatectomía radical en 2004 en nuestro servicio, un 65% acudió al servicio de consulta externa de urología, de los cuales un 10,25% presentaron problemas relacionados con la herida quirúrgica y un 21,8% se pueden relacionar al mal manejo de la sonda vesical, de ahí la importancia de resaltar los siguientes cuidados:

### Cuidados de la sonda vesical

- Utilizar bolsas de drenaje externo durante el día, atadas a su pie, procurando vaciarlas con frecuencia.
- Utilizar bolsas de noche para dormir, no precisan vaciado.
- Lavarse las manos antes de los cambios de bolsa.
- Lavar con agua y jabón el pene y la sonda vesical.
- Evitar darse tirones.
- No elevar la bolsa de diuresis por encima de su cintura.

### Cuidados de la herida quirúrgica

- Lavar con agua y jabón, secar bien y poner solución antiséptica.

### Otros cuidados

- Limitar las actividades físicas durante dos semanas tras la intervención.
- No levantar objetos pesados.
- No conduzca.
- No realice ejercicios pesados como subir escaleras.
- Beber entre dos y tres litros de líquidos al día (sobre todo agua).
- Lleve una dieta regular, rica en fibra, incluyendo frutas y verduras, suplementos de fibra como por ejemplo salvado, pan integral... Esto facilita la evacuación intestinal y evita esfuerzos.
- Use un laxante ligero si fuese necesario.
- Debe bañarse y/o ducharse de manera regular. Junto con los cuidados, creemos que es muy importante que el paciente sepa identificar cuáles son los problemas más comunes que se le pueden presentar durante su posoperatorio, los enumeramos a continuación:
  - Aparición de orina turbia.
  - Sangrado fuerte o aparición de coágulos.
  - Fiebre.
  - Disuria o dolor en región pélvica.
  - Fuga de orina a través de anastomosis vésico-uretral.

**DE LOS 78 PACIENTES SOMETIDOS A UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL EN 2004 EN NUESTRO SERVICIO, UN 65% ACUDIÓ AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE UROLOGÍA, DE LOS CUALES UN 10,25% PRESENTARON PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRÚRGICA Y UN 21,8% SE PUEDEN RELACIONAR AL MAL MANEJO DE LA SONDA VESICAL**

- Anuria.
- Caída de la sonda vesical.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Dehiscencia de la herida quirúrgica.
- Incontinencia urinaria tras retirada de sonda vesical.
- Disfunción eréctil.

### Atendiendo a los siguientes datos:

- el 45% de los pacientes presentaron incontinencia urinaria;
- el 19% disfunción eréctil.

Cobra importancia informar a los pacientes de que son complicaciones íntimamente relacionadas con la intervención. Creemos que desde el primer momento, el paciente debe conocer las alternativas existentes, para paliar y controlar dichas complicaciones.

- **Incontinencia urinaria.** Proponemos los siguientes ejercicios (ejercicios de Kegel):
  1. Contraer los músculos perineales de tres a cinco segundos, como si se deseara evitar orinar y luego relajarlos.
  2. Hacer fuerza como si deseara defecar y luego relajarlos.



3. Coger aire con los labios apretados mientras contrae los músculos y expulsarlo mientras los relaja.

4. Sentarse en el baño con las rodillas separadas mientras orina, y entonces detener el chorro de la orina y luego seguir orinando.

• **Informando al paciente sobre los siguientes tratamientos** (bajo prescripción del urólogo). Tratamiento farmacológico:

1. Anticolinérgicos: tolterodina (Urotrol, Detrusitol), soliferazina (Vesicare). Tratamiento quirúrgico: esfínter artificial.

Teniendo en cuenta el período de tiempo que pasa el paciente utilizando pañales de incontinencia tras la retirada de sonda, haremos hincapié sobre las medidas higiénicas a seguir para evitar posibles infecciones.

• **Disfunción eréctil.** Informaremos al paciente sobre las posibilidades farmacológicas y quirúrgicas existentes en el mercado:

1. Sildenafil (Viagra), varderafilo (Levitra), tadalafilo (Cialis) por vía oral y el altrostadilo (Caverject) por vía intracavernosa.

2. Prótesis peneanas.

Remitiéndolo siempre al urólogo.

## CONCLUSIONES

Destacamos la importancia de la educación sanitaria de entre todas las intervenciones de enfermería ante un paciente prostatectomizado, ya que le proporcionamos así los conocimientos necesarios para un mejor autocuidado, evitando posibles complicaciones durante el posoperatorio. Ésta se ha de realizar durante todo el ingreso, facilitando el *feed-back*.

Sin embargo, creemos que se debería entregar al paciente una guía con los cuidados más importantes, en donde de forma clara y precisa se explique las conductas a seguir, paliando de esta manera la ansiedad que suelen presentar, al irse a sus domicilios portando aún sonda vesical y los puntos de la herida quirúrgica. ▼

**SE DEBERÍA ENTREGAR AL PACIENTE UNA GUÍA CON LOS CUIDADOS MÁS IMPORTANTES, EN DONDE DE FORMA CLARA Y PRECISA SE EXPLIQUE LAS CONDUCTAS A SEGUIR, PALIANDO DE ESTA MANERA LA ANSIEDAD QUE SUELEN PRESENTAR, AL IRSE A SUS DOMICILIOS PORTANDO AÚN SONDA VESICAL Y LOS PUNTOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**

## BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES DE INTERÉS

- *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. Proyecto de intervenciones de IOWA. Editorial: Síntesis. 1999.
- Revista ENFURO (Asociación de Enfermería en Urología) nº 88. Diciembre 2003. Artículo: «Prostatectomía radical: estandarización de cuidados al alta». Autores: Miguel A. Caraballo Núñez, Pedro Boza, Gema Maestud, Elena Romero, Elena Álvarez. Unidad de Urología. Fundación Hospital Alcorcón (Madrid).
- *Principios de Medicina Interna*. Harrison. Volumen I. XV Edición. 1998. Editorial: McGrawHill-Interamericana.
- *Biblioteca Enfermería Profesional*. Enfermería Médico Quirúrgica. McGrawHill-Interamericana. Volumen 1.
- <http://latina.obgyn.net/espanol/articles/diciembre/99/la%20incontinencia%20de%2020%20orina>.
- <http://www.cuanba.com/educacion sanitaria/incontinencia>.
- <http://familydoctor.org/e642.xml>.
- Enfermeras del Consorcio Sanitario de Tenerife. Editorial: MAD.sl. Mayo 2004. Volumen 1.
- <http://www.iladiba.com/> Salud Hoy.
- <http://www.ondasalud.com>.
- <http://www.hisandherhealth.com>
- <http://www.greenhosp.org>
- <http://www.tuotromedico.com>

