



Trabajo Fin de Grado

Programa de Educación para la Salud en varones con
incontinencia urinaria tras prostatectomía

Health Education program for men with urinary
incontinence after their prostatectomy

Autora

Elena Chueca Omella

Directora

Ascensión Falcón Albero

Facultad de Ciencias de la Salud

2016

Índice

Resumen	3
1. Introducción	5
2. Objetivo.....	7
3. Metodología.....	7
4. Desarrollo	9
4.1. Diagnóstico.....	9
4.2. Planificación.....	10
4.2.1. Objetivos	10
4.2.2. Población diana.....	10
4.2.3. Recursos.....	10
4.2.4. Estrategia	12
4.2.5. Actividades	12
4.2.6. Cronograma	14
5. Evaluación y conclusiones.....	15
6. Bibliografía.....	16
7. Anexos	21

Resumen

Introducción: El cáncer de próstata (CP) es un adenocarcinoma que supone la tercera causa de muerte en hombres mayores de 75 años en España. Mediante su detección precoz a través de la determinación del antígeno prostático específico se consigue disminuir su mortalidad. La prostatectomía radical es el tratamiento más frecuente en los tumores localizados, sin embargo dos de sus complicaciones más importantes son la incontinencia urinaria (IU) y la disfunción erétil. La mayoría de estos pacientes van a tener una IU de esfuerzo que se puede llegar a controlar con la ejercitación de los músculos del periné.

Objetivo: Realizar un programa de Educación para la Salud dirigido a pacientes con IU intervenidos de próstata.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de la IU y el CP en bases de datos entre los años 2005 y 2016, además de en páginas web oficiales. Con toda esta información, se elaboró un programa de Educación para la Salud con la finalidad de prestar los recursos necesarios para que los pacientes controlen la incontinencia.

Conclusiones: Trabajar de manera conjunta los ejercicios del suelo pélvico y los aspectos emocionales es una manera beneficiosa en la que se integra al paciente en su propia salud. Aunque todos los pacientes llegan a ser continentes, aquellos que practican estos ejercicios la conseguirán antes.

Palabras clave: cáncer de próstata, incontinencia urinaria, prostatectomía, calidad de vida, enfermería.

Abstract

Introduction: Prostate cancer (PC) is an adenocarcinoma representing the third cause of death in men above 75 in Spain. An early diagnosis using the prostate specific antigen can decrease its mortality. Prostatectomy is the most common treatment if the tumour is located. However, this surgery has two important complications, urinary incontinence (UI) and erectile dysfunction. Most patients develop stress UI, which can be controlled by training the pelvic floor muscles.

Objective: Creating a Health Education program for men who have developed UI after their prostate operation.

Methodology: A bibliographic review about UI and PC was performed using several databases and websites, using data from 2005 to 2016. After collecting this information, a Health Education program was developed in order to give patients all kind of resources to control their UI.

Conclusions: Doing pelvic floor exercises and dealing with emotional aspects can be beneficial, since it involves each patient into its own health process. Although patients not exercising their pelvic floor muscles attain continence, it is more rapidly achieved when those exercises are regularly performed.

Keywords: prostate cancer, urinary incontinence, prostatectomy, quality of life, nursing.

1. Introducción

A nivel mundial, el cáncer de próstata (CP) es uno de los tumores en hombres de mayor incidencia, por lo que se considera un problema de Salud Pública. Esto se debe principalmente al aumento de la esperanza de vida y a la mejora de las técnicas de diagnóstico. En España, el CP es la tercera causa de muerte por cáncer en varones mayores de 75 años; en el año 2013 hubo 5.787 fallecimientos por esta causa. En los últimos cinco años se han diagnosticado 36.492 nuevos casos, con una incidencia de 82 casos cada 100.000 varones, siendo de las más bajas de Europa ¹⁻⁷.

La causa es desconocida y aparte de la edad, existen otros factores de riesgo como la raza (mayor incidencia en raza negra) y los antecedentes familiares. También cabe destacar que en países de Europa y Norteamérica existe mayor número de casos que en Asia o Centroamérica debido al empleo de mejores pruebas de diagnóstico, el estilo de vida o la alimentación. La obesidad, el tabaquismo y la vasectomía, que aumenta la concentración de testosterona libre, son otros factores a tener en cuenta ^{1,6,9,10}.

Respecto al tipo histológico, un 95% son adenocarcinomas primarios que pueden llegar a comprimir la uretra y obstruir el flujo urinario. Aunque muchas veces tiene una presentación asintomática, la clínica más frecuente consiste en hematuria, disuria, nicturia y lentitud del flujo urinario. La primera manifestación de la metástasis es el dolor óseo ^{3,9,11}.

La *American Cancer Society* recomienda realizar controles preventivos a todos los varones mayores de 50 años. El antígeno prostático específico (PSA) en sangre es un marcador tumoral que indica una mayor probabilidad de tener CP cuando es mayor de 4 ng/ml. Asimismo, el examen digital del recto o la ecografía transrectal son otros métodos de diagnóstico que, junto con el PSA, constituyen la forma más eficaz de llevar a cabo una detección precoz; siendo esta la razón del notable aumento de la incidencia del CP y su menor mortalidad ^{3,12,13}.

A pesar de ello, el diagnóstico definitivo se obtiene una vez realizada la biopsia de próstata. Con este resultado se da una puntuación Gleason, con valores de 2 a 10, que indica la rapidez con la que puede propagarse el cáncer. Además, se emplea, como en otros tipos de cáncer, la clasificación que representa el grado

de extensión local, afectación ganglionar y metástasis a distancia (clasificación TNM) ^{9,14}.

La prostatectomía radical (PR) es la forma de tratamiento más frecuente para aquellos tumores localizados. Esta técnica se basa en la extirpación de la próstata, de las vesículas seminales y de una porción de vejiga, junto con la preservación nerviosa de esa zona. La forma tradicional de realizarla ha sido el método abierto, tanto perineal como retropúbica. No obstante, actualmente se tiende a emplear la PR laparoscópica y robótica, ya que producen menor morbilidad y complicaciones ^{1,2,6,9,14}.

Con la resección transuretral de la próstata se elimina parte de la glándula prostática a través de la uretra y su finalidad principal es disminuir la obstrucción del flujo urinario. Además del tratamiento quirúrgico, existen otros como la radioterapia, externa o la braquiterapia. Al ser una neoplasia hormonodependiente, la supresión androgénica o castración se emplea para disminuir los niveles de testosterona. En los casos de CP diseminado se usa como tratamiento paliativo junto con la radioterapia, siendo capaz de disminuir el riesgo de fractura ósea y fracaso renal. El CP tiene un crecimiento lento, por lo que en varones de edad avanzada o con problemas graves de salud se opta por una vigilancia activa ^{1,2,6,9,14}.

Las complicaciones más comunes de la PR son la disfunción erétil (DE) e incontinencia urinaria (IU). Ambas provocan un fuerte impacto negativo en la vida de los pacientes y familiares, por lo que es realmente importante la actuación enfermera para disminuir sus efectos. La *International Continence Society* define IU como la manifestación de un escape involuntario de orina. La mayoría de los casos presentan una IU pasajera, que mejora con el tiempo. Aún con todo, se recomienda realizar una valoración al año de la intervención quirúrgica, en la cual se empela el *Pad Test* para hacer objetivo el análisis mediante la cuantificación del número de compresas que el paciente usa a lo largo de un día ^{2,15-18}.

La IU de esfuerzo es el tipo más frecuente en pacientes sometidos a PR, que además está influenciada por la edad del paciente, la presencia previa de incontinencia o el tipo de PR, pudiendo variar su prevalencia del 2,5 al 87%. Existen distintas formas para conseguir el control de la continencia, el más extendido, por su comprobada eficiencia, son los ejercicios del suelo pélvico (SP) o de Kegel, que se pueden acompañar con biofeedback o electroestimulación.

Además, el mercado cuenta con una gran cantidad de dispositivos para minimizar estos escapes. En los casos más graves se puede recurrir a tratamiento quirúrgico, con la colocación de un esfínter artificial. Es por ello por lo que a este tipo de incontinencia se le atribuyen grandes gastos sanitarios y económicos ¹⁵⁻¹⁸.

En la actualidad, con el envejecimiento de la población, la posibilidad de prevención secundaria y la mejora en tratamiento, el paciente necesita tener en cuenta su calidad de vida después de todo este proceso.

Este trabajo surge como consecuencia de la necesidad del trabajo conjunto del personal de enfermería y los pacientes que sufren IU, para conseguir controlar la continencia y mejorar su autoestima.

2. Objetivo

Realizar un programa de Educación para la Salud dirigido a pacientes con IU intervenidos de próstata.

3. Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica, entre enero y marzo de 2016, sobre la IU masculina y el CP. El principal propósito de esta revisión fue poseer una actualización del tema para resaltar su trascendencia social.

Los resultados de esta búsqueda bibliográfica, realizada en bases de datos como Cuiden, ScienceDirect, Pubmed y Dialnet, se detallan en la tabla 1. Las palabras claves empleadas han sido “cáncer de próstata”, “prostatectomía”, “calidad de vida”, “incontinencia urinaria”, “tratamiento”, “epidemiology”, “nursing”, entre otras. La búsqueda está acotada a artículos de menos de 10 años de antigüedad; también se ha limitado a texto completo y por idioma, en inglés y español. Los operadores booleanos usados han sido AND y NOT.

Tabla 1. Revisión bibliográfica de artículos sobre incontinencia urinaria y cáncer de próstata en bases de datos.

Bases de datos	Palabras claves	Limitaciones	Artículos encontrados	Artículos usados
Cuiden	"Cáncer de próstata" AND "prostatectomía"	Texto completo	7	1
	"Cáncer de próstata" AND "calidad de vida"	Años 2010-2016	4	1
ScienceDirect	"Cáncer de próstata" AND "incontinencia urinaria" AND "enfermería"	2010-2014	5	2
	"Cáncer de próstata" AND "tratamiento" AND "incontinencia urinaria"	2005-2016	270	7
PubMed	("urinary incontinence" AND "nursing") AND ("treatment" AND "prostate cancer")	Free full text	6	0
	("urinary incontinence" AND "men") AND ("treatment" NOT "drug") AND "prostate"	Free full text 2011-2016	67	2
Dialnet	("incontinencia urinaria" AND "prostata") AND ("tratamiento" NOT "farmacos")		32	5

Además, se han empleado otros motores como Google Académico, AlcorZe y páginas web oficiales de incontinencia y de cáncer. Por ejemplo, las guías de la *European Association of Urology* se obtuvieron en la página web de la Asociación Española de Urología. Por último, esta revisión se ha complementado con la consulta de distintos libros disponibles en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza. A lo largo de este trabajo se citarán los ejemplares consultados, que también se recogen en la bibliografía.

Tras la revisión bibliográfica se elaboró un programa de Educación para la Salud para la IU. La metodología empleada para el mismo se describe a continuación, mientras que los recursos humanos, materiales y estrategias se encuentran detallados en el apartado 4.2.

La captación se realiza mediante carteles informativos colocados en diversos lugares estratégicos de Zaragoza: las consultas de urología, tanto del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) como de los centros médicos de especialidades Ramón y Cajal y San José, y en las consultas de enfermería del centro de salud Torre Ramona, por ser donde van a tener lugar las sesiones¹⁹ (anexo 1).

Unos días antes de comenzar se enviará una carta a modo de bienvenida a los participantes (anexo 2). El programa completo constará de cuatro sesiones, una cada semana, dando tiempo suficiente para asimilar y poner en práctica lo aprendido en ellas. El grupo se reunirá por las mañanas en la sala multiusos del centro de salud y durante dos horas se expondrán las actividades organizadas.

4. Desarrollo

4.1. Diagnóstico

Se va a optar por una educación grupal dirigida específicamente a los varones que sufren IU. Así, al estar con otras personas que tienen el mismo problema, se esperan mejores resultados, por tener la posibilidad de compartir sus experiencias y puntos de vista.

El lugar elegido para realizar el programa es el centro de salud Torre Ramona de Zaragoza, situado en el barrio de las Fuentes. Tiene una población de aproximadamente 42.610 habitantes, de los cuales 20.849 son hombres, cuya edad media son los 44 años. Este centro de salud pertenece al Sector Zaragoza II, siendo el hospital de referencia el HUMS, por lo que la captación de pacientes se centra en dichas áreas^{19,20}.

El personal de enfermería será el encargado principal de preparar estas sesiones, por ello se identifican los diagnósticos de enfermería asociados a esta situación. Los dos principales son “conocimientos deficientes” e “IU de esfuerzo”, pero también se van a tratar otros aspectos derivados este segundo

diagnóstico, como el deterioro de la interacción social, la baja autoestima o la disfunción sexual²¹⁻²³ (anexo 3).

Para comenzar a trabajar en estos diagnósticos, se va a dar preferencia al de IU, por ser el de mayor impacto y del que se desencadenan el resto.

4.2. Planificación

4.2.1. Objetivos

Objetivo principal: Proporcionar recursos para que los pacientes controlen los escapes de orina.

Objetivos específicos:

- Educar en los diversos aspectos de su nueva situación para tener mayor conocimiento de la IU.
- Informar a los pacientes sobre los distintos dispositivos para el control de la incontinencia.
- Promover la realización de los ejercicios del SP al menos media hora cada día.
- Fomentar la confianza en sí mismos cuando se encuentren en ambientes públicos.

4.2.2. Población diana

Este programa va dirigido a hombres de entre 55 y 70 años, principalmente población activa, que tras la PR han desarrollado IU. Se pretende conseguir un grupo de quince integrantes para así colaborar en la cercanía de los pacientes, evitando sentimientos de vergüenza.

4.2.3. Recursos

Los recursos humanos constan de la participación de dos enfermeros que son los encargados principales del programa. Uno con experiencia en la planta de urología del HUMS, y otro que trabaje en el centro de salud. Además, un fisioterapeuta colaborará a la hora de realizar los ejercicios de SP; y un psicólogo en la tercera sesión, para tratar el tema de autoconcepto, consiguiendo de este modo un enfoque multidisciplinar.

Como material, se precisa una sala que contará con diecisiete sillas con brazo de escritura, una mesa con un ordenador, una pizarra blanca, un rotulador rojo y un proyector; todo ello prestado por el centro de salud. Por otro lado, los organizadores están a cargo de traer un paquete de folios, cuestionarios y evaluaciones finales impresos para cada uno de los asistentes, bolígrafos y los carteles que se coloquen en las consultas.

El fisioterapeuta se encargará de facilitar las esterillas de yoga y el aparato de biofeedback. También se dispondrá de dos tipos de pinzas peneanas, tras la previa puesta en contacto con las casa comerciales y que serán subvencionadas por el HUMS. El presupuesto final del programa, detallado a continuación en la tabla 2, supone un total de 557 euros; teniendo en cuenta que se pagará 60 euros a cada profesional por sesión.

Tabla 2. Presupuesto del programa de Educación para la Salud en varones con incontinencia tras prostatectomía.

Material	Presupuesto
Paquete de folios	3,5 €
Cuestionarios (x30)	2,1€
Evaluaciones (x15)	1,05€
Bolígrafos (x16)	4,35€
Carteles (x12)	1,8€
Diario miccional (x15)	3,15€
Folleto ejercicios SP (x15)	1,05€
Recursos humanos	540€
TOTAL	557€

Una semana antes de comenzar la primera sesión, se reunirán los enfermeros encargados con el fisioterapeuta y el psicólogo, para poner en común la información recogida durante los últimos días, así como para visualizar los vídeos elegidos que servirán de apoyo a las sesiones, tanto prácticas como teóricas.

4.2.4. Estrategia

Al comenzar cada sesión, se elegirá a un portavoz del grupo. En los últimos cinco minutos, se reunirá con los profesionales para comentar la opinión del resto del grupo sobre las actividades realizadas. La orientación de las sillas será en semicírculo, para que sea más fácil la comunicación del grupo con los docentes.

Como métodos indirectos, empleados en la captación, se ha recurrido a los carteles y cartas circulares, por ser los que llegan a una población más amplia. Sin embargo, en las sesiones se utilizarán diversas técnicas educativas, como por ejemplo, cuestionarios, vídeo con discusión, describir qué transmite una foto o demostración con entrenamiento.

4.2.5. Actividades

A continuación se describen las sesiones que conforman este programa, que además se encuentran resumidas en la carta descriptiva (anexo 4).

Sesión 1: ¿Por qué soy yo quien tiene incontinencia urinaria?

Al comenzar esta primera sesión, tanto enfermeros como participantes se presentarán al resto del grupo. Los participantes deberán decir, además de su nombre, su edad, a qué se dedican y por qué han decidido venir a las charlas. De esta manera, en los diez primeros minutos se conseguirá una toma de contacto inicial, que colaborará en la creación de un ambiente más próximo.

Antes de empezar con la teoría preparada, se entregará una encuesta para valorar en cinco minutos qué nivel de conocimientos tiene cada participante sobre la IU (anexo 5).

Con la ayuda de un power point, el enfermero que trabaja en urología dará una clase de cuarenta y cinco minutos centrándose en la anatomía y fisiología del aparato urinario masculino y de los músculos del periné. Para una mayor comprensión se pondrá un vídeo y se hará uso de la aplicación *Biodigital Human*²⁴⁻²⁶.

Se pasará un cuestionario, que combina preguntas del International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF), the King's Health Questionnaire y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF). Con ello se

pretende unificar la visión que tiene cada uno de los asistentes sobre este problema ²⁷ (anexo 6).

Con la ayuda de una presentación en power point de unos veinte minutos, se resaltará la importancia de los colectores peneanos, los absorbentes o pañales, y de las pinzas peneanas. Se enseñarán dos modelos de este tipo de pinzas, incidiendo en su correcta utilización ^{24,28}.

Por último, se pedirá a los asistentes que en sus casas realicen el control rectal, explicándoles el correcto modo de hacerlo. De esta manera los participantes irán adquiriendo conciencia de los músculos del periné ²⁸.

Sesión 2: Si ejercito mi suelo pélvico, controlo los escapes de orina.

Se dejarán los primeros cinco minutos para dudas de la sesión anterior. Se repartirá a cada paciente una esterilla de yoga y antes de empezar con los ejercicios el enfermero explicará en veinte minutos la técnica de relajación de Jacobson ²⁹.

El fisioterapeuta se irá pasando uno a uno educándolos en la adecuada realización de los ejercicios de Kegel o cinesiterapia. Antes de comenzar, él será quién haga una demostración de cómo tienen que ser estas contracciones, con apoyo de material audiovisual ^{24,28-30}. Durante una hora se harán tandas de quince contracciones intercalándolas con periodos de descanso.

Para finalizar, se entregará un diario miccional, en el que recogerán lo relacionado con los escapes de orina de tres días consecutivos ²⁷ (anexo 7).

Sesión 3: Biofeedback: ¿Qué es y cómo me puede ayudar con la incontinencia?

Para tener mayor control sobre estos músculos del periné, el fisioterapeuta traerá el aparato de biofeedback al centro de salud. Se harán grupos de cinco personas y mediante sesiones individuales de diez minutos, el paciente irá realizando los ejercicios de Kegel a la vez que se le conecta un electrodo rectal ^{24,28,29}.

Sesión 4: No estoy solo ante la incontinencia.

En primer lugar y como en otras sesiones, se dejan unos minutos para resolver dudas sobre lo visto anteriormente. Esta vez los enfermeros contarán con la ayuda de un psicólogo para abordar los temas de autoestima, repercusiones sociales de la IU, como el olor, y la DE ²⁷.

Se dispondrá de setenta minutos para las siguientes actividades. Se hacen tres grupos, cada uno elige una foto de las cinco que se ponen en el proyector y explicarán porqué la escogen, qué les transmite y si se sienten identificados. Además, se les pedirá que compartan con el resto alguna mala experiencia en público y cómo se sintieron. Por parte del psicólogo se ofrecerá una charla sobre cómo mejorar la visión de estos pacientes sobre sí mismos. Los enfermeros explicarán la DE, promoviendo el esfuerzo y el apoyo mutuo de la pareja ²⁸.

Para recapitular todo lo visto durante estos días, se hará un coloquio por parte de los profesionales y participantes, incidiendo en los ejercicios de SP, en mantener una actitud positiva y en que no dejen de hacer actividades lúdicas por miedo a la incontinencia. Se hará entrega de un folleto donde se expliquen varios tipos de ejercicios de SP, para que tengan material de apoyo en sus domicilios ³⁰ (anexo 8).

En los veinte últimos minutos se pasará una encuesta de evaluación anónima para valorar la percepción de los asistentes sobre el programa de salud y la utilidad del mismo (anexo 9).

4.2.6. Cronograma

A continuación, en la tabla 3 se incluye el diagrama de Gantt, que refleja la estructura y duración de este programa, desde la captación de los asistentes hasta la evaluación final del mismo.

Tabla 3. Diagrama de Gantt del programa de Educación para la Salud en varones con incontinencia tras prostatectomía.

	Mes	Mayo					Junio				Julio			
		Semana	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3
Actividades														
Captación				1	2									
Preparación de recursos					3									
Inscripción						4	5							
Reunión de los profesionales											1			
Elección estrategias											2			
Sesión 1											3			
Sesión 2											4			
Sesión 3											1			
Sesión 4											2			
Evaluación final											3			

5. Evaluación y conclusiones

Durante toda la duración del programa, se realizará una evaluación continua. Por una parte, se recurrirá a las encuestas, explicadas anteriormente, y por otra, a las opiniones que da el portavoz del grupo al finalizar cada sesión. La evaluación final consistirá en una encuesta tipo Likert, que determinará si los objetivos propuestos se han alcanzado o si es necesario realizar modificaciones.

Algunos autores coinciden en que los resultados respecto a la continencia en pacientes que ejercitan el SP son similares a los de pacientes que no hacen esta rehabilitación. Sin embargo, si se tiene en cuenta el aspecto psicosocial de los varones, los resultados serán más satisfactorios en aquellos que realizan cinesiterapia, no solo porque se alcanzará antes la continencia, sino también porque al participar en los ejercicios, aprenden a convivir con ella ^{15,31}.

Con la puesta en marcha de estas sesiones grupales, los pacientes:

- Ampliarán sus conocimientos sobre la IU y los dispositivos para controlarla.
- Sabrán cómo ejercitarse diariamente de manera correcta los músculos del periné.
- Tendrán mayor confianza en sí mismos tras la verbalización de sus miedos respecto a la IU.

6. Bibliografía

1. Araújo JS, Conceição VM, Oliveira RAA, Zago MMF. Social and clinical characterization of men with prostate cancer treated at a University hospital. *Rev Min Enferm [Internet]*. 2015 [acceso 5 de febrero de 2016]; 19(2): 204-210. Disponible en: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1015>
2. Morote J, Maldonado X, Morales-Bárrera R. Cáncer de próstata. *Med Clin [Internet]*. 2016 [acceso 5 de febrero de 2016]; 146(3): 121-127. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S002577531500041X>
3. Granado de la Orden S, Saá Requejo C, Quintás Viqueira A. Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. *Actas Urol Esp [Internet]*. 2006 [acceso 5 de febrero de 2016]; 30(6): 574-582. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062006000600004&script=sci_arttext
4. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte, año 2013. INE [Internet]. 2015; [acceso 5 de febrero de 2016]; 1-8. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
5. Regidor E, Gutiérrez-Fisac J. Patrones de mortalidad en España, 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015 [Internet]. 2013; Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/PatronesMortalidadEspana2012.pdf>
6. Vera Donoso CD. El tratamiento del cáncer de próstata: Presente y futuro, realidades y posibilidades. *Actas Urol Esp [Internet]*. 2007 [acceso 5 de febrero de 2016]; 31(6): 575-579. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062007000600001&script=sci_arttext
7. Miñana B, Rodríguez-Antolín A, Gómez-Veiga F, Hernández C, Suárez JF, Fernández-Gómez JM, et al. Tendencias de tratamiento en el cáncer de próstata clínicamente localizado. Análisis poblacional a nivel nacional: grupo GESCAP. *Actas Urol Esp [Internet]*. En prensa 2015 [acceso 5 de febrero de 2016]; (xx). Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210480615002454>

8. Pakzad R, Mohammadian-Hafshejani A, Ghoncheh M, Pakzad I, Salehiniya H. The incidence and mortality of prostate cancer and its relationship with development in Asia. *Prostate Int* [Internet]. 2015 [acceso 18 de febrero de 2016]; 3(4): 135-140. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685206/>
9. American Cancer Society. Cáncer de próstata [Internet]. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015 [acceso 12 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003073-pdf.pdf>
10. Bellmunt Molins J. Cáncer de próstata. Madrid: Arán; 2007.
11. Bobé Armant F, Buil Arasanz ME, Allué Buil AI, Vila Barja J. Patología prostática. *FMC* [Internet]. 2005 [acceso 5 de febrero de 2016]; 12(3): 7-28. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207205713116>
12. Ramos C, Fulla J. Detección precoz de cáncer de próstata. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2013 [acceso 18 de febrero de 2016]; 24(4): 654-659. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702049>
13. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. Guía de la EAU sobre el cáncer de próstata. Parte I: Cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer clínicamente localizado. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2011 [acceso 5 de febrero de 2016]; 35(9): 501-514. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480611001884>
14. Sociedad española de oncología médica (SEOM) [sede web]. Madrid [acceso 18 de febrero de 2016]. Cáncer de próstata. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/genitourinario/prostata>
15. Mallol-Badellino J, Sánchez-Fabero A, Mateo-Lozano S, Martín-Baranera M, Moreno-Atanasio E, Tinoco-González J. Resultados en la calidad de vida y la severidad de la incontinencia urinaria tras

- rehabilitación en varones prostatectomizados por neoplasia de próstata. *Rehabilitacion* [Internet]. 2015 [acceso 18 de febrero de 2016]; 49(4): 210-215. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0048712015000304>
16. Oliva FJD, Romeo JPC, Serrado DG, Chaparro LP, Rubias CC, Sempere SC, et al. Incontinencia urinaria tras prostatectomía radical: evolución histórica de la técnica quirúrgica y estado actual del resultado funcional. *Arch Esp Urol* [Internet]. 2009 [acceso 18 de febrero de 2016]; 62(10): 809-818. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142009001000005
17. Orsola A, Morote J. Epidemiología de la incontinencia urinaria en el cáncer de próstata. Incidencia, calidad de vida y aspectos farmacoeconómicos. *Arch Esp Urol* [Internet]. 2009 [acceso 18 de febrero de 2016]; 62(10): 786-792. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0004-06142009001000003&script=sci_abstract
18. Bicalho MB, Lopes MHB de M. The impact of urinary incontinence of the lives of wives of men with incontinence: An integrative review. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2012 [acceso 18 de febrero de 2016]; 46(4): 1009-1014. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400032&lng=en&nrm=iso&tlang=en
19. Servicio aragonés de salud. Sector Zaragoza II [sede web]. Zaragoza [acceso 18 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/>
20. Dirección de Organización Municipal, Eficiencia Administrativa y Relaciones con los Ciudadanos. Cifras de Zaragoza 2016-1, datos demográficos del padrón municipal [Internet]. Ayuntamiento de Zaragoza; 2016 [acceso 18 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.zaragoza.es/contenidos/estadistica/Cifras-Zaragoza-2016-1.pdf>
21. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

22. Bulecheck GM, Butcher HK, McCloskey-Dechterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5^a ed. Madrid: Elsevier; 2009.
23. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
24. Resel Estévez L, Moreno Sierra J. Atlas de incontinencia urinaria. Madrid: SmithKine Beecham; 2000.
25. Observatorio Nacional de la Incontinencia [sede web]. Madrid [acceso 15 de marzo de 2016]. Soy paciente, vídeo informativo. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/video_informativo.php
26. Biodigital human [sede web]. Nueva York: 2016 [acceso 2 de abril de 2016] Disponible en: <https://human.biodigital.com/index.html>
27. Asociación española de urología, AEU [sede web]. Madrid: Aeu.es [acceso 11 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.aeu.es/default.aspx>
28. Martín Ruiz MJ, Escrivá de Romaní Vereterra A. Tratamiento en consulta de enfermería de urología de las dos secuelas más frecuentes en pacientes sometidos a prostatectomía radical. Enfuro [Internet]. 2014 [acceso 15 de marzo de 2016]; (126): 30-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5015927>
29. Serdà BC, Vesa J, del Valle A, Monreal P. La incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: diseño de un programa de rehabilitación. Actas Urol Esp [Internet]. 2010 [acceso 15 de marzo de 2016]; 34(6): 522-530. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0210480610000951>
30. Vila Coll MA, Gallardo Guerra MJ. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. Semer [Internet]. 2005 [acceso 20 de marzo de 2016]; 31(6): 270-283. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1138359305729270>
31. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria.

Actas Urol Esp [Internet]. 2013 [acceso 18 de febrero de 2016]; 37(4):
199-213. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021048061200410X>

7. Anexos

Anexo 1

Cartel informativo. Elaboración propia

DESTINATARIOS
Hombres
intervenidos de
prostatectomía
entre **55-70** años,
con **incontinencia**
urinaria

LUGAR
C.S Torre Ramona
(Zaragoza)

Calle de la Petunia
50013



INCONTINENCIA URINARIA ¿CÓMO LA CONTROLO?



SESIONES
Martes 28 Junio
Martes 5 Julio
Martes 12 Julio
Jueves 21 Julio

HORARIO
10.30-12.30

INSCRIPCIÓN
23 Mayo- 6 Junio
incontinencia_enfermera
@hotmail.com
976 444 654

15 PLAZAS
Te mandaremos un correo para confirmartu solicitud

Anexo 2

Carta circular. Elaboración propia

¡Bienvenido!

En primer lugar, agradecerle su interés en nuestro programa de Educación para la Salud.

Nuestro principal objetivo es que todos los que asistan aprendan a realizar de manera correcta los ejercicios del suelo pélvico y que conozcan la gran cantidad de dispositivos que existen hoy en día para evitar estas pérdidas de orina.

Para ello vamos a contar con la colaboración de profesional sanitario, enfermeros y fisioterapeutas, además de un psicólogo. Durante las cuatro semanas que dura el programa, tiene a estos profesionales a su disposición, no dude en contactar con ellos ante cualquier problema que le surja.

Por último, recordarle que en ningún momento debe tener sentimientos negativos por asistir a estas sesiones. En el grupo hay personas que se encuentran en su misma situación, que le comprenden y le apoyan.

Un saludo

Anexo 3

Diagnósticos de enfermería. Elaboración propia

Diagnósticos de enfermería NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones NIC
00126 Conocimientos deficientes r/c nueva situación de salud m/p verbalización del problema	1813 Conocimiento: régimen terapéutico	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c válvula vesical incompetente m/p informes de perdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al estornudar, toser o reír	0502 Continencia urinaria 0503 Eliminación urinaria	0560 Ejercicios de suelo pélvico 0600 Entrenamiento del hábito urinario 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria
00059 Disfunción sexual r/c cirugía m/p alteraciones en la consecución del papel sexual percibido	0119 Funcionamiento sexual	5248 Asesoramiento sexual 5820 Disminución de la ansiedad
00120 Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p verbalizaciones autonegativas	1200 Imagen corporal 1205 Autoestima	5400 Potenciación de la autoestima 5270 Apoyo emocional
00052 Deterioro de la interacción social r/c trastorno del autoconcepto m/p observación de malestar en las situaciones sociales	1502 Habilidades de interacción social 1503 Implicación social	5100 Potenciación de la socialización 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales

Anexo 4

Carta descriptiva. Elaboración propia

Sesión	Objetivo	Metodología	Descripción	Recursos	Lugar	Duración	Evaluación
Sesión 1: ¿Por qué soy yo quien tiene incontinencia urinaria?	Entender la anatomía del suelo pélvico Conocer qué dispositivos existen para controlar la incontinencia	Presentación del grupo Encuesta Power point Cuestionario Clase informativa	Recuerdo anatómico del aparato urinario Enseñar los dispositivos urinarios	Dos enfermeros Sillas Ordenador Proyector Pinzas peneanas	Sala multiusos del centro de salud	2 horas	Encuesta nivel de conocimientos Cuestionario de incontinencia y disfunción eréctil
Sesión 2: Si ejercito mi suelo pélvico, controlo los escapes de orina	Promover la realización de los ejercicios del suelo pélvico	Preguntas y dudas Demostración con entrenamiento	Aprendizaje de la técnica de relajación de Jacobson y de los ejercicios de suelo pélvico	Enfermero Fisioterapeuta Esterillas de yoga Diario miccional Ordenador Proyector	Sala multiusos del centro de salud	2 horas	Observación por los profesionales de la correcta realización de los ejercicios
Sesión 3: Biofeedback: ¿Qué es y cómo me puede ayudar	Tener mayor conciencia sobre la	Entrenamiento	Sesiones individuales usando el aparato	Enfermero Fisioterapeuta	Sala multiusos	2 horas	Comprobación del correcto uso

con la incontinencia?	contracción de los músculos			biofeedback, bajo el control del fisioterapeuta	Esterillas de yoga Aparato de biofeedback	del centro de salud		del aparto por el fisioterapeuta
Sesión 4: No estoy solo ante la incontinencia	Aumentar la autoestima y confianza Conocer cómo afrontar la disfunción eréctil	Preguntas dudas y Debate Encuesta		Explicación sobre la disfunción eréctil Trabajar de manera grupal la autoestima Resumen de lo más importante de todas las sesiones	Dos enfermeros Psicólogo Sillas Proyector Ordenador Folleto	Sala multiusos del centro de salud	2 horas	Encuesta valoración final

Anexo 5

Encuesta de nivel de conocimientos Elaboración propia

Cuando fue intervenido de próstata, ¿cuál era el nivel de información que le dieron acerca de la incontinencia urinaria?

¿Sabría explicar cuál es la función de la próstata?

¿Entiende cómo está relacionada la prostatectomía con la incontinencia urinaria?

¿Puede localizar los músculos del periné?

¿Conoce otros factores que pueden aumentar la incontinencia?

¿Qué dispositivos conoce para evitar los escapes de orina?

Anexo 6

Cuestionario incontinencia urinaria. Elaboración propia a partir de la fuente ²⁷: Asociación española de urología, AEU [sede web]. Madrid: Aeu.es [acceso 11 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.aeu.es/default.aspx>

¿Con qué frecuencia pierde orina?

- Nunca
- Una vez a la semana
- 2-3 veces/semana
- Una vez al día
- Varias veces al día
- Continuamente

Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no).

- No se me escapa nada
- Muy poca cantidad
- Una cantidad moderada
- Mucha cantidad

¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?



¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

¿Cómo describiría su salud en este momento?	Muy mala	Mala	Buena	Muy buena
¿Cuánto cree que le afecta la incontinencia urinaria en su vida?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
¿Estos escapes de orina le afectan en el trabajo, en las actividades físicas o en su vida social?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
¿Los escapes de orina le afectan en su actividad sexual?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
¿Los escapes de orina le afectan en su vida familiar?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
¿La incontinencia urinaria le hace sentirse deprimido o sentirse mal consigo mismo?	Nunca	A veces	Bastante	Siempre
¿Usa pañales para mantenerse seco?	Nunca	A veces	Bastante	Siempre
¿Se preocupa por el olor que pueden ocasionar estos escapes?	Nunca	A veces	Bastante	Siempre

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia...					
Logró una erección durante la actividad sexual?	Sin actividad sexual	Nunca	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
Resultó satisfactoria para usted la actividad sexual?	Sin actividad sexual	Nunca	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
¿Cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?	Sin actividad sexual	Muy difícil	Regular	Difícil	Sin dificultad
¿Cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener una erección?	Nula	Baja	Regular	Alta	Muy alta

Anexo 7

Diario miccional. Fuente ²⁷: Asociación española de urología, AEU [sede web]. Madrid: Aeu.es [acceso 11 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.aeu.es/default.aspx>

Anexo 8

Folleto ejercicios del suelo pélvico. Fuente ³⁰: Vila Coll MA, Gallardo Guerra MJ. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. Semer [Internet]. 2005 [acceso 20 de marzo de 2016]; 31(6): 270-283. Disponible en:<http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S138359305729270>

En posición de descarga de la pelvis debemos estar unos 5 minutos antes de iniciar los ejercicios del suelo pélvico, para ello colocamos al paciente estirado sobre una colchoneta, mejor que en una zona blanda, en posición supina, con las rodillas dobladas a 90 grados, apoyadas encima de un taburete y con un cojín debajo de la pelvis. Se ha de enseñar al paciente a contraer el perineo de forma activa y a voluntad, sin la participación de otros grupos musculares como abductores, abdominales o glúteos que tienen un efecto antagonista. A continuación, con las rodillas flexionadas y ligeramente separadas, iniciar una serie de 5 inspiraciones profundas abdominales, efectuando la entrada de aire por la nariz, seguida de expulsión suave y lenta por la boca, hasta llegar a un punto máximo, con ello movilizaremos el diafragma hacia el tórax y conseguimos que las presiones dentro del abdomen se inviertan (fig. 3).

La realización de ejercicios en diferentes posturas nos permitirá adaptarnos a los condicionantes del paciente a la vez que variar las influencias de la gravedad minimizándola en posición "decúbito", o con una máxima influencia en posición "de pie".

Se recomienda no enseñar al paciente un segundo ejercicio hasta habernos cerciorado de que el anterior se realiza correctamente.

Primer ejercicio. Se realizará estirado en posición de decúbito supino y con ambas rodillas flexionadas y ligeramente separadas, con las plantas de los pies apoyadas en el suelo (fig. 4). Se inicia una inspiración por la nariz lentamente, hinchando la barriga (respiración abdominal), a continuación una espiración por la boca lentamente, al mismo tiempo de la espiración, una contracción de cierre hacia arriba del ano. Una vez terminada la espiración unos momentos de relajación y empezar nuevamente el ejercicio hasta completar las repeticiones que se han propuesto.

El número de repeticiones de un ejercicio ha de ser creciente gradualmente pero evitando la fatiga muscular que comporta la utilización de un músculo hipotónico.

El objetivo a conseguir es la realización de treinta repeticiones repartidas en tres bloques de diez, intercalando en cada bloque un descanso de uno o dos minutos.

Segundo ejercicio. Se realiza en la misma posición que el primero pero con una variación, la extensión de una rodilla y dejamos la otra flexionada como en la posición anterior (fig. 5). En esta posición realizaremos una inspiración profunda abdominal por la nariz seguida de la espiración lenta por la boca con una contracción mantenida,

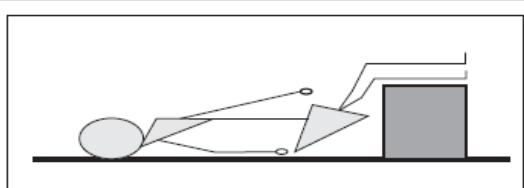


Figura 3. Estirado, en posición decúbito supino para la descarga del suelo pélvico.

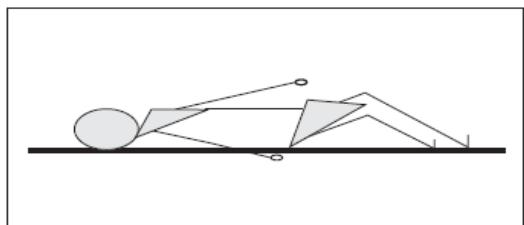


Figura 4. Estirado, en posición decúbito supino y piernas semiflexionadas.

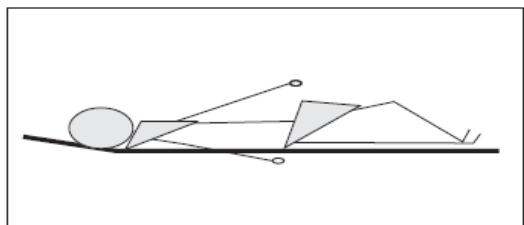


Figura 5. Estirado, en posición decúbito y una pierna semiflexionada.

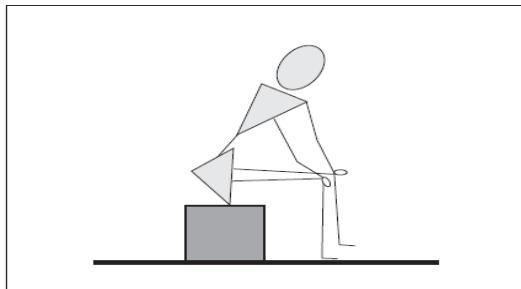


Figura 6. Sentado, con el tronco unos 30-40 grados hacia delante y las manos en las rodillas.

mientras dure la espiración, de la musculatura del suelo de la pelvis.

Tercer ejercicio. Se realiza en la misma posición anterior pero alternando la posición de las piernas, efectuando el mismo número de repeticiones y con la misma metodología.

Cuarto ejercicio. Se realiza sentada en una silla o taburete, separando ligeramente las rodillas, éstas han de estar a la misma altura que las caderas, con el tronco inclinado hacia delante unos 30 o 40 grados y los brazos descansando encima de las piernas. En esta posición de

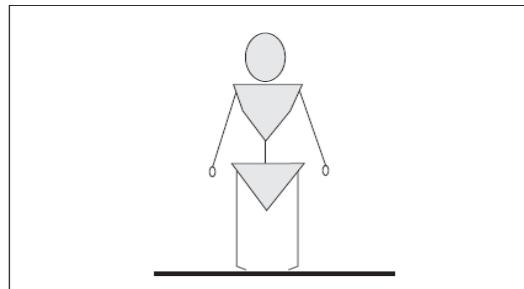


Figura 7. De pie, con las puntas de los pies en rotación interna entre 30 y 45 grados.

base se realiza la contracción de la musculatura del suelo pélvico cerrando el ano (fig. 6). Como en las veces anteriores se mantiene la contracción unos 5 segundos aproximadamente, a continuación relajarse durante unos 10 segundos.

Quinto ejercicio. En posición de bipedestación. Con las piernas ligeramente separadas y los pies en ligera rotación interna, con las puntas de los pies hacia dentro (fig. 7). En esta postura iniciar la contracción de la musculatura del suelo pélvico, mantenerse en esta posición 5 segundos, a continuación relajarse 10 segundos.

Anexo 9

Encuesta evaluación final. Elaboración propia

Puntuación: 1: en desacuerdo

5: de acuerdo

La duración de las sesiones ha sido la adecuada	1	2	3	4	5
La organización entre los docentes en las charlas ha sido correcta	1	2	3	4	5
La actitud de los profesionales ha contribuido positivamente en el aprendizaje	1	2	3	4	5
El material didáctico con el que han dado las sesiones se ha adecuado a lo que cada una de ellas trataba	1	2	3	4	5
Las sesiones se han adecuado a las expectativas que tenía del programa	1	2	3	4	5
La cooperación entre los miembros del grupo ha supuesto un apoyo constante durante estas semanas	1	2	3	4	5
El contenido de las sesiones se ha adecuado a su nivel base de conocimientos	1	2	3	4	5
El aula donde se han hecho las sesiones contaba con los materiales necesarios	1	2	3	4	5
Las actividades prácticas han servido para asentar la teoría	1	2	3	4	5

¿Le han sido útiles estas sesiones?	Sí	No
¿Ha adquirido más confianza a la hora de afrontar este problema?	Sí	No
¿Qué sesión es la que más le servirá para mejorar su calidad de vida?		
¿Quitaría algo de las charlas?	Sí	No
Puntuación global del programa		