

Autora: ELISA RODRIGUEZ RODRIGUEZ.

Coautores: ELSA MARIA LÓPEZ RODRIGUEZ, MARIA ELENA TABOADA TARRIO.

Servicio de Urología. Hospital Cristal Piñor de Orense.

# Protocolos de actuación de enfermería ante pacientes ambulantes sometidos a prostatectomía radical

## RESUMEN

El Cáncer de Próstata puede ser un tumor primario o secundario a tumores metastásicos, siendo la forma más habitual de proceso maligno y la segunda causa de muerte por cáncer en varones. Como Objetivos, en la presente publicación se pretende, por una parte, elaborar un protocolo de enfermería para la educación y apoyo psicológico del paciente sometido a prostatectomía radical, así como a su familia, con el fin de lograr una mejor adaptación a su nueva situación, y por otra, optimizar los cuidados enfermeros aplicando las bases de actuación creadas.

Usamos como material de estudio, 26 historias clínicas de pacientes sometidos a prostatectomía radical seguidos durante 5 años.

Como método, hemos trabajado con: Entrevista individual, Revisión de las historias y Aplicación y evaluación de protocolos.

Mediante el trabajo enfermero en la consulta de urología se han obtenido resultados satisfactorios en los aspectos de disfunción de la erección, incontinencia urinaria, ansiedad y temor, disminución de la autoestima, alteración de los procesos familiares y correcto seguimiento del tratamiento.

**Palabras clave:** Protocolos de enfermería. Cáncer de Próstata. Prostatectomía Radical. Impotencia. Postraglandinas. Incontinencia. Autoestima.

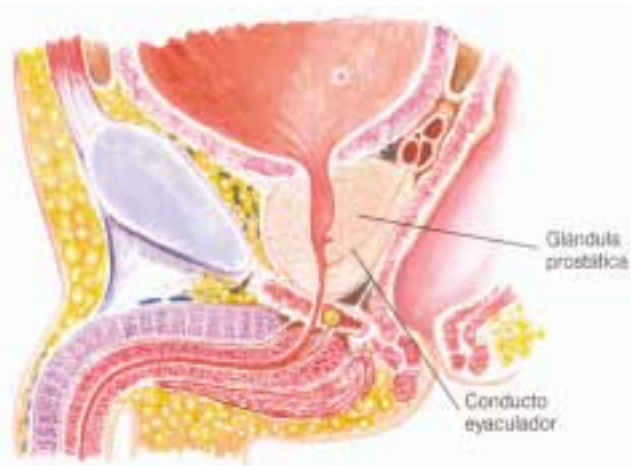
La idea que nos mueve a realizar este protocolo es la de haber constatado en los pacientes sometidos a prostatectomía radical, una serie de secuelas de gran importancia psico-socio-familiar, en las que la labor de enfermería ayuda a crear estrategias efectivas en su afrontamiento.

Para ello hemos elegido el formato de protocolo porque lo consideramos la herramienta de trabajo más adecuada ya que recoge las bases de actuación en cada situación específica.

El cáncer de próstata puede ser un tumor primario o secundario a tumores metastásicos. El adenocarcinoma de próstata es la forma más habitual de proceso maligno que afecta al varón, y la segunda causa de muerte por cáncer en este grupo de pacientes.

La fisiopatología de la conversión maligna de un adenocarcinoma de próstata continúa sin aclararse. Se cree que las mutaciones de genes supresores, las interacciones con el eje hipotálamo-hipófisis-células de Leydig y la relación con las hiperplasias benignas son la causa del desarrollo de un adenocarcinoma prostático, aunque se desconoce la secuencia precisa.

La diseminación metastásica se produce por vía linfática o vascular. Las metástasis linfáticas aparecen en la región pélvica, incluyendo los ganglios del obturador, hipogástricos, ilíacos externos, ilíacos comunes, presacros, precia-



Anatomía de la glándula prostática (De Seidel)

cos y ganglios supraclaviculares. Las metástasis en órganos a distancia suelen afectar al esqueleto y los pulmones, hígado, glándulas suprarrenales y riñones.

Los sistemas de estadaje para el adenocarcinoma de próstata se utilizan para determinar las opciones terapéuticas y como guía general para el pronóstico. Los más utilizados son una modificación del sistema de Jewett-Strong-Marshall y el sistema tumor-ganglio-metásta-

sis de la América Joint Committee on cáncer.

La prostatectomía radical es la extirpación quirúrgica de la próstata, vesículas seminales, y cápsula prostática, seguida de la reanastomosis de la uretra a la vejiga. Se han utilizado diferentes abordajes y variaciones quirúrgicas relativas a esta resección básica, dependiendo del tumor del paciente y de la familiaridad y preferencias del cirujano al respecto. Los abordajes más utilizados son:

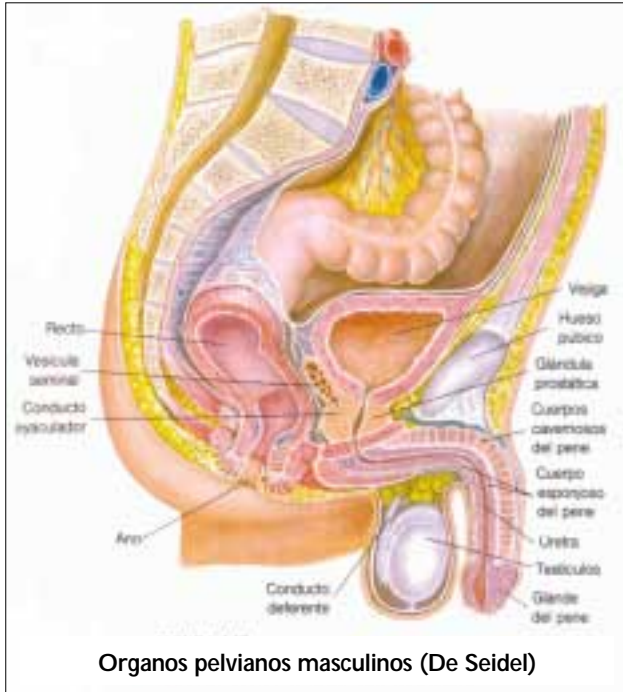
- Suprapúbico o Retropúbico.
- Perineal
- Transcoccígeo

Asimismo se han ideado técnicas específicas para minimizar dos posibles complicaciones de la prostatectomía radical: La impotencia y la incontinencia. También puede realizarse una linfadenectomía en los cánceres de

próstata, realizándose después de la prostatectomía radical.

Está indicado este tipo de intervención en los cánceres de próstata contenidos dentro de una cápsula ( estadíos A1, A2, B1, B2 ), no incluyéndose las lesiones en estadio avanzado que han penetrado a la cápsula (estadíos C, D1, D2 ).

Las complicaciones que se pueden presentar son (además de las ya mencionadas): infección, estenosis de uretra y separación de la uretra de la vejiga.



Organos pelvianos masculinos (De Seidel)

### Epidemiología:

■ Prevalencia de cáncer de próstata: Directamente proporcional a la edad del varón:

50 – 59 años : 10 %

90 – 99 años : 80 %

■ Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en España: 18,1 casos / 100.000 habitantes / año. (tercer puesto en causas de mortalidad por cáncer)

#### ■ Factores causales

##### • Raza:

Orientales: 0,8 casos / 100.000 hab. / año

Afroamericanos: (Estados Unidos) 100,2 casos / 100.000 hab. / año

- Factores ambientales: se ha constatado que cuando los orientales se instalan en Estados Unidos su tasa de incidencia se eleva hasta 18,6 casos/ 100.000 habitantes/año. Pueden ser por determinadas sustancias (cadmio), dietética, etc.

Se ha especulado mucho sobre los factores genéticos. Lo cierto es que parece haber dos tipos de neoplasia de la glándula prostática: La neoplasia espontánea y la que se agrupa familiarmente. Las posibilidades de padecer un cáncer de próstata si existen familiares de primer grado afectados por la enfermedad se incrementan notablemente.

La dependencia de la existencia del adenocarcinoma de próstata a los andrógenos es inequívoca. Las personas que

en su día fueron sometidas a la castración en la época pre-púber, los eunucos verdaderos, no padecen cáncer prostático. En esta dependencia hormonal se basa el tratamiento de bloqueo hormonal y antiandrogénos, aunque, como todos sabemos, existen las líneas celulares hormonoindependientes. Estados hiperestrogénicos como la cirrosis hepática se han implicado como un factor de protección, aunque luego no se hayan demostrado fehacientemente.

Algunos estudios han observado que los obesos con cáncer de próstata tienen, en líneas generales, un estadio menor que los que no lo son en el momento del diagnóstico.

## PRECIRUGÍA

### CONTROLES PREQUIRÚRGICOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

#### a) Tacto rectal

Aproximadamente un 40% de los cánceres de próstata pueden detectarse con esta técnica.

- Información al paciente de la técnica
- Colocación según posturas estandarizadas del servicio
- Limpieza y atención al paciente después de la prueba

#### b) Ecografía más biopsia transrectal (BTR)

Sirve para realizar una delimitación más precisa de la próstata y estructuras adyacentes, así como se consigue la confirmación del diagnóstico de cáncer mediante estudio anatomopatológico.

– Información al paciente sobre técnicas y preparación del paciente (se adjuntan instrucciones por escrito):

– Profilaxis antibiótica (para BTR)

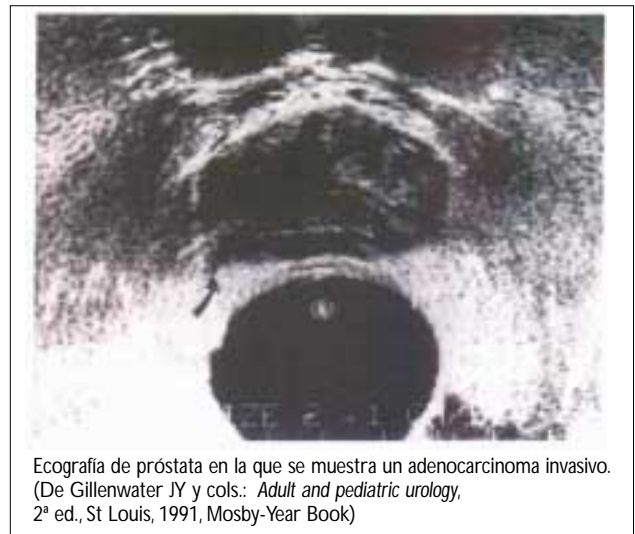
– Enema de limpieza previo a la intervención

– No debe miccionar por lo menos dos horas antes de la intervención

– Información de posibles complicaciones: Hematuria, rectorragia, retención urinaria

– Preparación del material necesario, colaboración con el médico en el desarrollo de la técnica y recogida de muestras adecuada, asegurándonos de que estas llegan a anatomía patológica para su análisis.

– Se citará al paciente para recoger los resultados.



Ecografía de próstata en la que se muestra un adenocarcinoma invasivo. (De Gillenwater JY y cols.: *Adult and pediatric urology*, 2ª ed., St Louis, 1991, Mosby-Year Book)

**c) Pielografía y urografía intravenosa (PIV y UIV)**

Se usa ante evidencia de uropatía obstructiva a nivel de la salida de la uretra o de la unión uretero-vesical.

– Se procede a proporcionar información al paciente (adjuntando instrucciones por escrito) sobre la técnica a realizar y la preparación que se le va a llevar a cabo.

**d) TAC y RX simples óseas**

Descartan metástasis en diferentes localizaciones o anomalías ganglionares

– Se informará sobre el procedimiento de citación y de recogida de resultados

**e) RNM (Resonancia Magnética Nuclear)**

Prueba utilizada para determinar la extensión tumoral local

– Se informará sobre el procedimiento de citación (Admisión) y recogida de resultados

**f) Linfangiografía**

Descartan metástasis en ganglios linfáticos

– Se informará sobre el procedimiento de citación (RX) y recogida de resultados

**g) Determinación sanguínea de PSA (Antígeno Sérico Específico Prostático)**

Cualquier proceso que afecte a la glándula prostática afectará al PSA, siendo los niveles más altos en el adenocarcinoma de próstata

**h) Fosfatasa ácida y alcalina sérica**

Sus valores son concluyentes en casos ya avanzados

– Se informara sobre el procedimiento de citación y recogida de resultados, al igual que con el PSA

**OPCIONES TERAPEUTICAS**

Una vez hecho un diagnóstico definitivo y, dependiendo del estadio, se puede optar por los siguientes tratamientos:

**a) Tratamiento hormonal****a.1.) Estrógenos**

Suprimen la hormona luteinizante (LH) e inhibe la producción de estrógenos

Efectos Secundarios:

- Afectación cardiovascular
- Edema periférico
- Cambio del hábito corporal
- Ginecomastia
- Mayor riesgo de tromboembolismo

**a.2.) Antiandrógenos**

Inhiben la síntesis de andrógenos o su acción (compitiendo con los receptores)

Efectos secundarios:

- Nauseas, vómitos
- Ginecomastia
- Hepatotoxicidad
- Hipocalcemia

**b) Tratamiento radioterápico**

b.1) Radioterapia externa sobre la próstata

b.2) Radioterapia sobre metástasis óseas (medida paliativa del dolor)

**c) Intervenciones quirúrgicas**

c.1) Prostatectomía radical

Indicado en el carcinoma de próstata circunscrito a la

próstata o a su cápsula. Puede realizarse por distintas vías o accesos:

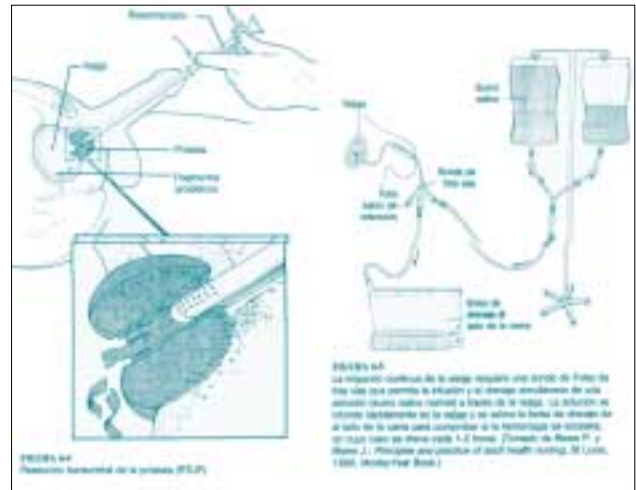
– Retropúbica: Se extirpa próstata, cápsula y ganglios linfáticos regionales. Según F. J. Blanco Casares esta intervención mejora los índices de continencia postquirúrgica.

– Perineal: Se alcanza más fácilmente la próstata para su extirpación, pero no contempla la linfadenectomía simultánea. Si se desea matizar ésta será vía laparoscópica previa a la prostatectomía radical.

c.2) Linfadenectomía pélvica: Indicado en el estudio tumoral

c.3) Resección prostática transuretral (RTU)

Para conseguir retención urinaria completa o casi completa



c.4) Orquiectomía

Alternativa al tratamiento hormonal

c.5) Resección prostática transuretral con neodimio y AG  
Consiste en la ablación con láser del tumor localizado.

**OBJETIVOS**

Elaborar unos protocolos de enfermería orientados a la educación y apoyo psicológico del paciente sometido a prostatectomía radical, así como a su familia, con el fin de lograr una mayor adaptación a su nueva situación.

Optimizar los cuidados enfermeros aplicando las bases de actuación creadas.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Este estudio se ha llevado a cabo con 26 historias de pacientes sometidos a prostatectomía radical (cuya edad oscila entre 53 – 65 años), en el período de tiempo comprendido entre marzo de 1.993 y Junio de 1.998, presentando el 100 % impotencia y un 1 % incontinencia y estenosis, no existiendo ningún abandono, empleándose además las normas vigentes hasta el momento del estudio.

Los procedimientos utilizados fueron:

– Entrevistas individualizadas al paciente, familia y a ambos con el fin de recolectar información sobre los problemas derivados de las secuelas principales.

- Aplicación de las normas establecidas para su análisis.
- Revisión del historial de los 26 pacientes.

Las entrevistas son abiertas concertadas mediante contacto telefónico, fuera de la jornada laboral y cualquier día de la semana.

Con toda esta información obtenida se pretendía identificar los errores en las normas existentes para subsanarlos con la creación de estos protocolos y que, a su vez, se adecuen a los problemas mas frecuentes.

#### CONTROLES Y RECOMENDACIONES PARA LA VIDA DIARIA POST-CIRUGÍA

Se plantean los cuidados según el número de visitas que se realicen en la consulta.

##### Primera visita

El paciente acudirá con cistografía ya realizada y portando sondaje vesical

- Retirada de la sonda vesical si los resultados de la prueba son normales
- Colocación de pañal de incontinencia e información de los distintos tipos existentes en el mercado financiados, a ser posible, por la S.S.
- Información sobre reeducación de esfínteres urinarios.

##### Aplicar protocolo de incontinencia

- Aplicar protocolo de impotencia
- Dar nueva cita para, mas o menos, dentro de 15 días
- Sucesivas visitas

Se citará al paciente según evolución. La frecuencia es de 15 días o un mes los tres primeros meses, realizando controles de PSA. Se irán espaciando las visitas progresivamente, teniendo en cuenta los resultados de PSA y estado del paciente.

##### Instrucciones para la vida postoperatoria

Son consejos para las 6-8 semanas siguientes al alta hospitalaria

- Evite estar sentado demasiado tiempo y es recomendable caminar de forma moderada. No cargue pesos mayores de 5 Kg.

- No retrase la micción. No haga «pujos». Tome una dieta rica en fibra, evitando alcohol condimentos y café (para prevenir el goteo y la hemorragia)

- Realice una ingesta de líquidos no menor a 1500 ml/día, bebiendo poco durante las comidas y antes de acostarse (evita el goteo)

- Absténgase de relaciones sexuales durante 6-8 semanas

#### PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN IMPOTENCIA

##### a) Información al paciente

El paciente ha sido informado previamente a la intervención de esta secuela y posibilidades terapéuticas.

El tratamiento se lleva a cabo cuando el paciente no puede conseguir o mantener una erección. Consistiría en inyectar en el cuerpo cavernoso del pene una sustancia que produce vasodilatación, permitiendo la entrada de sangre en los capilares. De este modo el pene se engruesa atrayendo la sangre e impidiéndola escapar. El resultado es una

erección que se prolongaría de una a dos horas. Las normas para aplicar eficazmente este tratamiento son:

- Enseñanza de la técnica al paciente y ajuste de la dosis para que una erección se prolongue de una a dos horas.
- Información sobre los posibles efectos secundarios y frecuencia con la que pueden inyectarse.

##### b) Normas para la autoinyección de PGE1

En primer lugar hay que enseñar a localizar los cuerpos cavernosos del pene, situados a ambos lados de su eje, sin llegar ni a la punta ni a la base del pene.

El material a reunir será: Algodón con alcohol, jeringas de un ml, agujas y el vial con el inyectable.

Limpie la parte superior del vial con alcohol. Monte la aguja en la jeringa e inyecte en el vial una cantidad de aire igual a la dosis que se vaya a poner. aspire lentamente la cantidad de fármaco adecuado, cuidando de que no existen burbujas. Una vez hecho ésto, cambie de aguja para la inyección.

Tome el pene por la punta y estírelo con fuerza sobre el muslo derecho o izquierdo. Limpie la zona donde se va a inyectar con alcohol.

Tome la jeringa como un lápiz e inyecte con rapidez el fármaco. Comprima la zona de inyección durante 5 minutos con algodón con alcohol.

- Aspectos a recordar

- Si siente dolor durante la inyección, extraiga la aguja inmediatamente y comprima la zona durante 5 minutos con algodón con alcohol.

- Si la erección dura mas de 6 horas, debe avisar a su médico rápidamente

- Asegúrese de la correcta esterilización de sus agujas

- No debe inyectarse nunca otra vez antes de pasadas 24 horas de la primera inyección

- Ha de visitar a su urólogo cada 4-6 meses para valorar la eficacia de este programa de erección farmacológica

##### c) Efectos secundarios

Además de la PGE1 (que es la usada en nuestro servicio), existen otros vasodilatadores como la Papaverina y Fentolamina. La PGE1 (o Alprostadil) presenta menos efectos

secundarios, los cuales pueden ser:

- Lesiones fibrosas del pene (sobre todo con la Papaverina)
- Priapismo (erección dolorosa y prolongada que puede lesionar los tejidos a no ser que revierta)
- Molestias en la zona de inyección (sobre todo con el Alprostadil)
- Hepatotoxicidad (rara, solamente con Papaverina)

#### PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

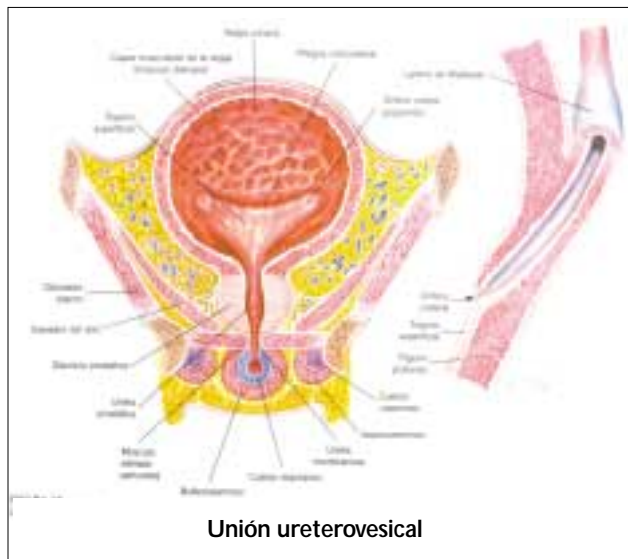
##### a) Definición de incontinencia

Se define como la emisión incontrolada de orina en cantidad y frecuencias suficientes como para constituir un problema social y/o higiénico para el paciente y sus familiares.





En el caso de la incontinencia derivada de una prostatectomía radical, puede ser transitoria o crónica, y es debida a atonía del esfínter por lesión en la intervención quirúrgica.



**b) Ejercicios de kegel**

Son ejercicios de reforzamiento de la musculatura pélvica que ayudan a eliminar y/o reducir la incontinencia urinaria de esfuerzo, que es uno de los tipos mas frecuentes en estos casos.

- En primer lugar debemos enseñar al paciente a localizar e identificar correctamente la musculatura pelviana.
- Es conveniente elegir una hora y lugar para realizarlos. Se necesitarán al menos 15 minutos para realizarlos, bien sentados o de pie, aunque también en decúbito supino (según las preferencias del paciente).

- El ejercicio consistiría en mantener apretada la musculatura pélvica unos diez seg. y relajarla otros 10 seg. repitiéndose esta secuencia 10 veces. Con el paso del tiempo se puede ir aumentando el número de ejercicios.

- Otras variantes de estos ejercicios pueden ser:
- Contraer y relajar los músculos pélvicos en rápida sucesión, repitiéndolo 10 veces
- Contraer los músculos mientras espira y cuenta hasta 30, repitiéndolo 10 veces

**c) Farmacoterapia de la incontinencia**

c.1) Alfasimpaticomiméticos: Efedrina, Seudofedrina, Fenilpropranolamina

Su acción consiste en elevar el tono de la musculatura lisa uretral y del rabdoesfínter.

Los efectos secundarios son menores con Seudofedrina y Fenilpropranolamina, y consiste en alteraciones del SNC (insomnio, cefalea, nerviosismo, confusión, mareo), SCV (taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, disritmias), SGI (nauseas, vómitos, anorexia), SGU (disuria, retención urinaria), y otros como sudoración, sed, hiperglucemia.

Consideraciones de enfermería:

- No administrar por la noche
- Se advertirá al paciente de que consulte a su médico antes de tomar otro medicamento, ya que muchos que se venden sin receta contienen agentes que se suman al efecto de estas medicaciones

- Sobre todo con la Efedrina, hay que tener cuidado de no conducir ni realizar prácticas arriesgadas ya que produce mareo
- Se enseñará al paciente a tomarse el pulso para determinar cualquier cambio en la regularidad del mismo

c.2) Antidepresivos Tricíclicos: Imipramina

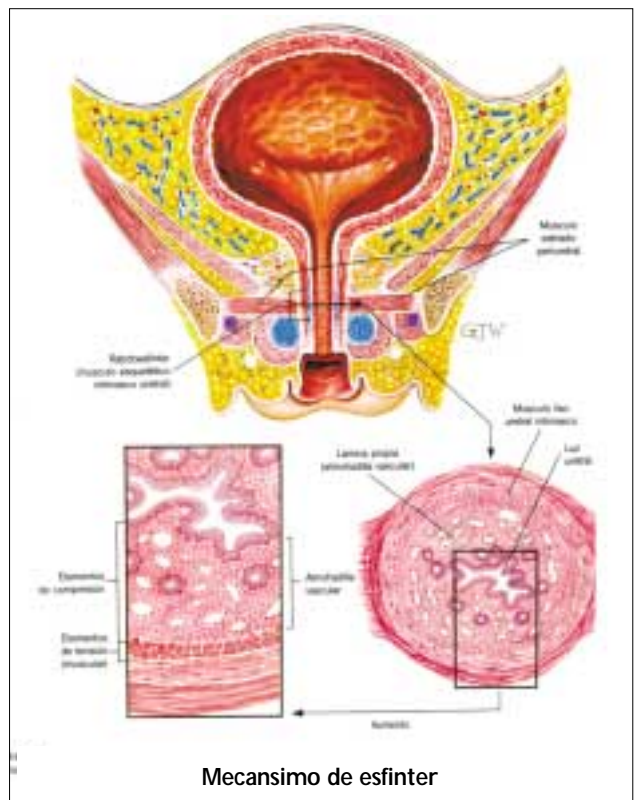
Posee efectos anticolinérgicos, antihistamínicos, hipotensores, sedantes, ligeramente analgésicos y vasodilatadores periféricos.

Su principal efecto es el de elevar el tono de la musculatura lisa uretral y del rabdoesfínter.

Consideraciones de enfermería:

- Se recomienda tomarlas con las comidas, para minimizar la irritación gástrica que produce
- Deben consultar con su médico cualquier nuevo medicamento que deban tomar, ya que existe, como en el caso anterior, fármacos sin receta médica que contienen agentes que pueden interactuar con la Imipramina
- No es recomendable que conduzcan ni que realicen actividades arriesgadas durante su administración, ya que pueden producir somnolencia e hipotensión ortostática
- Su retirada debe ser paulatina
- Puede producir sequedad de boca

**d) Control de la ingesta de líquidos**



El paciente debe beber una cantidad de líquido normal, unos 1500 ml/día, ya que existe la tendencia a creer que bebiendo menos se conseguirá reducir la incontinencia. La ingesta deberá repartirse durante todo el día, limitando la cantidad de líquidos en las comidas y a la hora de acostarse.

Es recomendable evitar las bebidas gaseosas y que contengan cafeína. Algunas personas pueden notar mas irrita-

ción vesical cuando beben zumos de cítricos.

#### e) Dispositivos colectores para incontinencia urinaria

Se usan cuando la incontinencia es ligera o temporal. Los criterios de elección del dispositivo más adecuados son:

- Nivel de incontinencia
- Comodidad del dispositivo
- Facilidad de su uso (lo ideal es que el propio paciente pueda ponérselo)
- El tamaño del dispositivo (hay que tratar de que se note y suene al caminar lo menos posible)
- Facilidad para su limpieza o para desecharlo
- El precio

Los distintos tipos de dispositivos colectores que podemos encontrar son:

- Pañales: Para pacientes con grandes incontinencias, los obligados a guardar cama o están en silla de ruedas. Son voluminosos y sueñan al caminar
- Ropa interior de adultos: Sirve para grandes cantidades de orina, pero pueden ser molestos al estar acostados
- Calzoncillos con compresas absorbentes: También retienen grandes cantidades de orina
- Colectores de goteo masculino: Se usan para pequeñas cantidades. Se ajustan cómodamente sobre el pene y pasan desapercibidos

- Compresas higiénicas: Están ideadas para el flujo menstrual y no para retener orina, absorbiéndola poco y mal

#### f) Cuidados de la piel del paciente incontinente

La orina es muy irritante para la piel, ya que produce irritación e inflamación rápidamente. Si la exposición a la orina se mantiene aparecen erupciones y excoriaciones.

A continuación se describen algunos sencillos procedimientos que ayudan a prevenir este deterioro dérmico.

- Mantener limpia la región perineal, lavándola con jabón y agua. A continuación aplicar un protector cutáneo o un sellante húmedo, para hidratar y proteger su piel.
- Si se moja la ropa de vestir o de cama cambiarla rápidamente
- Siempre que pueda, es conveniente exponer la región perineal al aire
- Si el paciente está encamado, asegurarse de que su piel no se ponga en contacto directamente con las típicas fundas de plástico con que se protege la cama.
- Usar el dispositivo colector de orina más adecuado a las necesidades del paciente
- Si a piel llega a irritarse, usar cremas y aerosoles adecuados para mitigar los síntomas



- Productos para el cuidado de la piel
  - Pañuelos húmedos: Limpian la piel sin irritarla
  - Productos de limpieza específicos sin jabón: Hemos de tener cuidado con ellos ya que algunos contienen perfumes que pueden originar alergias
  - Desodorantes: Pueden presentarse en aerosol o en gotas. No deben aplicarse directamente sobre la piel. Se aplican preferentemente sobre la bolsa de orina o sobre los sistemas de drenaje.
  - Cremas y lociones hidratantes
  - Cremas antifúngicas: Se usan ante evidencia de infección micótica debido, la mayoría de las veces, a la humedad.
  - Películas, cremas, y ungüentos protectores: Se usan cuando la piel se encuentra dañada por la irritación
  - Polvos (almidón de maíz): Ayudan a controlar la humedad. Algunos contienen perfumes

#### g) Infecciones del tracto urinario (ITU)

Son infecciones o inflamaciones localizadas a lo largo de las vías urinarias, desarrollándose la mayoría en vejiga y uretra. Puede tener diversos orígenes:

- Sobredilatación de la vejiga (por evacuación incompleta)
- Falta de limpieza de la sonda
- Por inflamación uretral

Los signos y síntomas de sospecha son: necesidad imperiosa de orinar, dolor lumbar o pélvico, orina turbia y con mal olor, hematuria, escalofríos, fiebre, anorexia, astenia, presencia de sedimento en orina.

Las medidas de prevención a llevar a cabo son:

- Higiene adecuada
  - Fomentar un vaciado completo y regular de la vejiga
  - Asegurar una adecuada ingesta de líquidos
  - Mantener la orina ácida, evitar los zumos de cítricos, colas y café
  - Controlar el pH de la orina
- Estas infecciones, si no se tratan adecuadamente, pueden llevar a una retención urinaria y daño vesical y renal, así como a cálculos urinarios.

#### h) Retención urinaria

Estado en el cual el individuo experimenta una incapacidad crónica para orinar, seguida de una micción involuntaria (incontinencia por rebosamiento).

Características:

- Distensión vesical, asociada o no a pequeñas micciones frecuentes o goteo con 100ml o más de orina residual
- El individuo afirma que siente como si la vejiga no se le vaciara después de orinar

La actuación de enfermería consiste en enseñar al paciente a realizar contracción abdominal y las maniobras de Valsalva y Crede para reeducación vesical:

- Maniobra de Crede: Poner las manos justo debajo de la zona umbilical, apretar firmemente hacia abajo y hacia el arco pélvico. Repetirlo 6 ó 7 veces hasta que no salga mas orina.
- Maniobra de Valsalva: El paciente se inclinará hacia delante sobre los muslos y procederá a contraer los músculos abdominales, al mismo tiempo que aguanta la respiración. Se hace fuerza de esta manera hasta que cese el chorro de orina.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA  
EN LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

**a) Alteración de los procesos familiares**

Estado en que una familia que funciona normalmente de forma efectiva experimenta una disfunción. Sus características son:

- Sistema familiar incapaz de cubrir necesidades físicas, emocionales y espirituales
  - Dificultad para expresar – aceptar los sentimientos de los miembros
  - Familia poco hábil para cubrir las necesidades de seguridad de sus miembros
  - Dificultad de los miembros de la familia para relacionarse entre sí para el desarrollo y maduración mutua
  - Dificultad para aceptar o recibir ayuda adecuadamente
  - Familia poco hábil para adaptarse al cambio o afrontar las experiencias traumáticas de forma constructiva
- Intervención de enfermería:
- Ayudar a la familia a valorar su situación
  - Crear un ambiente íntimo en el hospital y que sirva de apoyo a la familia
  - Implicar a los miembros de la familia en el cuidado del enfermo, así como instruirles con charlas sobre el tema en cuestión. También es importante proporcionarles una orientación anticipada conforme avanza la enfermedad
  - Fomentar el reconocimiento de los propios sentimientos en los miembros de la familia

**b) Ansiedad y temor**

Definición de ansiedad: Estado en que el individuo experimenta sentimientos de inquietud (aprehensión) y estimulación del S.N. autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas.

La ansiedad es un sentimiento vago de aprehensión hacia una amenaza al sistema de valores o patrón de seguridad de la persona. El individuo puede ser capaz de identificar la situación pero, en realidad, la amenaza a sí mismo se refiere a la inquietud y aprehensión enredadas en la situación. La situación es la fuente de las amenazas, pero no es la amenaza.

Como contraste, el temor es el sentimiento de aprehensión hacia una amenaza específica o el peligro hacia el cual se despiertan los patrones de seguridad de las personas. Cuando la amenaza se elimina los sentimientos de miedo desaparecen.

El miedo puede existir sin ansiedad y viceversa. También ambos pueden coexistir clínicamente en la respuesta de la persona a una situación. Un individuo que afronta la cirugía puede tener miedo al dolor y ansiedad sobre un posible diagnóstico de cáncer.

Intervención de enfermería:

- Proporcionar seguridad y bienestar transmitiéndole una sensación de comprensión empática
- Ayudarle a establecer las conexiones entre los sentimientos de frustración y el comportamiento subsecuente
- Desarrollar estrategias de modificación de la conducta y discutir las con todas las personas implicadas con el objeto de lograr una aplicación congruente.
- Interaccionar con al persona cuando no asume conductas de exigencia o manipulación

**c) Alteración de la autoestima**

El individuo experimenta o está en riesgo de experimentar una autoevaluación negativa sobre su yo o sus capacidades. Características más importantes (pueden ser expresadas o encubiertas):

- Expresión verbal negativa hacia sí mismo
- Expresiones de vergüenza o culpa
- Se evalúa a sí mismo como incapaz de controlar los sucesos
- Desecha o rechaza las respuestas positivas y exagera las respuestas negativas hacia sí mismo
- Reticente a probar nuevas cosas o situaciones
- Negación de problemas que son obvios para otros
- Proyección de la culpa o responsabilidad por los problemas
- Racionalización de los fallos personales. Hipersensibilidad ante la menor crítica

Intervención de enfermería:

- Establecer una relación de confianza entre la enfermera y el cliente
- Promover las relaciones sociales y animarlo a que acepte la ayuda de otros, evitando la superprotección
- Animar a la persona a que exprese sus sentimientos y a que realice preguntas sobre todo lo relacionado con su problema de salud, proporcionándole una información fiable y real

**d) No- seguimiento del tratamiento**

Se da esta situación cuando una persona informada decide no colaborar en las recomendaciones terapéuticas. Características más importantes:

- Conducta indicativa de falta de adhesión
- Pruebas objetivas del hecho
- Evidencia y desarrollo de complicaciones y/o de exacerbación de síntomas
- No comparecencia a las visitas y falta de progreso

Intervención de enfermería:

- Entrevista individualizada en busca de las posibles causas de su actitud: creencias, temores, experiencias traumáticas, etc.
- Establecer una relación de confianza para incidir sobre los factores concretos que afectan a su conducta
- Crear nuevos patrones de actuación para evaluaciones sucesivas

**RESULTADOS**

Los resultados del trabajo enfermero empleando protocolos, permite evaluar toda la labor educadora, investigadora y de administración de cuidados que se realiza en la consulta. Se resalta la labor eficaz en aspectos tan importantes como:

- En un 85% de los pacientes la disfunción de la erección se ha resuelto, ya que pueden mantener relaciones sexuales satisfactorias
- En un 99% la incontinencia se resuelve adecuadamente, ya que se ha erradicado o minimizado, manteniendo la integridad dérmica intacta
- En un 100% la ansiedad y temor del paciente han sido reemplazados por un conocimiento real de su estado

– En un 100% se consigue que el paciente es capaz de verbalizar sus sentimientos, se muestra receptivo a la ayuda familiar y terapéutica

– Se consigue que el paciente se exprese de una manera realista. Identificando los aspectos positivos de sí mismo, dando lugar a una interacción adecuada con los demás

#### CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

El empleo de protocolos en la consulta se muestra realmente efectivo en el trabajo enfermero porque:

- Ordena el trabajo.
- Aumenta la calidad de los cuidados prestados.
- Facilita la educación y el aprendizaje del paciente y su familia.
- Favorece la creación de una actitud abierta y de confianza entre todos.
- Presenta las líneas de actuación básicas adaptándolas a cada situación.

Además hemos podido constatar el incremento de la satisfacción personal tanto del profesional como del paciente y su familia.

Se ha establecido en el personal de enfermería de la consulta una base de referencia y apoyo constante para cualquier tipo de demanda.

Consideramos, por otro lado, que la actuación sería más completa e integral si fuese abordada desde un equipo interdisciplinar (médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, auxiliares de enfermería, etc.), en unas instalaciones adecuadas para el afrontamiento y diálogo entre las partes implicadas (profesionales, paciente, familia).

Creemos importante la revisión periódica de estos protocolos para adaptarlos a las nuevas técnicas diagnósticas y médico-quirúrgicas, tratamientos, materiales, productos e innovaciones del mercado, así como a las nuevas necesidades que surjan en la atención cotidiana.

**LA ACTUACIÓN  
SERÍA MÁS COMPLETA  
E INTEGRAL  
SI FUESE ABORDADA  
DESDE UN EQUIPO  
INTERDISCIPLINAR  
(MÉDICOS, PSICÓLOGOS,  
ENFERMEROS, ASISTENTES  
SOCIALES, AUXILIARES  
DE ENFERMERÍA, ETC.),  
EN UNAS INSTALACIONES  
ADECUADAS PARA  
EL AFRONTAMIENTO Y  
DIÁLOGO ENTRE  
LAS PARTES IMPLICADAS  
(PROFESIONALES,  
PACIENTE, FAMILIA).  
CREEMOS IMPORTANTE  
LA REVISIÓN PERIÓDICA  
DE ESTOS PROTOCOLOS PARA  
ADAPTARLOS A LAS NUEVAS  
TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y  
MÉDICO-QUIRÚRGICAS,  
TRATAMIENTOS,  
MATERIALES, PRODUCTOS  
E INNOVACIONES  
DEL MERCADO, ASÍ COMO  
A LAS NUEVAS NECESIDADES  
QUE SURJAN EN  
LA ATENCIÓN COTIDIANA**

#### BIBLIOGRAFÍA

- Gerald L. Andriole. "Terapia adyuvante en los enfermos con cáncer de próstata y alto riesgo de recidiva después de la prostatectomía radical». Separata 1.998 European Urology.
- Noticias Depot número 18. Septiembre 1.999
- «Cáncer de próstata». Volumen 2 número 2 de Cuneut medical literature. Zéneca The Royal Society of Medicina. 1.995
- Casodex 50. Zeneca (publicidad aportada por el laboratorio)
- Medical Digest Urología. Volumen 1 número 1. Editorial MCK S. A. 1.999
- Atlas TNM. Tumores Urológicos. Cuarta Edición. Springer – Verlag Ibérica S.A. 1.998
- «Cáncer de Próstata: Temas de hoy, enfoques de futuro». Proceedings del Congreso Internacional celebrado en Londres. 1.995. Editor Roger S. Kirby. Londres 1.996
- «Conferencia de Consenso sobre carcinoma de próstata». Asociación Española de Urología. ENE Ediciones 1.996
- «Actualización en Urología». AVA update series. Edición española 1.999 volumen 23. Medical Trends S. L.
- Mikel Gray. «Transtornos Genitourinarios» Serie Mosby de enfermería clínica. Mosby / Doyma. 1.995
- L. J. Carpenito. «Manual de Diagnóstico de Enfermería». Cuarta edición. Interamericana – McGraw – Hill
- «Diagnóstico de Enfermería». Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios por Mercedes Ugalde Apalategui y Assumpta Rigol i Cuadra. Masson S. A.