

REVISIONES

Programa de Educación para la Salud en pacientes con Prostatectomía Radical

Emma Terrén Pérez,¹ Ana Anguas Gracia^{1,2}

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ²Profesora asociada, Universidad

Manuscrito recibido el 18.3.2016

Manuscrito aceptado el 28.7.2016

Enferm Comun 2018; 14

Cómo citar este documento

Terrén Pérez, Emma; Anguas Gracia, Ana. Programa de Educación para la Salud en pacientes con Disfunción Eréctil secundaria a Prostatectomía Radical. *Enferm Comun* 2018, v.14. Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v14/e10970.php>> Consultado el 22 de Enero de 2019

Resumen

La Prostatectomía Radical es el tratamiento quirúrgico de elección en los adenocarcinomas prostáticos. Conocer las secuelas y complicaciones postquirúrgicas que alteran la calidad de vida del paciente y su pareja permitirá priorizar en la planificación de sus cuidados. Una dimensión de calidad de vida muy valorada por estos pacientes es la función eréctil, estrechamente ligada a la preservación de las bandeletas neurovasculares en la cirugía. Su no conservación aumenta considerablemente las cifras de disfunción eréctil, enfocando nuestros cuidados a paliar sus efectos psico-fisiológicos. Con este programa de salud pretendemos disminuir las alteraciones de calidad de vida derivadas de la presencia de disfunción eréctil tras una prostatectomía radical, analizando, mediante un estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo su incidencia y la frecuencia y efectividad de cada línea terapéutica. Sus resultados avalan la necesidad de un programa de Educación para la Salud, basado en evidencia científica y fundamentado en los diagnósticos NANDA observados.

Palabras clave: Autocuidado/ Atención de Enfermería/ Educación en Salud/ Neoplasias/ Disfunción eréctil/ Terapia de modalidad combinada.

Abstract (Program Health Education for patients with radical prostatectomy)

Radical prostatectomy is the surgical treatment of choice in adenocarcinomas of the prostate. Knowing the consequences and postsurgical complications that alter the quality of life of the patient and his partner will allow prioritization in the planning of his care. A dimension of quality of life highly valued by these patients is erectile function, closely linked to the preservation of neurovascular bundles in surgery. Its non-conservation significantly increases the figures of erectile dysfunction, focusing our care to alleviate its psycho-physiological effects. With this health program we aim to reduce quality of life alterations derived from the presence of erectile dysfunction after radical prostatectomy, analyzing, through a descriptive cross-sectional retrospective study, its incidence and the frequency and effectiveness of each therapeutic line. Its results support the need for a health education program for patients, based on scientific evidence and based on the observed NANDA diagnoses.

Key-words: Self Care/ Nursing/ Education in Health/ Neoplasias/ Erectile Dysfunction/ Combined Modality Therapy

Introducción

La próstata es una glándula que participa en el control urinario, en la producción del líquido prostático (uno de los principales componentes de la esperma), la testosterona y la dihidrotestosterona.¹ Con el envejecimiento del hombre se producen diversos cambios fisiológicos que pueden derivar en un bloqueo de la uretra y/o la vejiga, ocasionando problemas de micción y/o de potencia sexual.²

Para describir la magnitud del cáncer de próstata en España nos hemos apoyado en el informe de la Sociedad Española de Oncología Clínica. Dicho informe nos indica que, en ese mismo año, se situó en el primer lugar en cuanto a incidencia y el tercero en cuanto a mortalidad de Estadística (INE) que, en 2014 publicó los datos correspondientes al año 2012, año en el que se produjeron 6.045 fallecimientos por

Los factores de riesgo relacionados con el cáncer de próstata son multifactoriales, sin embargo, cobran especial importancia los antecedentes familiares y los factores genéticos.⁷ Sus manifestaciones clínicas más predominantes son: disminución del calibre (II nicturia), disuria, hematuria y hematospermia, eyaculación dolorosa y/o dolor en la espalda, caderas o pelvis.⁸

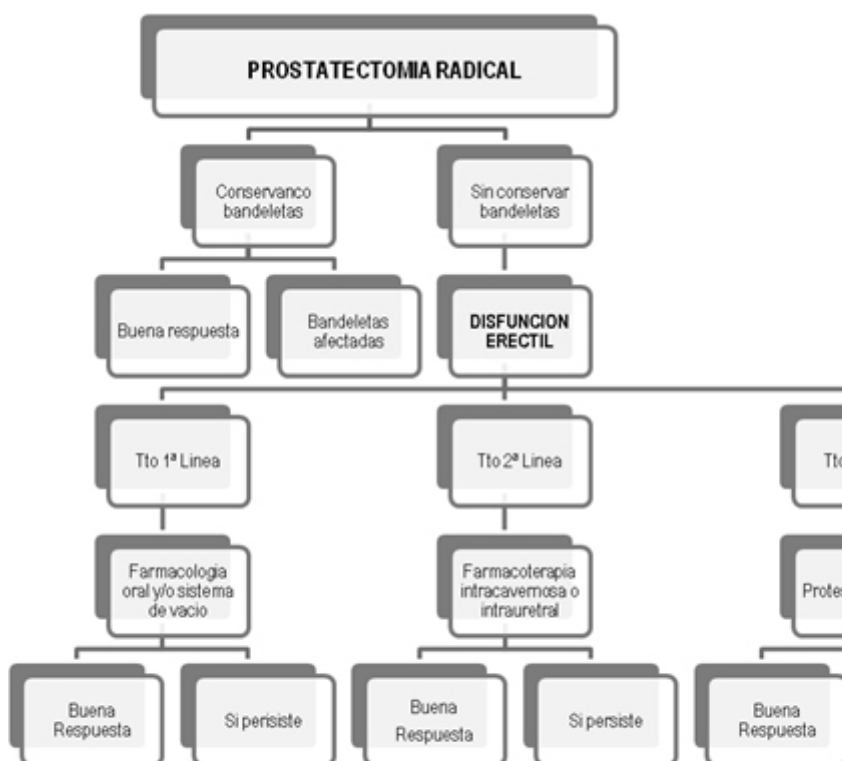
El tratamiento Gold Standard o "patrón de oro" del adenocarcinoma de próstata localizado es la prostatectomía radical, que en algunos casos conserva los ganglios pélvicos, conservando, en la medida de lo posible, los paquetes neurovasculares, con el fin de evitar la disfunción sexual.⁹ Su abordaje puede ser perineal, laparoscópico o retropúbico, siendo este último el más utilizado, por conllevar un menor riesgo de complicaciones.

Tras la intervención (aun preservando las bandeletas) se producen pequeños estiramientos de los nervios erectores al separarlos de la fascia denominada neuroapraxia. También se pueden originar lesiones en las arterias pudendas anómalas, ocasionando una insuficiencia arterial.

Entendemos por disfunción eréctil (DE) la incapacidad persistente o repetida para alcanzar y mantener una erección con suficiente rigidez para producir un impacto en la calidad de vida (CV).¹² Tanto la neuroapraxia como la insuficiencia arterial ocasionan una ausencia de erección en el tiempo.^{13,14}

Actualmente existen tres líneas de tratamiento para estos pacientes con DE secundaria a una prostatectomía radical [Figura 1]. Una línea centrada en los dispositivos de vacío, una segunda línea centrada en las inyecciones intracavernosas y en la combinación terapéutica y una tercera línea centrada en la prostetización.¹⁵

Figura 1. Líneas terapéuticas utilizadas en pacientes con disfunción eréctil.



Fuente: Fabricación propia a partir del artículo "Evaluación y opciones de tratamiento con fallo posterior a la prostatectomía por cáncer localizado de próstata" de Zonaca-F.

La valoración de la salud sexual masculina de los pacientes que van a ser intervenidos de cáncer de próstata, debe realizarse en el momento prequirúrgico. El cuestionario más utilizado es el IIEF-6, basado en el Índice Internacional de la Función Eréctil y diseñado como instrumento de alta sensibilidad y especificidad, siendo validado en España en 2004.¹⁶ Es autoadministrado y consta de 6 ítems con 5 opciones de respuesta.

Justificación

Sabemos que las dos secuelas más importantes que puede producir una prostatectomía radical son la impotencia sexual y la incontinencia urinaria. Estas secuelas afectan al paciente y a su pareja, produciendo una pérdida de la misma por vulneración de las dimensiones que la componen y conforma una enorme preocupación detectada en los pacientes ya intervenidos que se encuentran hospitalizados en periodo postquirúrgico. La necesidad de obtener información relacionada con su futura vida sexual y con la calidad de esta.

Esta preocupación no solo afecta al paciente, también influye en su pareja, y, aunque en el transcurso de la hospitalización esta no de forma tan evidente, sí les preocupa pasados los meses, cuando buscan respuestas a múltiples preguntas.

Con la DE no solo se modifica el rol familiar, también lo hace el rol social, por lo que estas alteraciones propician la aparición de conductas de riesgo.

autoestima, el trastorno de la imagen corporal, la incapacidad de afrontamiento del problema y el patrón sexual inefectivo. Estos dia conductuales del paciente, objetivando su preocupación y miedo ante los cambios en su función sexual, con sentimientos de vergüer hábitos y estilos de vida habituales.¹⁸⁻²¹

La búsqueda de herramientas que nos ayuden a paliar las consecuencias de estas secuelas nos ha llevado a desarrollar este p generadas y mitigar los miedos provocados en los pacientes y en sus parejas.²²

La actualización del tema se ha realizado con una revisión bibliográfica en las bases de datos de PubMed - Medline, Cuiden Plus, señalados con anterioridad. Los límites asignados en la búsqueda han sido todos los artículos en inglés y español cuya antigüedad de

Objetivos

General

Reforzar la autoestima del paciente con DE, asesorando al binomio paciente/pareja sobre los tratamientos existentes, ofreciéndoles to aliviando los síntomas bio-psico-sociales negativos y facilitando su bienestar.

Específicos

1. Determinar la incidencia en DE tras una prostatectomía radical en el servicio de urología del hospital universitario Miguel Serv historias clínicas, durante un periodo de tres meses.
2. Desarrollar un programa de EPS, dirigido a pacientes intervenidos de prostatectomía radical con DE, con el objeto de disminu secuela, en el que también se incluirían a las parejas afectivas de los mismos.
3. Comprobar la frecuencia y efectividad de cada línea terapéutica.
4. Dotar de las herramientas necesarias al personal de enfermería para realizar un correcto seguimiento de estos pacientes, minim

Metodología

Diseño

La primera parte del trabajo la hemos basado en la realización de un estudio observacional descriptivo de corte transversal retr prostatectomía radical y la frecuencia y efectividad de cada línea terapéutica, para, en una segunda parte, crear un Programa de EPS (

Población diana

Pacientes diagnosticados de DE tras una intervención de prostatectomía radical en el servicio de urología del HUMS de Zaragoza y su

Los criterios de inclusión han sido toda población diana que desee participar voluntariamente del programa informativo y que tenga explicados y los tratamientos terapéuticos.

Recogida de datos

Se realizó una revisión sistemática de historias clínicas, de las que se extrajo la incidencia de pacientes diagnosticados de DE y la frec con la autorización de la Subdirección de Enfermería del hospital.

Aspectos éticos

La recogida de datos cumplió con los requisitos de confidencialidad descritos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de C

Resultados

El corte transversal del estudio incluyó todos los pacientes intervenidos de cáncer de próstata a los que se les realizó una prostatector el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de marzo del mismo año.

La elección de estas fechas no fue aleatoria, basando nuestra decisión en una premisa necesaria para poder realizar una correcta val ocho meses tras la intervención quirúrgica, permitiendo realizar correctamente su diagnóstico de certeza.²⁰

El número total de pacientes a los que se les realizó esta cirugía en el periodo de inclusión fue de 26 pacientes, sin embargo, un in historia clínica, al estar ingresado en una institución penitenciaria. Con todo, la población real fue de 25 pacientes.

Para la identificación de la totalidad de pacientes que utilizaron alguna línea de tratamiento terapéutico, se dividió a la población en dos

-Por un lado se unificaron aquellos individuos que no habían querido recibir ningún tratamiento, un total de 10 sujetos. Las razones del tumor, no mantenimiento de relaciones sexuales, edad y/o coste excesivo del tratamiento.

-Por otro lado se unificaron aquellos individuos que sí habían aceptado algún tratamiento, un total de 15 sujetos. Todos ha correctamente en 4 pacientes e ineficazmente en 3. Estos últimos indicaron su negativa a continuar con las líneas terapéuticas su inyección intracavernosa, teniendo una respuesta muy satisfactoria, con erecciones de 20 a 30 minutos y relaciones completas o si

En base a estos datos concebimos el proyecto de Programa de EPS y, aunque el ámbito de aplicación para el que se creó abarcaba t la sección de Andrología del servicio de urología del HUMS, como el Instituto Uro-Andrológico de Zaragoza, somos conscientes de como para todos los pacientes con DE independientemente de su causa.

Descripción del programa

El programa de EPS es una actuación informativa basada en evidencia científica, cuyos pilares fundamentales son los diagnósticos NA

La principal actuación debe encaminarse a mejorar la atención que recibe este tipo de paciente desde un abordaje multidisciplinar ocasionadas.

El rol asignado al personal de enfermería es el de informante y educador, tanto de las secuelas como de las alternativas terapéuticas e grado de importancia que la pareja atribuye a su vida sexual y su grado de implicación con el programa educacional. Para llevarlo a cabo es propicio para la participación, en el que la comunicación sea abierta, flexible y respetuosa. Tanto el paciente como su pareja deberán tener dudas y paliar sus miedos e incertidumbres.

Los objetivos del EPS son:

- Localizar el objetivo más importante que el paciente y su pareja desean conseguir con el tratamiento terapéutico.
- Informar al paciente y a su pareja de los métodos que existen y del proceso que se va a llevar a cabo, para que juntos establezcan en todo momento apoyado.
- Potenciar sus respuestas conductuales positivas, desarrollando su capacidad de afrontamiento ante el problema, al disminuir sus miedos.
- Fortalecer sus hábitos y estilos de vida sexuales anteriores a la disfunción, mejorando la autoestima y confianza, lo que le proporcione bienestar.

Captación

Con el fin de dar una mayor difusión al programa, se enviará información del mismo a todos los pacientes con DE tras una PR, adjunta de inscripción.

Actividades, intervenciones y estrategias

Se desarrollarán terapias individualizadas dirigidas al paciente y a su pareja, utilizando métodos combinados en todas las sesiones.

Los métodos directos se basarán en la comunicación entre el profesional y el paciente y entre los propios profesionales. Relacionado con el paciente y su pareja para conocer sus principales necesidades y objetivos; las sesiones informativas se centrarán en las diferentes fases durante la administración, su coste económico y sus posibles complicaciones; y por último, con el fin de evaluar su aprendizaje intraureteral.

Los métodos indirectos utilizados serán medios visuales, folletos informativos a disposición del paciente y materiales demostrativos.

Actividades

Las sesiones serán impartidas por un enfermero y el número de sesiones dependerá de la respuesta que tenga el paciente al tratamiento, cada una será de 30 minutos. [Figura 2]

Figura 2. Carta descriptiva del programa de EPS, creada para el desarrollo de

OBJETIVOS		
Reforzar la autoestima del paciente tras una prostatectomía radical, asesorando al binomio paciente/pareja sobre la disfunción eréctil, ofreciéndoles todas las herramientas disponibles para mantener/mejorar su CV, aliviando los negativos y facilitando su bienestar.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1ª SESIÓN Fármacos orales y Dispositivo de vacío. 30 minutos	2ª SESIÓN Inyecciones Intracavernosas e Intrauretrales 30 minutos
<ul style="list-style-type: none"> - Localizar el objetivo más importante que el paciente y su pareja desean conseguir con el tratamiento terapéutico. - Potenciar sus respuestas conductuales positivas, desarrollando su capacidad de afrontamiento ante el problema, al disminuir sus miedos y sus dudas. - Fortalecer sus hábitos y estilos de vida sexuales anteriores a la secuela, mejorando la autoestima y confianza, lo que le proporcionará una seguridad en sus futuras relaciones sexuales. - Suministrar las herramientas adecuadas al personal de enfermería para la personalización de los cuidados en estos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante una entrevista valoraremos cuáles son sus objetivos prioritarios en este proceso y averiguaremos cuáles sus dudas y miedos. - Informar de la importancia de iniciar el tratamiento de DE lo antes posible, con el fin de garantizar los mayores resultados. - Explicar cómo conseguir una buena adherencia al tratamiento mediante los ejercicios de Kegel y con un buen uso del tratamiento farmacológico. - Como alternativa a los fármacos, le informaremos de los Dispositivos de Vacío, explicándole su uso, su baja incidencia de efectos secundarios, además de su bajo coste. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente y a su pareja la estructura del pene y la forma de punción con la maqueta anatómica. - Instruir en la autoinyección intracavernosa, recalcando los efectos derivados de una mala técnica. - Explicaremos los efectos colaterales más frecuentes (dolor, erecciones prolongadas, priapismo y fibrosis). - Como alternativa al pinchazo existe el uso de Alprostadil intrauretral, debiendo orinar antes de su aplicación para favorecer su absorción.
		El paciente saldrá de la consulta con sus dudas resueltas y con documentación informativa que apoyará la sesión.

Fuente: Fabricación propia

Sesión 1: "Tratamiento de 1ª Línea: Fármacos orales y Dispositivo de vacío"

Una vez realizado el diagnóstico de DE por el andrólogo, el paciente será derivado a nuestra consulta de enfermería, donde averiguará la importancia de iniciar el tratamiento lo antes posible, con el fin de garantizar los mayores resultados. Este éxito pasa por imprescindibles:

- El fortalecimiento de la musculatura pélvica por medio de los ejercicios de Kegel [Figura 3]. Es una medida no invasiva y de bajas relaciones sexuales.²³
- La presencia de una estimulación sexual en el momento de la toma de los diferentes fármacos orales (Sildenafil / Viagra®, Tadalafilo / Cialis®).
- La no asociación con alcohol y comida grasa por sus interacciones.

Figura 3. Ejercicios de Kegel para el fortalecimiento del Suelo Pélvico

La prótesis de pene se utiliza en pacientes que no responden a las dos líneas terapéuticas anteriores y su implantación impide la posibilidad de tener erección permanente, observando, además, un mejor aspecto postoperatorio y unos mejores resultados de funcionamiento, aunque el número de infecciones o mal funcionamiento de la prótesis. Con las prótesis flexibles y maleables si se consigue una erección permanente.

Se informará tanto al paciente como a su pareja de los efectos beneficiosos de estos dispositivos, los cuales aportarán a la sexualidad (al igual que las erecciones inducidas farmacológicamente).

El deseo sexual, eyaculación y orgasmo no se verán afectados, salvo por el impacto positivo que supone la posibilidad de tener erección.

Para la evaluación de esta sesión y durante la siguiente revisión andrológica, verificaremos que el grado de satisfacción y eficacia de la intervención.

Materiales

Para poner en marcha el EPS hemos considerado necesaria la inclusión en el mismo de una enfermera para la impartición de las sesiones. Esto dependerá de la ubicación, va a depender del lugar en el que se vaya a impartir (consultas externas de urología, centro de salud,...). Será necesario conocer el programa y para que los participantes puedan llevarse la información más técnica a casa. Como material explicativo existen algunas muestras de prótesis de pene y una maqueta anatómica de su estructura interna.

Evaluación del proceso y resultados del programa de EPS

Indicadores de proceso:

- La valoración del nivel de participación de la población diana en el programa EPS será considerada muy positiva si alcanza el 80%
- Para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con el desarrollo del programa, se ha incluido una pequeña escala de sugerencias. Esta escala va a ayudar a la enfermera a modificar todo lo que sea susceptible de mejora y a los pacientes a reflexionar.

Indicadores de resultados:

Al finalizar cada sesión la enfermera realizará una evaluación que corroborará si se cumplen los objetivos previstos y la eficacia de las mismas.

El paciente contestará de nuevo al cuestionario IIEF-6, con sus resultados se realizará tanto la evaluación inicial como la final.

Figura 4. Escala de satisfacción del programa EPS desde la perspectiva del paciente y su familia

	NADA	POCO
¿Cree que es el momento personal adecuado para recibir este Programa de Educación?		
¿Los temas tratados han sido de su interés?		
¿Le ha parecido adecuado el programa?		
¿Ha sido accesible la persona que ha dirigido el Programa?		
¿Cree que este programa le puede ser útil para modificar su actual vida sexual?		
Indique su nivel de satisfacción con el programa		
Valore en qué medida considera interesante la incorporación del programa a la actividad diaria		

Fuente: Cuestionario ad hoc de Fabricación propia

Bibliografía

- Castiñeiras Fernández J, Cozar Olmo JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido E et al. Criterios de derivación. Urol Esp. 2010; 34(1): 24-34.
- Molina RI, Martini AC, Tissera A, Olmedo J, Senestrari D, Fiol de Cuneo M et al. Envejecimiento y calidad seminal: un análisis de 9.168 hombres. Urol Esp. 2010; 34(1): 24-34.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2014. [Monografía en Internet]. España: Sociedad Española de Oncología Médica; agosto de 2015. Disponible en: <https://www.seom.org/index.php>.
- Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa (2012) Defunciones según la causa de muerte. Año 2012 [actualizado el 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>.
- Cozar JM, Miñana B, Gómez-Veiga F, Rodríguez-Antolín A, Villavicencio H, Cantalapedra A et al. Registro nacional de cáncer de próstata. Urol Esp. 2010; 34(1): 24-34.
- Granado de la Orden S, Saá-Requejo C, Quintás-Viqueira A. Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. Actas Urol Esp. 2010; 34(1): 24-34.
- Astigueta JC, Abad MA, Morante C, Pow-Sang MR, Destefano V, Montes J. Patrón de presentación del cáncer de próstata avanzado en España. Urol Esp. 2010; 34(1): 24-34.
- Badjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, Kaasinen E, Böhle A, Palou-Redorta J. Guía clínica del carcinoma urotelial no músculo invasivo. Urol Esp. 2010; 34(1): 24-34.
- Santana-Ríos Z, Fulda-Graue S, Hernández-Castellanos V, Camarena-Reynoso H, Pérez-Becerra R, Urdiales-Ortiz A et al. Morbilidad y sus factores de riesgo; experiencia en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Rev Mex Urol. 2010; 70 (5):278-282.
- Gómez Lanza E, Granda Contijoch M, Batista Miranda JE. Fisioterapia y manejo paliativo en la incontinencia urinaria en el cáncer de próstata. Urol Esp. 2010; 34(1): 24-34.
- Held-Warmkessel J. Cáncer de próstata metastásico. Nursing. 2009; 27(2): 30-34.
- Sánchez Bravo C, Corres Ayala NP, Carreño Meléndez J, Henales Almaraz C. Perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales en el cáncer de próstata. Urol Esp. 2010; 34(1): 24-34.

- orgasmo y eyaculación precoz. Salud Mental [revista en Internet] 2010 [acceso 7 de mayo de 2015]; 33. Disponible en: <http://www.redalyc.org>
13. Soleimani M, Hosseini SY, Aliasgari M, Dadkhah F, Lashay A, Amini E. Erectile dysfunction after prostatectomy: an evaluation of the risk
14. Carrasco-Valiente J, Campos-Hernández JP, Ruiz-García J, Márquez-López FJ, Requena-Tapia MJ, Prieto-Castro R. Importancia de la prostatectomía radical. Rev Int Androl. 2014; 12:4-9.
15. Zonana-Farca E, Sedano-Lozano A, Ramírez-Pérez EA. Evaluación y opciones de tratamiento en pacientes con fallo posterior a la prostatectomía radical. Rev Int Androl. 2014; 12:4-9.
16. Zegarra L, Loza C, Pérez V. Validación psicométrica del instrumento índice internacional de función eréctil en pacientes con Disfunción Eréctil. 2010; 116: 11-14.
17. Martínez-Jabaloyas JM, Moncada I, Rodríguez-Vela L, Gutiérrez PR, Chaves J. Evaluación de la autoestima en varones con disfunción eréctil procedentes de un estudio multicéntrico internacional. Actas Urol Esp. 2010; 34 (8): 699-707.
18. García Calvo J, Martín Tercero MP, Aguayo Osuna MP, Astillero Buitrago JM, Cañizares Carballo G, Galiana Brage A. Disfunción eréctil en pacientes con cáncer de próstata. Rev Int Androl. 2010; 116: 11-14.
19. Serdà BC, Vesa J, Del Valle A, Monreal P. La incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: diseño de un programa de rehabilitación urinaria. Rev Int Androl. 2015; 34(6): 522-530. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000600006&lng=es.
20. Seabra D, Faria E, Dauster B, Rodrigues G, Fava G. Critical analysis of salvage radical prostatectomy in the management of prostate cancer. J Urol. 2015; 193(1): 43-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19254397>.
21. Heather Herdman T. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. España: Elsevier; 2010.
22. Krumwiede KA, Krumwiede N. The lived experience of men diagnosed with prostate cancer. Oncol Nurs Forum. 2012 Sep; 39 (5): 443-450.
23. Burkert S, Scholz U, Gralla O, Roigas J, Knoll N. Dyadic planning of health-behavior change after prostatectomy: A randomized-controlled trial. J Urol. 2015; 193(1): 43-8.



[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)