

MARIO PIERRE-LOUIS LAUTURE, LAURA MARTÍNEZ FERIA, M.<sup>a</sup> JOSÉ POZA URCELAY, FCA. CALVO RUIZ  
H.U. Virgen Macarena, Sevilla

# Protocolo de cuidados de enfermería en la Prostatectomía Radical

## RESUMEN

En el transcurrir de nuestro trabajo, observamos los cambios que se van produciendo, continua y rápidamente, afectando a los planes de cuidados que se aplican a los enfermos.

Por este motivo, el personal de enfermería que suscribe este proyecto, se ha reunido para crear un nuevo patrón de cuidados para los pacientes intervenidos de PROSTATECTOMÍA RADICAL.

Dicho patrón debe ser eficaz y eficiente de manera que todo el personal sea capaz de actuar alcanzando un máximo de calidad y manifestando toda seguridad para no alterar la buena evolución que conlleva un trabajo organizado. Está claro que el objetivo del grupo multidisciplinar es aunar modos de aplicación eficaces y dar mayor confianza al enfermo.

**Palabras clave:** Prostatectomía radical, protocolo de actuación, protocolo cuidados pacientes quirúrgicos.

## SUMMARY

In lapsing of our work, we observe the changes that go taking place, continuous and quickly, affecting to the plans of cares that are applied the sick persons.

For this reason, the infirmery personnel that subscribes this project, has met to create a new pattern of cares for the intervened patients of PROSTATECTOMÍA RADICAL.

This pattern should be effective and efficient so that the whole personnel is able to act, reaching a maximum of quality and manifesting all security for not altering the good evolution that bears an organized work. It is clear that the objective of the group is to join effective application ways and to give bigger trust to the sick person.

## 1. DEFINICIÓN

La próstata es una de las glándulas sexuales masculinas, sirve para la producción de líquido seminal que forma parte del semen o esperma.

La próstata está ubicada encima del recto y debajo de la vejiga, rodea la uretra como una especie de «flotador» en el punto donde se conecta a la vejiga.

A partir de los cuarenta años aproximadamente, la próstata está sometida a estímulos hormonales y es asiento de enfermedades benignas y malignas. Por ello, cuando la próstata crece hay dificultades al orinar o en las relaciones sexuales.

Conforme a las estadísticas disponibles, el carcinoma de próstata se da con frecuencia dentro de los siguientes rangos:

- Mayor frecuencia: Hombres mayores de 50 años.
- Menos de 1 de cada 10.000: Hombres menores de 39 años.
- 1 de cada 100: Hombres entre 40 y 59 años.
- 1 de cada 10: Hombres entre 60 y 79 años.

En relación a factores como la dieta y la raza se pueden hacer las siguientes apreciaciones:

- Los negros americanos tienen un 30 por ciento más riesgo que los blancos americanos de similar área y status social, presentándose en estos casos un tipo de cáncer más avanzado y letal.
- Los japoneses que adoptan patrones de alimentación

occidentales ricos en grasas saturadas aumentan su riesgo de carcinoma de próstata.

En cuanto a la frecuencia con que se expande en la población con respecto a otros tipos de cánceres, se deduce de los datos recopilados que:

- El carcinoma de próstata es el segundo más común después del cáncer de piel.
- Constituye la segunda causa principal de muerte después del cáncer de pulmón.

El diagnóstico precoz dará lugar a un mejor pronóstico al poderse beneficiar de tratamientos instaurados en una fase inicial. La combinación del tacto rectal, el PSA y la ecografía transrectal de la próstata permiten la detección precoz de dicha enfermedad.

La Prostatectomía Radical es el método de opción para el tratamiento de dicha enfermedad en su etapa localizada en hombres jóvenes que gocen de buena salud.

El abordaje quirúrgico que se realiza en la unidad del Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla es mediante una incisión abdominal baja (Prostatectomía Radical Retropúbica).

La Prostatectomía Radical consiste en la extirpación de la próstata, su cápsula, vesículas seminales y segmento del cuello vesical, puede incluir Linfadenectomía regional.

Está indicada en pacientes:

- Con una expectativa de vida mayor de cinco años.
- Con carcinoma de próstata clínicamente limitado al órgano.

## 2. OBJETIVOS GENERALES

Llevando a cabo las directrices trazadas en el estudio que nos ocupa, se obtendrá una serie de objetivos cuyo alcance se describe a continuación:

Revisar y actualizar protocolo de cuidados: Para ello ha sido preciso realizar un estudio de observación sobre el protocolo de cuidados llevado hasta el momento, estructurando en vías de mejorarlo un nuevo patrón a poner en práctica, introduciendo las soluciones apropiadas a las posibles carencias detectadas y enriqueciendo aquellas líneas que fueran susceptibles de mejoras. Con todo ello se pretende obtener mayor calidad en el nuevo protocolo.

Unificar criterios para los cuidados: En orden a perseguir la misma directriz descrita en el párrafo anterior, se han observado los comportamientos de los pacientes afectados por esta intervención, así como su sintomatología, haciendo una concienzuda puesta en común entre el personal sanitario implicado en este proyecto y el catedrático en funciones de jefe de servicio. De esta manera todo el procedimiento que constituye el nuevo protocolo ha sido consensuado debidamente y de forma exhaustiva.

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Los materiales de que se vale el estudio constan de una serie de componentes que se describen seguidamente.

### 3.1. Materiales

#### *Unidad de Urología*

La Unidad de Urología en la que se ha llevado a cabo la elaboración de este trabajo está ubicada en el Hospital Universitario Virgen Macarena, sito en Sevilla.

#### *Consulta externa de Urología (Unidad de Detección Precoz)*

Adscrita a la Unidad de Urología existe una consulta externa, constituida por un médico, una enfermera y un auxiliar, donde se realizan las tareas pertinentes para detectar de forma precoz el carcinoma de próstata.

#### *Personal sanitario implicado en este proyecto*

Cuatro diplomados en Enfermería del Servicio de Urología.

#### *Pacientes intervenidos (60 casos)*

El estudio llevado a cabo se ha basado en la observación de los datos estadísticos relativos a 60 casos que se han venido tratando en este hospital desde el año 1996 hasta el momento.

#### *Protocolo ya existente*

Hasta ahora se ha venido aplicando en los casos de carcinoma de próstata un protocolo que ya existía y que ha servido de base para dar cuerpo a la elaboración de este trabajo.

## 3.2. Métodos

Los métodos que se proponen en este apartado consisten en:

#### *Estudio de casos clínicos*

Conforme a la experiencia adquirida en el tratamiento de aquellos casos que se han venido dando a lo largo del período especificado en el párrafo anterior, se han realizado las observaciones oportunas sobre comportamientos y respuestas del paciente a los determinados cuidados que se le han ido aportando.

#### *Revisión de datos estadísticos*

Basado en el estudio de los casos clínicos citados, se han recopilado los datos que se han ido desprendiendo de las diferentes incidencias acontecidas a lo largo del tiempo que ha estado cada paciente ingresado. Toda esa información se ha agrupado de forma estructurada para elaborar una serie de informes estadísticos que se muestran en el proyecto que nos ocupa.

## 4. PROTOCOLO

El protocolo se subdivide en los siguientes apartados:

#### *Cuidados Prequirúrgicos*

#### *Cuidados Postquirúrgicos*

#### *Complicaciones.*

A continuación se detallarán cada uno de estos puntos.

### 4.1. Cuidados prequirúrgicos

1. Ingreso en planta del enfermo, presentación del personal de enfermería.
2. Anamnesis y valoración inicial del paciente a través de la comunicación personal con el mismo.
3. Informar al paciente y familia, poniendo interés en que el enfermo y su familia tengan conocimiento de la enfermedad y la intervención en la que están involucrados.
4. Higiene general, en la cual está indicada la ducha antes de ir a quirófano, con jabón germicida recomendado por la Unidad de Infecciones Nosocomiales.
5. Recomendación de abstenerse de fumar 2 días antes de la intervención.
6. Mantener al paciente en ayunas desde las 0.00 horas del día anterior, debiendo haberse moderado en la cena.
7. Preparación local que consiste en el rasurado de los genitales y el abdomen, 30 minutos antes de ir al quirófano.
8. Previamente a la intervención tendrán lugar los siguientes controles:
  - Tomar T.A., pulso y temperatura.
  - Deberá aplicarse enema de limpieza la noche anterior, comprobándose su eficacia.

- Retirar cualquier objeto personal del paciente, como prendas interiores, prótesis, etc., y entregarlo a la familia.
  - Cambio de ropa de la cama y uso de pijama hospitalario.
  - Administrar premedicación prescrita.
  - Conocer antecedentes personales (hipertensión, diabetes, alergia, etc.) tomando nota de la posible medicación domiciliaria.
  - Administrar profilaxis de enfermedades tromboembólicas, comprobando que han sido suspendidos 10 días antes los antiagregantes plaquetarios en aquella persona que los tuviera indicados.
  - Profilaxis antibiótica media hora antes de ir al quirófano en orden a la prescripción de la Unidad de Infecciones Nosocomiales.
  - Reservado de concentrados de hematíes (habiéndosele ofrecido al enfermo la posibilidad de formar parte de un programa de autotransfusión 2 meses antes de la intervención).
  - Comprobar la existencia de un intervalo de tiempo, entre la biopsia transrectal y la prostatectomía radical, superior a 6 semanas; así como un período entre la RTU y la prostatectomía radical mayor de 3 meses.
  - Asegurar la hidratación adecuada del paciente, que puede estar deshidratado por la autolimitación de líquidos, ya que en ocasiones la polaquiuria provoca desequilibrio hídrico.
9. La documentación que debe disponerse previamente a la intervención es la siguiente:
- Historia clínica.
  - Estudio preanestésico.
  - Radiografías.
  - Reserva de sangre.
  - Hoja de medicación.
  - Plan de cuidados.

#### 4.2. Cuidados postquirúrgicos

##### *CUIDADOS INMEDIATOS: Valoración del paciente*

1. Control de T.A, F.C., T<sup>a</sup>.
2. Comprobación de la permeabilidad de la sonda uretro-vesical, talla o sonda suprapúbica y drenaje aspirativo.
3. Sueroterapia, catéter epidural y en ocasiones cateterismos ureterales cuando hay sospecha de una lesión ureteral retrovesical.
4. Herida quirúrgica.
5. Oxigenación y nivel de conciencia.

##### *CUIDADOS GENERALES:*

1. Programar y aplicar tratamiento médico (por ejemplo, profilaxis de enfermedades tromboembólicas, pauta analgésica para el dolor, etc.).
2. Balance hídrico.
3. Control de constantes vitales: T.A, F.C., T<sup>a</sup>.
4. Cuidados del catéter epidural que será revisado por el Servicio de Anestesia cuando sea necesario. Según el protocolo, deberá retirarse a las 48 horas.

5. En las primeras 24 horas se deja al paciente con dieta absoluta, sueroterapia y antibioterapia, según el Servicio de Infecciones Nosocomiales, así como movilización de los miembros.

6. Al segundo día se inicia la tolerancia a los líquidos, suspendiéndose después la sueroterapia y antibioterapia por indicación del urólogo.

7. Cuidados de la herida con suero fisiológico y povidona yodada. Se cambiarán los apósitos en caso de sangrado abundante, en caso contrario se aplaza el cambio hasta el tercer día.

8. Sedestación y deambulacion precoz al segundo y tercer día, respectivamente.

9. Vigilar el drenaje aspirativo, comprobando si aumenta o disminuye la cantidad, teniendo en cuenta que en caso de aumento constituye signo de fístula urinaria.

10. Asegurar la permeabilidad de la sonda uretro-vesical, talla y apuntar diuresis cada 12 horas.

(9 horas - 21 horas). En caso de obstrucción, se efectuará lavado vesical con 30 ml de suero fisiológico aspirando posteriormente con suavidad.

11. Aconsejar sujeción abdominal en caso de tos para evitar aumento de presión intra-abdominal.

12. Informar sobre la sensación de orinar que puede ser provocada por la presencia de la sonda, de espasmos vesicales causado por el globo y de movimientos de las asas intestinales generadas por la obstrucción urinaria.

13. Evitar el bloqueo del tubo de canalización urinaria por acodadura y coágulos.

14. Fijación de la sonda uretro-vesical al pene para evitar movilización y tracción de la misma, de forma accidental. Esta técnica la realiza el urólogo en el quirófano.

15. Al tercer día se retira la talla, y si el drenaje no es productivo o inferior a 20 ml, se extrae al día siguiente.

16. Al séptimo se retiran los puntos de forma alterna y al octavo día los puntos restantes. El mismo día, el paciente se va de alta con la sonda conectada a la bolsa y con el informe de continuidad de cuidados de enfermería.

17. El A.T.S. de su centro de salud se hará cargo de la evolución del paciente (herida y sonda).

18. A las 3 semanas, el paciente es citado en la consulta externa de la Unidad de Urología para retirar la sonda.

#### 4.3. Complicaciones

Las complicaciones que pueden surgir tras una Prostatectomía Radical pueden clasificarse en orden al momento de su aparición:

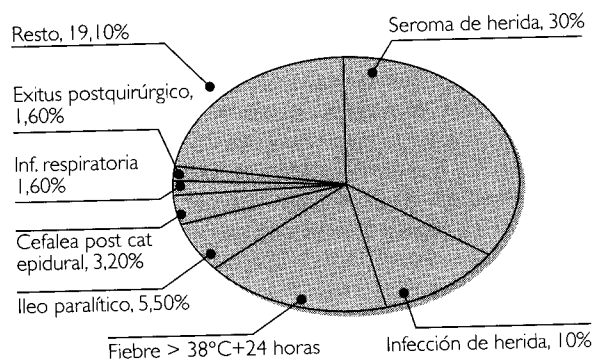
- Complicaciones precoces.
- Complicaciones tardías.

##### *COMPLICACIONES PRECOCES*

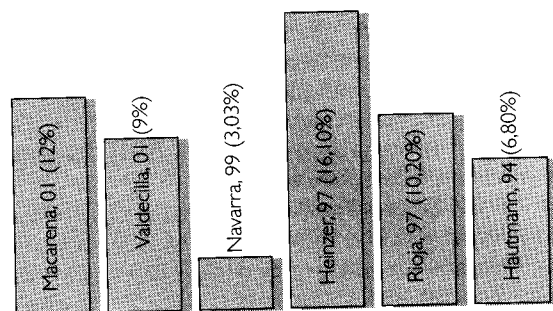
Durante el período postoperatorio inmediato pueden aparecer una serie de complicaciones que se detallan a continuación junto con sus porcentajes de incidencias.

De forma general se pueden citar las siguientes complicaciones precoces:

SEROMA DE HERIDA	30,00%
INFECCIÓN DE HERIDA	10,00%
FIEBRE > 38°C +24 H	15,00%
ILEO PARALÍTICO	5,50%
CEFALEA POST CAT EPIDURAL	3,20%
INF. RESPIRATORIA	1,60%
EXITUS POST-QUIRÚRGICO	1,60%
RESTO	19,10%

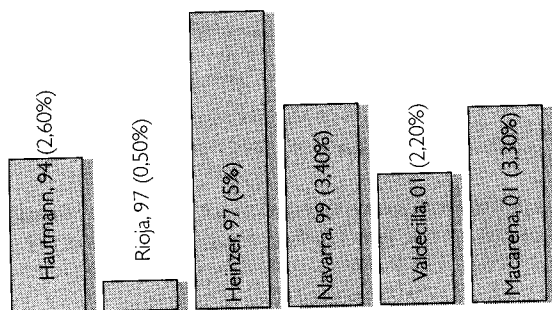


HAUTMANN, 94	6,80%
RIOJA, 97	10,20%
HEINZER, 97	16,10%
NAVARRA, 99	3,03%
VALDECILLA, 01	9,00%
MACARENA, 01	12,00%



1. **Lesiones rectales**, las cuales son resueltas por los urólogos mediante una colostomía temporal. Se ha realizado un estudio estadístico sobre los casos de lesiones rectales aportados por distintas fuentes.

HAUTMANN, 94	2,60%
RIOJA, 97	0,50%
HEINZER, 97	5,00%
NAVARRA, 99	3,40%
VALDECILLA, 01	2,20%
MACARENA, 01	3,30%



2. **Fístula urinaria**

Suele resolverse mediante un tratamiento conservador, con un resultado satisfactorio de forma espontánea a los 14 días, aproximadamente.

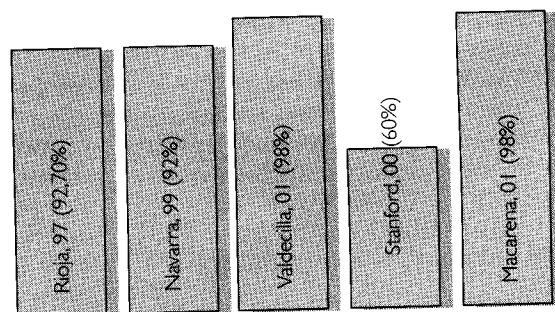
**COMPLICACIONES TARDÍAS**

También existen otras complicaciones denominadas tardías que principalmente se pueden subdividir de la siguiente forma:

1. **Disfunción erectil**

Es una complicación que se presenta en un elevadísimo porcentaje y el urólogo lo trata con Alprostadil y Sildenafil.

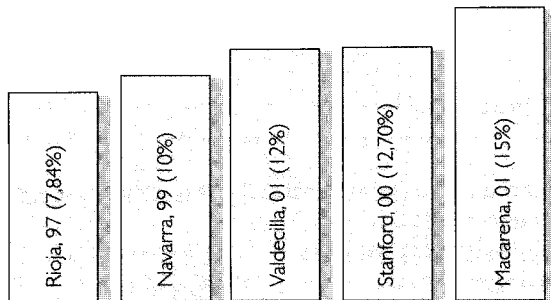
RIOJA, 97	92,70%
NAVARRA, 99	92,00%
VALDECILLA, 01	98,00%
STANFORD, 00	60,00%
MACARENA, 01	98,00%



2. **Estenosis uretro-vesical**

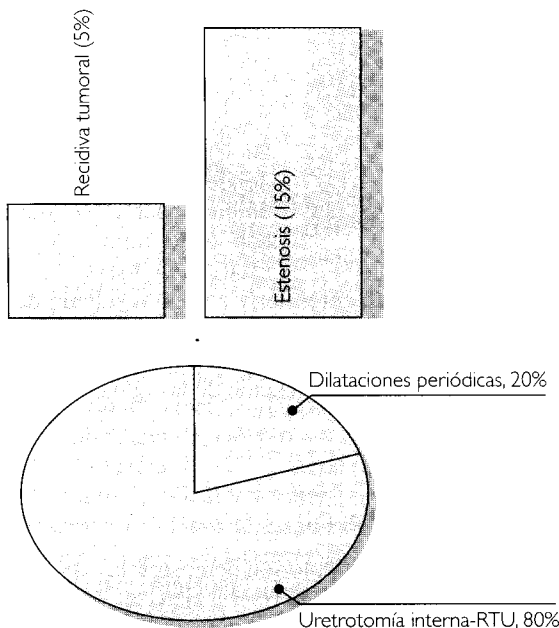
Esta complicación se ha observado cómo ha afectado porcentualmente a los colectivos aportados por las fuentes que se citan a continuación:

MACARENA, 01	15,00%
HAUTMANN, 94	12,70%
VALDECILLA, 01	12,00%
NAVARRA, 99	10,00%
RIOJA, 97	7,84%



En el primer gráfico se aprecia el porcentaje que el 20% de pacientes operados de Prostatectomía Radical produce Estenosis Uretro-Vesical Grosera, de las cuales el 15% deriva en Estenosis Pura y el restante 5% está causada por la presencia de una Recidiva Tumoral en la Unión Uretro-Vesical. Es importante señalar que el 33% de los casos relativos a esta complicación producen Litiasis Vesicales.

En el segundo gráfico se observa el reparto de cómo se ha solucionado la totalidad de los casos porcentualmente, teniendo en cuenta que la Estenosis Uretro-Vesical puede ser tratada, dependiendo del caso y del criterio del urólogo con Uretrotomía Interna-RTU o con Dilataciones Periódicas, mientras que la Recidiva Tumoral sólo puede encauzarse por Uretrotomía Interna-RTU.



**3. Incontinencia urinaria.** A continuación se ofrecen las tablas de valores y el gráfico en los que se hace un muestreo de las tasas de incontinencia urinaria al año de

evolución (en %). Teniendo en cuenta que se han diferenciado las distintas fuentes de información y los rangos de afectación:

FUENTE	O	I	II	III	RESTO
MACARENA, 01	80	10	8	2	
HAUTMANN, 94		80	16	3	1
RIOJA, 97	56	25	10	5	5
NAVARRA, 99	84	15			1
VALDECILLA, 01	73	16	6	5	

RANGO	VALOR
0	NADA
I	GOTEO POSTMICCIONAL
II	INCONTINENCIA LEVE
III	INCONTINENCIA GRAVE

## 5. CONCLUSIONES

- El establecimiento de unos patrones de cuidados ayuda a mejorar la calidad y eficacia de la atención al paciente urológico.
- Una actitud positiva del personal de enfermería disminuye el grado de ansiedad del paciente, creando un ambiente más relajado.
- La planificación de cuidados de enfermería contribuye tanto a evitar posibles complicaciones como a detectarlas de forma precoz, facilitando la aplicación de medidas correctoras.
- Es obligación de los profesionales de enfermería documentar sus procedimientos de trabajo, con ello se normaliza la actuación de dicho colectivo y se ofrece mayor servicio a la población afectada.
- Toda iniciativa que promueva la investigación garantiza unos avances en la cultura sanitaria.
- El interés por contribuir al caudal de información que se intercambia en el congreso, estimula la dinámica de grupo, apuntando a nuevas perspectivas de superación en el trabajo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Ferreras Rozman. M I: Doyma, 1992.
- Burner L. S. Enfermería Médico Quirúrgica. Volumen II Barcelona. Interamericana 1990
- Cuadernos de Enfermería Nefrológica y Urológica. F. Schimmel, P. Jgers. Tomo 11. Toray-Masson S.A. 1980 11ª Edición.
- Claire Campbell. Tratado de Enfermería Nefrológica. Diagnóstico y Métodos. Doyma. Edición Española 1984.
- Tratado del ayudante en Medicina y Cirugía. Volumen III. 5ª Edición, 1978.
- Innovaciones en cirugía urológica. Barcelona 1999. Editorial Caronte. R. Hohenfellner, J. Castiñeiras, R. Gillitzer, J. Fichtner.