

ECHENDÍA VALENCIA, B.; LÓPEZ DE CARLOS, E.; LARA BUENO, M.C.; EGAÑA GORRAÍZ, C.; SANCHO REY, B.; NAPAL ROS, C.
Enfermeras. Servicio de Urología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Vejiga retráctil tras radioterapia por adenocarcinoma de próstata

Derivación urinaria cutánea

RESUMEN

El cáncer de próstata, después del de piel, es el más común en los hombres, y la segunda causa principal de muerte por cáncer; después del de pulmón. Es más prevalente entre los hombres mayores de 65 años.

Un gran porcentaje de individuos con cáncer de próstata cursa la enfermedad sin sintomatología ni complicaciones. Aunque, generalmente, no hace variar la expectativa de vida del paciente ya que crece lentamente, una detección y tratamiento precoz aumentan la perspectiva de curación.

Es por ello que, cuando se llega al diagnóstico, no sólo se tiene en cuenta el estadio clínico del tumor; sino también los factores pronósticos y la expectativa de vida del paciente para decidir entre las diversas alternativas terapéuticas posibles (tratamiento hormonal, radioterapia, prostatectomía radical...).

El tratamiento del cáncer de próstata comienza con tratamiento hormonal (supresión andrológica) y, posteriormente, se realiza una estimación porcentual de la afectación tumoral (según la edad, el estadio clínico del tumor; los valores Gleason y de PSA). Si ésta indica una probabilidad alta de que el tumor esté localizado únicamente en próstata, una prostatectomía radical suele ser la elección. Si, por el contrario, la estimación considera que hay una probabilidad alta de que los tejidos anexos estén afectados el consejo es realizar sesiones de radioterapia.

Tanto los tratamientos utilizados como las actuaciones en el desarrollo del ejercicio profesional pueden producir efectos iatrogénicos. El gran reto para los próximos años que tienen los profesionales sanitarios es la disminución o eliminación de éstos.

En este trabajo presentamos un caso de cáncer de próstata tratado con radioterapia que tuvo efectos iatrogénicos severos.

Palabras clave: Adenocarcinoma de próstata, radioterapia, microvejiga, derivación cutánea, cuidados enfermería.

SUMMARY

The cancer of prostate, after that of skin, is the most common among men, and the second mainspring of death for cancer; after the one of lungs. It is more prevalent among the men older than 65 years.

A great percentage of individuals with cancer of prostate passes the illness neither with symptomatology nor complications. Although, generally, it does not make to vary the patient's life expectancy since it grows slowly, a detection and precocious treatment increases the perspective of curing.

It is because of that, that when the diagnosis is achieved, not only the clinic phase of the tumor is taken into account but also the prediction factors and the life expectancy of the patient to decide among the different possible therapeutic alternatives (hormonal treatment, radiotherapy, radical prostatectomy...)

The cancer of prostate treatment starts with hormonal treatment (androgenic suppression) and, later, a percentil estimation of the tumoral affectation is carried out (according to the age, the clinical phase of the tumor; Gleason and PSA values). If this indicates a high probability that the tumor is located only in the prostate, a radical prostatectomy is usually the choice. If, on the contrary, the estimation considers that there is a high probability that the attached tissues are affected the piece of advice is to carry out radiotherapy sessions.

The used treatments as well as the performances in the development of the professional practice can cause iatrogenic effects. The great challenge for the next years that health workers have is the decrease or elimination of them.

In this work we present a case of cancer of prostate treated with radiotherapy that had severe iatrogenic effects.

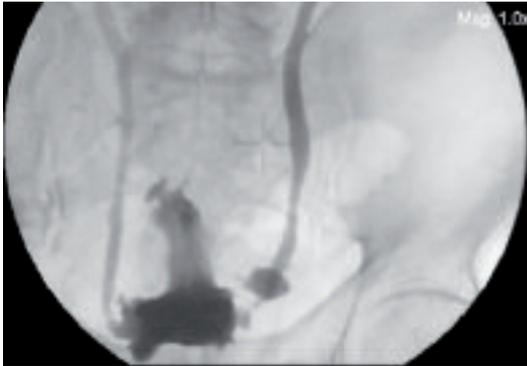
Keywords: Adenocarcinoma of prostate, radiotherapy, microbladder, cutaneous derivation, nursing cares.

CASO CLÍNICO

Varón de 71 años, sin alergias conocidas y sin patologías previas, se le diagnostica un adenocarcinoma de próstata en junio de 2005; con un Gleason de 7 (3+4), con afectación de 5 de los 6 cilindros; un PSA de 38; un estado clínico del tumor T3b, N0, M0 y pruebas complementarias

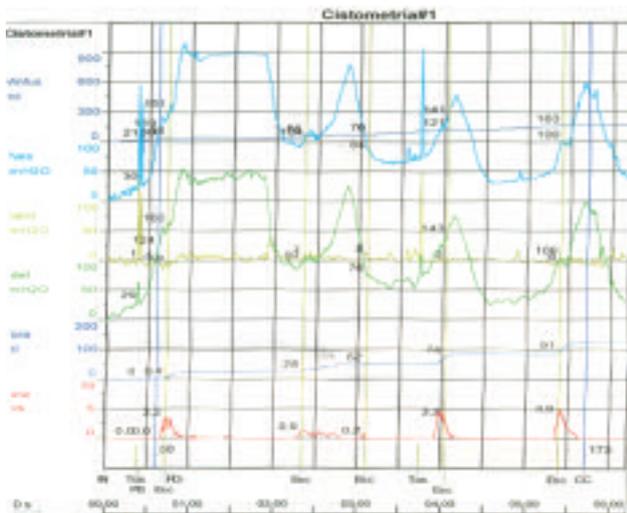
(gammagrafía ósea) normal. En septiembre de 2005, el paciente comienza con tratamiento hormonal (Procrin). Los datos clínicos indican una alta probabilidad (86%) de que el tumor se haya extendido fuera de la próstata. Por ello, se le indica tratamiento de radioterapia que el paciente acepta comenzando en diciembre de 2005 con sesiones de radioterapia pélvica con dosis de 45 Gy. Posteriormente, la zona

radiada se redujo a la glándula prostática con márgenes y vesículas seminales hasta alcanzar dosis de 71,8 Gy.



Tras 30 sesiones, mayo de 2006, aparece un cuadro de insuficiencia renal aguda ocasionada por una hidronefrosis obstructiva bilateral. Se suspende la radioterapia.

Tras intento fallido de colocación de catéteres ureterales Doble J se colocan nefrostomías en ambos riñones. En junio de 2006 se realiza una urodinamia que constata un volumen vesical de 21 cc. Se consiguen colocar catéteres ureterales Doble J en ambos riñones y se cierran las nefrostomías. Es portador también de una sonda vesical con tapón.



En julio de 2006 el paciente es diagnosticado de retracción vesical posradioterapia, hidronefrosis bilateral y estenosis ureteral bilateral.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

El paciente no tiene ingresos hospitalarios durante estos meses. Los cuidados de enfermería en pacientes no ingresados se centran en la educación sanitaria. Al paciente se le enseña, en consulta de enfermería, el manejo de la sonda vesical y los cuidados de la nefrostomía suministrándole un tríptico con los consejos y recomendaciones que tiene que seguir en casa.

CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL EN DOMICILIO

- | | |
|----------------------------------|---|
| Recomendaciones generales | <ul style="list-style-type: none"> - Fijar la sonda a la pierna para evitar tirones y posibles lesiones de la uretra. - Mantener la bolsa por debajo del nivel de la vejiga. - Evitar desconexiones innecesarias de la sonda y no hacer movimientos bruscos. - No realizar esfuerzos físicos intensos. - Vigilar que la sonda no esté obstruida (doblada, presionada o tenga un tapón de moco o sangre). |
| Alimentación | <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de líquidos de 2 a 3 litros. - Tomar zumos de naranja, mandarina, pomelo, limón, kivi para acidificar la orina. - Evitar el estreñimiento tomando alimentos con fibra. |
| Ropa | <ul style="list-style-type: none"> - Llevar ropa interior cómoda evitando presionar la sonda. |
| Higiene | <ul style="list-style-type: none"> - Todos los procedimientos que vaya a realizar deberán ser con extremada limpieza. - Lavar manos con jabón antes y después de manipular la sonda. - Limpieza de zona genital con agua templada y jabón, 2 veces al día. Puede ducharse sin problemas. |

RECOMENDACIONES POR SER PORTADOR DE NEFROSTOMÍA

- | | |
|---------------------|--|
| Higiene | <ul style="list-style-type: none"> - Puede ducharse sin problemas, con bolsa o sin ella. Ingerir 2-3 litros al día. |
| Alimentación | <ul style="list-style-type: none"> - Tomar zumos de naranja, mandarina, pomelo, limón, kivi para acidificar la orina. |
| Ropa | <ul style="list-style-type: none"> - Llevar ropa cómoda evitando que realice presión sobre el catéter. Si se pone faja, ésta debe tener un agujero a nivel del dispositivo. |
| Vida diaria | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar esfuerzos físicos violentos. |

EVOLUCIÓN

Se resuelve la insuficiencia renal aguda y el cuadro de hidronefrosis (en agosto de 2006), pero la calidad de vida del paciente es muy mala. Tiene dolor y constantes contracciones vesicales, con sensación intensa de orinar, lo que le produce escapes de orina continuos. Es portador de sonda vesical, de catéteres ureterales Doble J y de nefrostomías.

Se le propone una solución quirúrgica para mejorar su calidad de vida. Realizar una derivación cutánea tipo Bric-

ker sin cistectomía con una biopsia intraoperatoria vesical para descartar células tumorales en vejiga. La intervención se realiza en septiembre de 2006.

ESTADO POSQUIRÚRGICO. PROCESO DE ENFERMERÍA

El paciente, una vez intervenido, es portador de:

- Catéter venoso central.

<p>RECOMENDACIONES</p>	<p>• Existen bolsas que se sujetan a la pierna, que le permitirán moverse con más libertad durante el día.</p> 	<p>ROPA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llevar ropa interior cómoda evitando presionar la sonda.
<p>GENERALES</p>	<p>ALIMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la ingesta de líquidos de 2 a 3 litros (para prevenir las complicaciones más comunes como la formación de cálculos y la infección urinaria). • Tomar zumos de naranja, mandarina, pomelo, limón, kiwi, ya que en una orina ácida es menos probable que se desarrolle una infección. • Evitar el estreñimiento tomando alimentación con fibra. 	<p>HIGIENE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los procedimientos que vaya a realizar deberán ser con extrema limpieza. • Lavar las manos con jabón antes y después de manipular la sonda. • Limpieza de la zona genital con agua templada y jabón, 2 veces al día. Puede ducharse sin problemas. • Mueva la sonda en sentido rotatorio para evitar cualquier incrustación o secreción que haya en la sonda y en el orificio uretral; lávese y aplique solución antiséptica (betadine).
<ul style="list-style-type: none"> • Fijar la sonda a la pierna para evitar tirones y posibles lesiones de uretra. • Mantener la bolsa por debajo del nivel de la vejiga (para prevenir infecciones por reflujo). • Por la noche, colocar la bolsa en la cama con un soporte, evitando que esté apoyada en el suelo. • Evitar desconexiones innecesarias de la sonda y no hacer movimientos bruscos. • No realizar esfuerzos físicos intensos. • Vigilar que la sonda no esté obstruida (doblada, presionada al estar tumbado sobre ella, o tenga tapones de moco o sangre). 	<p>ALIMENTACION</p>	

<p>¿ En que consiste una nefrostomía?</p> <p>En la introducción de un tubo de drenaje en el riñón (pelvis renal) a través de la piel de la espalda para salida de la orina a una bolsa.</p>	<p>¿ En que consiste el dispositivo que lleva usted colocado?</p> <p>Vd tiene un dispositivo (el catéter) que está fijado a piel por medio de puntos. A su vez el catéter estará conectado a un sistema colector compuesto de placa adhesiva protectora y bolsa.</p>	<p>Cambios de placa y bolsa</p> <p>Se colocará una placa protectora alrededor del catéter para evitar el contacto entre la piel y la orina:</p> <p>La bolsa se cambiará a diario</p> <p>La placa se cambiara cada 5-6 días o cuando ésta se despegue.</p>
	 <p>Cuidados del catéter</p> <p>CUIDADO EN NO DARSE TIRONES DEL MISMO</p>	
<p>¿ Quien puede ser portador de una nefrostomía?</p> <p>Puede que usted presente alguno de estos problemas: hidronefrosis, amuria, uropatía obstructiva secundaria,</p> <p>Por lo que está indicada la realización de nefrostomía</p>	<p>Higiene de la piel que rodea al catéter</p> <p>Todos los procedimientos que vaya a realizar deberán ser con extrema limpieza. La piel que rodea a dicho catéter necesita una cuidadosa higiene para evitar infecciones.</p> <p>Limpie la piel con agua y jabón neutro, séquela bien y píncele con solución de povidona yodada, después coloque la placa y bolsa</p>	

- Catéter venoso periférico.
- Drenaje abdominal.
- Herida quirúrgica abdominal.
- Sonda nasogástrica.
- Sonda vesical de tres vías.
- Suero lavador vesical continuo.
- Urostomía con los catéteres ureterales.

Podemos identificar los siguientes diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración teniendo como problema interdependiente el dolor.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Conocimientos deficientes: Ostomía R/C falta de exposición.
- Déficit de autocuidados: baño/higiene R/C dolor, debilidad o cansancio.
- Deterioro de la movilidad física R/C restricción de movimientos/disminución de fuerza o resistencia.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C efluente de urostomía.
- **Riesgo de infección R/C.** Catéter venoso central, catéter venoso periférico, herida quirúrgica, drenajes y catéteres ureterales.
- Riesgo de lesión perioperatoria R/C efectos posanestésicos.
- **Transtorno de la imagen corporal R/C** cambio en la apariencia física.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

- Atelectasia.
- **Complicaciones de la urostomía.**
- Dehiscencia de herida.
- Fístula intestinal.
- Fístula urinaria
- Hemorragia
- Ileo paralítico.
- **Obstrucción de catéter ureteral.**
- Transtorno hídrico.
- Trombosis venosa profunda.

Voy a desarrollar únicamente dos diagnósticos de enfermería y dos problemas de colaboración (los que considero más representativos).

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de infección R/C Herida quirúrgica	
NOC: Severidad de la infección	NIC: Cuidados del sitio de incisión
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Supuración purulenta. • Fiebre. • Dolor, hipersensibilidad. • Colonización del cultivo de la herida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cura de la herida. • Vigilar signos y síntomas de infección. • Control de temperatura.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de infección R/C Drenaje de herida	
NOC: Severidad de la infección	NIC: Cuidados del drenaje
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Supuración purulenta. • Fiebre. • Dolor, hipersensibilidad. • Colonización del cultivo de la herida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control del drenaje. • Cura del drenaje. • Vigilar signos y síntomas de infección. • Control de temperatura.
Riesgo de infección R/C Catéter uretral	
NOC: Severidad de la infección	NIC: Cuidados del catéter urinario
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Supuración purulenta. • Fiebre. • Piuria. • Colonización del urocultivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del catéter urinario. • Vigilar signos y síntomas de infección. • Control de temperatura.
Trastorno de la imagen corporal R/C cambio en la apariencia física	
NOC: Imagen corporal	NIC: Potenciación de la imagen corporal
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación a cambios en el aspecto físico. • Adaptación a cambios en la función corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar/superar repercusiones del cambio/pérdida. Apoyo emocional a paciente y familia, implicar a la familia en el proceso, favorecer autonomía en el autocuidado, ayudar a incrementar la percepción sobre la valía personal y poner en contacto con otros profesionales y con grupos de apoyo.
PROBLEMA DE COLABORACIÓN: Obstrucción de catéter uretral	
NOC: Eliminación urinaria	NIC: Cuidados del catéter urinario. Manejo de la eliminación urinaria
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de orina. • Color de la orina. • Claridad de la orina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar catéter ureteral. • Vigilar signos y síntomas de obstrucción del catéter ureteral (ausencia de goteo de orina por el catéter ureteral, dolor lumbar o abdominal). • Control de diuresis.
Complicaciones de la urostomía	
NOC: Severidad de los síntomas	NIC: Cuidados de la ostomía
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad del síntoma. • Frecuencia del síntoma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir: cuidado de la ostomía y manejo de dispositivos. • Instruir sobre los cambios en actividad de la vida diaria (alimentación, actividad laboral, vida social, sexualidad, vestido, deportes y viajes). • Proporcionar material adecuado a su ostomía. • Realizar Informe de continuidad de Cuidados. • Vigilar complicaciones del estoma: <ul style="list-style-type: none"> - Inmediatas: Sangrado periestomal, isquemia o necrosis, edema, desinserción precoz y retracción, infección. - Tardías: Prolapso, estenosis, hernia periestomal.

EVOLUCIÓN POSQUIRÚRGICA

La evolución posquirúrgica del paciente fue buena y sin complicaciones.

1. Retirada de la sonda nasogástrica cuando llega a planta de hospitalización tras la intervención.
2. Tolerancia líquida a las 24 horas.
3. Analgesia: Precisa analgesia únicamente durante los dos primeros días.
4. Retirada de las nefrostomías a los 9 días de la intervención.
5. Retirado drenaje abdominal a los 10 días de la intervención.
6. La herida quirúrgica evoluciona favorablemente, sin complicaciones. Retirada de las grapas a los 12 días de la intervención.
7. La anatomía patológica intraoperatoria de la vejiga confirmó la ausencia de células tumorales: «Músculo liso sin alteraciones y sin infiltrado tumoral».
8. Recibe el alta hospitalaria a los 13 días de la intervención.

En noviembre de 2006 el paciente está sin dolor y sin fiebre. El estoma tiene muy buen aspecto y los catéteres se han retirado. Realizada una ecografía abdominal todo está dentro de la normalidad. Ha mejorado sustancialmente su calidad de vida. En enero de 2007 aparece un episodio de hematuria por estoma urinario que cede espontáneamente y no se pudo filiar y en la revisión de agosto 2007 el paciente está asintomático. Las pruebas realizadas (TAC y citologías) dan resultados negativos.

CONCLUSIÓN

Tanto en la actividad profesional como en los tratamientos administrados existe el riesgo de producir efectos no deseados. Por lo tanto, la información al paciente sobre las actuaciones a seguir debe ser clara y adecuada para el conocimiento de los posibles efectos iatrogénicos y en consecuencia poder aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.

DEFINICIONES

1. *Diagnóstico enfermero* es: «Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable».
2. *NOC: Nursing Outcomes Classification* (Clasificación de Resultados de Enfermería.). Resultado enfermero: Un estado, comportamiento o percepción del individuo, familia o comunidad que se mide de forma continuada y que se puede atribuir a las intervenciones de Enfer-

mería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores utilizado para determinar el estado del paciente en relación con el resultado.

3. *Indicador del resultado del paciente*: Estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.
4. *NIC: Nursing Interventions Classification* (Clasificación de Intervenciones de Enfermería.). Intervención enfermera: Todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente.
5. *Actividades enfermeras*: Actividades o acciones específicas que las/los enfermeras/os realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado. Para ejecutar una intervención se requiere una serie de actividades.
6. *Problema de colaboración*: Ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o un cambio en su evolución.
7. *Taxonomía de los resultados de Enfermería NOC*: Es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basada en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.
8. *Taxonomía de las intervenciones de Enfermería NIC*: Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clase e intervenciones. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. *Pautas de Oncología*. Instituto Ángel H. Roffó.
2. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. Junio 2005-2006. Madrid: Elsevier España, S.A., 2005.
3. Mc. Closkey J, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid: Elsevier España, S.A., 2005.
4. Moorhead S, Jhonson M, Maas M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier. España, S.A., 2005.
5. www.uroportal.net.
6. www.cancer.org.
7. www.urologyhealth.org.
8. www.radiologyinfo.org.
9. www.meb.uni-bonn.de.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra compañera Berta Vicuña, por sus consejos y orientación sobre Diagnósticos de Enfermería y clasificaciones NIC y NOC.