

**GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2023-2024

TRABALLO FIN DE GRAO

**Plan de cuidados de un paciente con  
hiperplasia maligna de próstata en Atención  
Primaria: Estudio de Caso.**

**Alba Vázquez Botana**

**Directora: María Teresa García Rodríguez**

**Junio 2024**

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS, TABLAS Y FIGURAS .....</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
1.1 Hiperplasia maligna de próstata: que es, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento .....	6
1.2 Epidemiología del cáncer de próstata .....	13
<b>2. JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA.....</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4. PRESENTACIÓN DEL CASO .....</b>	<b>15</b>
<b>5. NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON.....</b>	<b>19</b>
5.1 Relación de diagnósticos de enfermería según las necesidades básicas de Virginia Henderson.....	25
<b>6. PLAN DE CUIDADOS.....</b>	<b>26</b>
6.1. Diagnósticos de enfermería.....	28
6.2. Ejecución y evolución clínica del caso .....	34
6.3 Evaluación de los resultados .....	36
<b>7. DISCUSIÓN .....</b>	<b>37</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO I. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REALIZAR EL ESTUDIO     DE CASO .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO II. ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EVA) .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO III. CUESTIONARIO AUDIT-C.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO IV. CUESTIONARIO AUDIT .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO V. ÍNDICE DE BARTHEL .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO VI. ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J.H.DOWNTON.....</b>	<b>49</b>

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS, TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE ABREVIATURAS			
<b>ABVD</b>	Actividades Básicas Vida Diaria	<b>kg/m<sup>2</sup></b>	kilogramo por metro cuadrado
<b>AIVD</b>	Actividades Instrumentales Vida Diaria	<b>mg/g</b>	miligramo/gramo
<b>AP</b>	Atención Primaria	<b>mmHg</b>	milímetro de mercurio
<b>AUDIT-C</b>	Alcohol Use Disorders Identification Test- Cribado	<b>M/p</b>	Manifestado por
<b>AUDIT</b>	Alcohol Use Disorders Identification Test	<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>cc</b>	Centímetro Cúbico	<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>Ch</b>	Charrière	<b>NIC</b>	Nursing Interventions Classification
<b>DdE</b>	Diagnóstico de Enfermería	<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>ETR</b>	Ecografía Transrectal	<b>PSA</b>	Antígeno prostático específico
<b>EVA</b>	Escala Visual Analógica	<b>R/c</b>	Relacionado con
<b>HUAC</b>	Hospital Universitario A Coruña	<b>REM</b>	Rapid Eye Movement
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal	<b>RTUP</b>	Resección transuretral de próstata
ÍNDICE TABLAS			Pag
<b>Tabla 1.</b> Factores de riesgo del cáncer de próstata e influencia			8
<b>Tabla 2.</b> Clasificación según el sistema Gleason			9
<b>Tabla 3.</b> Estratificación de riesgo de cáncer de próstata			11
<b>Tabla 4.</b> Tipos de tratamiento para el cáncer de próstata			12
<b>Tabla 5.</b> Puntuación, zona e intervenciones del AUDIT			18
ÍNDICE DE FIGURAS			Pag
<b>Figura 1.</b> Cáncer de próstata			6
<b>Figura 2.</b> Representación modelo AREA			27

## **RESUMEN**

**Introducción:** La hiperplasia maligna de próstata es una neoplasia común y asintomática en sus etapas iniciales y entre los factores de riesgo están la edad, la raza y los antecedentes familiares. Para su detección se emplean distintas pruebas como la del antígeno prostático específico (PSA), que actúa como cribado para la detección de este cáncer.

**Objetivos:** Dar a conocer el papel de la enfermería durante el proceso postquirúrgico del cáncer de próstata, realizando una valoración de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson. Elaborar un plan de cuidados individualizado y valorar la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo con el paciente.

**Metodología:** Se realiza una recogida de datos de la historia clínica con previo consentimiento del paciente, valorándose los problemas de salud mediante la entrevista de enfermería y aplicando el modelo de Virginia Henderson. Se empleó la taxonomía enfermera NANDA-NOC-NIC para el desarrollo del plan de cuidados. La documentación para el caso se obtuvo a través de la búsqueda bibliográfica en bases de datos, páginas web oficiales y guías de práctica clínica.

**Discusión y conclusiones:** Las complicaciones a largo plazo tras una prostatectomía más frecuentes son la disfunción sexual y la incontinencia urinaria. Esta última puede verse mejorada con los ejercicios de suelo pélvico, aunque su eficacia está en debate.

**Palabras clave:** Cáncer, Próstata, Prostatectomía, Plan de cuidados, Enfermería.

## **RESUMO**

**Introdución:** A hiperplasia maligna de próstata é unha neoplasia común e asintomática nas súas etapas iniciais e entre os factores de risco están a idade, a raza e os antecedentes familiares. Para a súa detección empréganse distintas probas como a do antígeno prostático específico (PSA), que actúa como cribado para a detección deste cancro.

**Obxectivos:** Dar a coñecer o papel da enfermería durante o proceso postquirúrxico do cancro de próstata, realizando unha valoración das Necesidades Básicas de Virginia Henderson. Elaborar un plan de cuidados individualizado e valorar a efectividade das intervencións levadas a cabo co paciente.

**Metodoloxía:** Realízase unha recollida de datos da historia clínica con previo consentimento do paciente, valorándose os problemas de saúde mediante a entrevista de enfermería e aplicando o modelo de Virginia Henderson. Empregouse a taxonomía enfermeira NANDA-NOC-NIC para o desenvolvemento do plan de cuidados. A documentación para o caso obtívose a través da procura bibliográfica en bases de datos, páxinas web oficiais e guías de práctica clínica.

**Discusión e conclusións:** As complicacións a longo prazo tras unha prostatectomía máis frecuentes son a disfunción sexual e a incontinencia urinaria. Esta última pode verse mellorada cos exercicios de chan pélvico, aínda que a súa eficacia está en debate.

**Palabras chave:** Cancro, Próstata, Prostatectomía, Plan de cuidados, Enfermería.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Malignant prostate hyperplasia is a common and asymptomatic neoplasm in its initial stages, with risk factors including age, race, and family history. Different are used for its detection, such as prostate-specific antigen (PSA) test, which acts as a screening tool for the detection of this cancer.

**Objectives:** To highlight the role of nursing during the post-surgical process of prostate cancer, conducting an assessment based on Virginia Henderson's Basic Needs Theory. To develop an individualized care plan and evaluate the effectiveness of interventions with the patient.

**Methodology:** Data collection from the patient's medical history was conducted with prior consent, health issues were assessed through nursing interviews, employing the Virginia Henderson model. NANDA-NOC-NIC nursing taxonomy was utilized for care plan development. Documentation was obtained through literature search in databases, official websites, and clinical practice guidelines.

**Discussion and conclusions:** Long-term complications following prostatectomy commonly include sexual dysfunction and urinary incontinence. The latter may be improved with pelvic floor exercises, although their efficacy is debated.

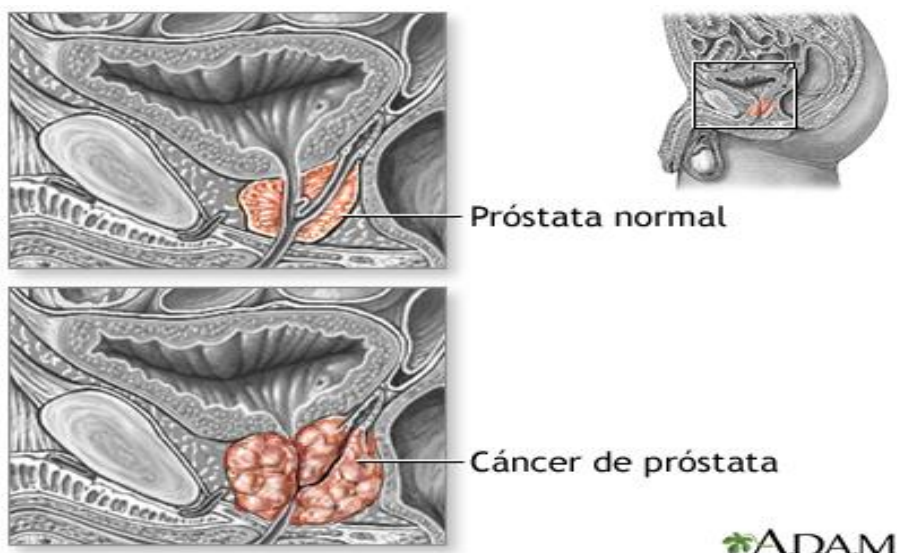
**Keywords:** Cancer, Prostate, Prostatectomy, Care plan, Nursing.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Hiperplasia maligna de próstata: que es, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento

La hiperplasia maligna de próstata o cáncer de próstata es una neoplasia hormono-dependiente que se origina cuando las células de esta glándula comienzan a crecer sin control. Se trata de una glándula exocrina túbulo-alveolar, de color gris y consistencia dura que rodea la porción inicial de la uretra masculina, siendo la encargada de producir parte del líquido que conforma el semen (Figura 1).

**Figura 1.** Cáncer de próstata.



*Fuente: MedlinePlus enciclopedia médica. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000380.htm>*

Este tipo de cáncer se considera una “enfermedad silenciosa” ya que pueden pasar hasta 10 años sin que se presenten síntomas mientras las células se transforman e incrementan. Cobra especial importancia por dos motivos principales:

- Su frecuente aparición en todo el mundo y
- La ausencia de síntomas en la fase inicial

que sumado a su lento crecimiento hace que pase inadvertido para el paciente. Por lo tanto, se suele diagnosticar cuando ya se ha propagado fuera de la glándula lo que disminuye las posibilidades de una regresión tumoral (1,2).

La causa de este tumor se desconoce, sin embargo, se sabe que su crecimiento está influido por las hormonas sexuales. Pese a no conocerse su causa con exactitud, los investigadores han encontrado ciertos factores de riesgo y han avanzado en el entendimiento de cómo pueden influir en el hecho de que las células prostáticas normales se transformen en cancerosas (1,3). Entre estos se encuentran (4) (Tabla 1):

- Edad: es más probable en hombres mayores de 65 años.
- Raza/grupo étnico: aparece con más frecuencia en los hombres de raza negra y en hombres del Caribe con ascendencia africana.
- Geografía: es más común en Norteamérica y en la región noroeste de Europa, Australia, y en las islas del Caribe. Es menos común en Asia, África, Centroamérica y Sudamérica. Esto puede ser debido al uso más intenso, en los países desarrollados, de pruebas de detección.
- Antecedentes familiares: el hecho de que el cáncer de próstata afecta más a unas familias que a otras sugiere que en algunos casos puede haber un factor hereditario o genético lo cual duplicaría el riesgo de este tumor.
- Cambios genéticos: varias mutaciones genéticas parecen aumentar el riesgo de padecer cáncer de próstata. De igual manera, los hombres con el síndrome de Lynch tienen mayor riesgo de padecer varios tipos de cáncer, incluido el de próstata.
- Factores con menos efecto claro en el riesgo de cáncer de próstata:
  - Alimentación: la función que desempeña la dieta en el desarrollo de este cáncer no está clara, y la mayoría de las investigaciones no han encontrado tal asociación.



- **Obesidad:** algunos estudios revelan que los obesos tienen un riesgo menor de padecer esta enfermedad en un estadio bajo pero mayor riesgo de un cáncer de próstata más agresivo. No todos los estudios han encontrado este vínculo.
- **Exposiciones a sustancias químicas:** cierta evidencia indica que determinadas sustancias pueden aumentar el riesgo.
- **Inflamación de la próstata:** la asociación entre la prostatitis y el cáncer de próstata no está clara.
- **Infecciones de transmisión sexual:** no se han logrado conclusiones sólidas a este respecto.
- **Vasectomía:** pese a que se sigue investigando si los hombres que se han sometido a una vasectomía presentan un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de próstata muchos de los estudios no han encontrado relación.

**Tabla 1.** Factores de riesgo del cáncer de próstata e influencia.

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>MAYOR INFLUENCIA</b>
Edad	> Riesgo en > 65 años
Raza/ Grupo étnico	>Raza negra y ascendencia africana
Geografía	>Norteamérica, noroeste de Europa, Australia, islas del Caribe
Antecedentes familiares	Duplica el riesgo
Cambios genéticos	Algunas mutaciones genéticas, síndrome de Lynch
<b>FACTORES DE RIESGO CONTROVERTIDOS Y POCO CLAROS</b>	
Alimentación	Obesidad
Tabaquismo	Exposición a sustancias químicas
Inflamación de próstata	Infecciones de Transmisión Sexual
Vasectomía	

Para determinar el grado de los cánceres de próstata se utiliza el sistema Gleason que consiste en asignar una puntuación usando números del uno al cinco basándose en el aspecto anormal de las células al microscopio. Si el tejido tumoral se asemeja mucho al tejido normal de la glándula se le

asigna el grado 1. Si por el contrario las células son muy anormales se le asigna el grado 5. Al estar la próstata dividida en dos lóbulos y al ser frecuente encontrarse zonas de distintos grados, se puntúa cada lóbulo según el sistema Gleason. Estas dos puntuaciones se suman y dan como resultado la puntuación de Gleason que está en un intervalo entre 2 - 10 y que determinará el grado del tumor, así, cuanto mayor sea la puntuación Gleason, mayor es la probabilidad de que el cáncer crezca y se propague más rápido (1,5) (Tabla 2):

**Tabla 2.** Clasificación según el sistema Gleason

<b>PUNTUACION GLEASON</b>	<b>CLASIFICACION</b>
Puntuación Gleason $\leq 6$	Cáncer bien diferenciado o de bajo grado.
Puntuación Gleason 7	Cáncer moderadamente diferenciado o grado intermedio
Puntuación Gleason $\geq 8$	Cáncer pobremente diferenciado o de alto grado.

Como ya se comentó previamente, las etapas tempranas de este tipo de cáncer son asintomáticas. La presencia de síntomas sugiere un avance local o metástasis. En su mayoría afectan a la micción debido al crecimiento local del tumor en la uretra o el cuello de la vejiga. Se origina una disfunción esfinteriana que establece trastornos de vaciado, de continencia y contracciones involuntarias de la vejiga. Por lo tanto, entre los principales signos y síntomas se encuentran (1,6): dificultad para comenzar a orinar, necesidad de orinar varias veces, especialmente durante la noche, dificultad para vaciar la vejiga por completo y disminución o interrupción del flujo de orina.

Estos síntomas también pueden estar causados por una afección llamada hiperplasia benigna de próstata, que, aunque no sea cancerosa, a veces necesita una intervención quirúrgica (6).

Cuando el cáncer se encuentra en un estadio avanzado los posibles síntomas son dolor de espalda, cadera o pelvis que no desaparece, falta de aire, cansancio, frecuencia cardíaca aumentada, mareo o piel pálida (6).

Para su detección se realiza un examen físico general. Las pruebas más conocidas son el tacto rectal y la prueba sérica del antígeno prostático específico (PSA). La finalidad del tacto rectal es detectar bultos o áreas anormales de forma directa. Es útil para descubrir precozmente el cáncer de próstata ya que la localización posterior de la mayoría de ellos los vuelve fácilmente palpables. Esta prueba tiene el 50% de probabilidad de falsos positivos, pero es idónea para el diagnóstico precoz (1,6).

Por otro lado, el PSA es una proteasa de serina producida por el epitelio prostático cuya función es separar y licuar el coágulo seminal que se forma tras la eyaculación. En varones sin la enfermedad la cantidad que circula en sangre es mínima. Niveles elevados de esta proteasa aparecen en formas localizadas y avanzadas del cáncer de próstata. Hoy en día es el mejor factor predictivo del que se dispone para diagnosticar este tipo de cáncer. No obstante, dista bastante de ser el marcador ideal de cribado. El nivel de PSA que se utiliza para la indicación de biopsia es mayor de 4 ng/mL. Sin embargo, en los últimos años existe una tendencia generalizada a disminuir este valor, sobre todo en los hombres jóvenes (1,6).

Para el diagnóstico también se utiliza la ecografía transrectal (ETR) y se emplea para ayudar al diagnóstico de tumores no palpables siendo el método de elección para realizar la biopsia de áreas intraprostáticas sospechosas. No obstante, esta prueba también tiene limitaciones en términos de bajo nivel predictivo positivo y especificidad. Por lo tanto, la biopsia de próstata se podría considerar la prueba más importante para el diagnóstico de este cáncer debido a que permite obtener tejido prostático para su estudio y determinar la existencia o no de células tumorales y clasificarlas según la puntuación de Gleason. Lo más común es que el abordaje de la biopsia sea transrectal. Algunas investigaciones exponen que las biopsias dirigidas más lateralmente a la zona periférica de la próstata, que es donde se originan el 80% de los carcinomas de próstata, pueden aumentar la detección en un rango del 9% al 30% más que con la técnica tradicional (1).

Por lo tanto, para la estratificación del riesgo de cáncer se tiene en cuenta los valores sanguíneos del PSA así como los valores histológicos de Gleason (1) tal y como se muestra en la tabla 3:

**Tabla 3.** Estratificación de riesgo de cáncer de próstata

<b>VALOR PSA</b>	<b>VALOR GLEASON</b>	<b>RIESGO</b>
< 10ng/ml	<7	Bajo
10-20ng/ml	7	Intermedio
> 20ng/ml	8-10	Alto

Las pruebas anteriores pueden ser complementadas con otras para ampliar el estudio como por ejemplo la fosfatasa ácida prostática, la fosfatasa alcalina ósea, pruebas funcionales hepáticas y biopsia de ganglios linfáticos entre otras (1).

En cuanto al tratamiento para el cáncer de próstata, hay diferentes tratamientos para los pacientes con este tipo de cáncer. Se utilizan ocho tipos estándar (6) (Tabla 4):

- Conducta expectante o vigilancia activa: es el tratamiento de elección en hombres de edad avanzada que no presentan signos, síntomas ni otras afecciones. Se realizan exámenes y pruebas cada cierto tiempo para determinar si el cáncer sigue creciendo, en caso positivo se administra tratamiento para curarlo.
- Cirugía: los pacientes con un tumor localizado solo en la glándula prostática y con un buen estado de salud es posible que se sometan a una cirugía para extirparlo. Existen diferentes tipos de cirugía. Entre ellas se encuentran la prostatectomía radical que consiste en extirpar la próstata, el tejido que la rodea y las vesículas seminales o la resección transuretral de próstata (RTUP) que suele ser la cirugía elección en la hipertrofia de próstata benigna o en hombres a los cuales no se les puede someter a una prostatectomía radical.
- Radioterapia y terapia con radiofármacos: se usan rayos X de alta energía u otro tipo de radiación para destruir las células cancerosas e impedir que se multipliquen. En la terapia con radiofármacos se

utiliza una sustancia radiactiva que se inyecta por vía intravenosa con la finalidad de que se desplace por el torrente sanguíneo.

- **Terapia hormonal:** las hormonas sexuales masculinas pueden hacer que el cáncer de próstata crezca, por lo tanto, este tratamiento elimina hormonas o bloquea su acción e impide la multiplicación de células cancerosas.
- **Quimioterapia:** se usan medicamentos que ingresan en el torrente sanguíneo y pueden llegar a las células cancerosas de todo el cuerpo.
- **Terapia dirigida:** es un tipo de tratamiento que causa menos daño a las células no cancerosas que la quimioterapia o radioterapia.
- **Inmunoterapia:** se usan sustancias elaboradas por el cuerpo o en el laboratorio para impulsar, dirigir o restaurar las defensas del cuerpo contra el cáncer.
- **Terapia con bifosfonatos:** se recurre a ella para disminuir la enfermedad cuando el cáncer se ha diseminado a los huesos.

**Tabla 4.** Tipos de tratamiento para el cáncer de próstata.

<b>TRATAMIENTOS</b>
Conducta expectante o vigilancia activa
Cirugía (prostatectomía radical, linfadenectomía pélvica, RTUP)
Radioterapia y terapia con radiofármacos
Terapia hormonal
Quimioterapia
Terapia dirigida
Inmunoterapia
Terapia con bifosfonatos

Por otro lado, se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos. Por ejemplo, la **criocirugía**, que consiste en congelar y destruir células de la próstata cancerosas; la **terapia por ecografía** enfocada de alta intensidad, en la cual se utiliza ultrasonido para destruir las células cancerosas; la **radioterapia con haz de protones** en la que se emplean

corrientes de protones a fin de destruir las células de un tumor; y la **terapia fotodinámica** en la que se utiliza un medicamento y un tipo específico de rayo láser para destruir células cancerosas (6).

## **1.2 Epidemiología del cáncer de próstata**

A nivel mundial el cáncer de próstata es la segunda causa de cáncer y entre la población masculina es el más común. Es la quinta causa de muerte por cáncer en hombres a nivel global, aunque tras el avance en los tratamientos y el diagnóstico precoz la tasa de supervivencia ha aumentado a 5 años (7). La incidencia aumenta de forma significativa conforme avanza la edad y debido al aumento de la longevidad de la población, se espera que la incidencia siga aumentando en los próximos años. La prevalencia de esta enfermedad se incrementa a partir de los 50 años y rara vez se presenta antes de los 45. Alrededor de 6 de 10 casos se diagnostican en hombres de 65 años o más y aproximadamente la edad media en el momento del diagnóstico es 67 años (1,8). Además, las tasas de incidencia más altas de esta patología se presentan en Austria y América del Norte. Por el contrario, las más bajas se presentan en los países asiáticos (7).

En el estudio ECHOS, llevado a cabo por de Velasco Oria de Rueda et al. que tiene como objetivo determinar la prevalencia, incidencia y el patrón de tratamiento para el cáncer de próstata hormonosensible metastásico en España, indican que la incidencia global de este cáncer es del 7.3% siendo su mortalidad del 3.8%, mientras que a nivel Europeo la incidencia de cáncer de próstata en 2018 fue del 21.8%. Además, observaron que hubo un incremento en la prevalencia del cáncer de próstata metastásico entre los años 2015 a 2019 desde el 12.2% al 14.6% (9).

Según estimaciones, en España, los cánceres más frecuentemente diagnosticados para el 2024 serán los de colon y recto, mama, pulmón, próstata y vejiga urinaria. Por sexo, se estima que, en hombres, los cánceres más habituales serán los de próstata, colon y recto, pulmón y vejiga urinaria (10). Además, en 2022, los fallecimientos más frecuentes en España por causa del cáncer fueron los cánceres de pulmón, colon,

páncreas, mama y próstata y en los hombres, el principal responsable fue el de pulmón, seguido por el de colon, próstata, páncreas e hígado y vías biliares, aunque la supervivencia neta estandarizada por edad fue del 90% en los cánceres de próstata (10).

Finalmente, en el documento redactado por la Xunta de Galicia sobre la Estrategia de gestión de cáncer en Galicia 2022-2028, la primera causa de nuevos casos de cáncer es el de próstata (19%), seguido por el de colon-recto (17%). Aunque en cuanto a la mortalidad es debida principalmente por el cáncer de pulmón (25%), seguido del de colorrectal (13%) y próstata (9%) (11).

## **2. JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA**

Relevancia del estudio: la importancia de este estudio radica en conocer el impacto que supone esta enfermedad en los pacientes y cómo afecta a su calidad de vida. Entre las principales adversidades a las que se enfrentan se encuentran los síntomas y cambios que sufren tras someterse a la prostatectomía como la disfunción eréctil, que puede conllevar un impacto negativo en la vida sexual e intimidad del paciente y perjudicar a su autoestima. También se encuentra la incontinencia urinaria, una alteración que puede conllevar limitaciones a la hora de realizar actividades cotidianas, causando una gran incomodidad en el paciente. Asimismo, se ve afectada la dimensión psicológica debido en un primer lugar al diagnóstico de cáncer, y finalmente a las secuelas del tratamiento. Por lo tanto, es crucial conocer y comprender a lo que se enfrentan este tipo de pacientes para que los profesionales de la salud puedan ofrecer unos cuidados integrales al paciente y estrategias personalizadas dirigidas a mejorar su calidad de vida.

Pertinencia del estudio: tanto la incidencia como la prevalencia del cáncer de próstata se ha ido incrementando en los últimos años, debido fundamentalmente a la mejoría en las técnicas diagnósticas. Cada año aproximadamente 1,6 millones de hombres son diagnosticados, 366000 mueren debido a esta enfermedad y en 2020 hubo 1,41 millones de casos nuevos a nivel global (12,13). Además del aumento de la incidencia y

prevalencia también hay que tener en cuenta las posibles consecuencias de la cirugía que pueden generar baja autoestima y una peor calidad de vida en los pacientes.

Finalidad del estudio: dado el aumento en la incidencia y prevalencia de esta patología, a las consecuencias que pueden tener la cirugía y lo que supone en la calidad de vida de los pacientes, se hace pertinente la realización de este estudio de caso por el beneficio que tendrían los profesionales de enfermería y en consecuencia a los pacientes que la padecen, ya que, por un lado, se ofrecerá información previa a la intervención para poder empezar a trabajar posibles estrategias de afrontamiento y tras esto, se podrán planificar los cuidados postoperatorios. Finalmente, se podrían trabajar las secuelas tras la intervención, y seguir desarrollando mecanismos de afrontamiento, así como brindar apoyo emocional.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

- a. Dar a conocer el papel de la enfermería durante el proceso postquirúrgico del cáncer de próstata.

#### **Objetivos específicos:**

- a. Realizar una valoración de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson para determinar los problemas principales de salud.
- b. Elaborar un plan de cuidados desde Atención Primaria (AP) dirigido a un paciente que ha sido intervenido de una prostatectomía radical mediante la taxonomía NANDA-NOC-NIC.
- c. Valorar la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo con el paciente y su relación con los resultados esperados.

### **4. PRESENTACIÓN DEL CASO**

El siguiente caso se desarrolló en el Centro de Salud de Os Mallos. La primera consulta de enfermería a la que acudió el paciente fue el 13 de febrero de 2024. Para la realización del caso clínico se solicitó al paciente el consentimiento informado (ANEXO I) con la finalidad de acceder a su



historia clínica y así obtener los datos necesarios para el correcto desarrollo del mismo. De igual manera, se han seguido las normas de buena práctica y lo establecido en la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* y la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Por lo tanto, se mantuvo el anonimato del paciente en todo momento.

El paciente es un varón de 51 años, estaba casado, era dueño de un taller de chapa y pintura en el que también trabajaban otros dos empleados. Vivía en un barrio de clase media junto con su mujer y sus dos hijos. No presentaba ningún tipo de déficit auditivo, ni tampoco dependencia para las ABVD/AIVD. Era continente.

En septiembre de 2023 se realizó un análisis de sangre rutinario que le solicitó a su médico de familia como cada final de verano por voluntad propia. En dicho análisis obtuvo un valor elevado del PSA, por lo que el médico decidió volver a repetir el análisis. En esta segunda analítica, el valor del PSA continuaba siendo similar al anterior con lo cual su médico de familia lo derivó a la consulta de Urología para un examen de la próstata mediante un tacto rectal. El urólogo no detectó ninguna alteración durante el examen, no obstante, decidió que se tenía que someter a una biopsia prostática la cual se llevó a cabo a finales de octubre. El paciente en ningún momento del proceso experimentó sintomatología que le hiciese sospechar que tenía algún tipo de alteración en la próstata. El 20 de diciembre de 2023 tras el resultado de la biopsia fue diagnosticado de una hiperplasia maligna de próstata.

Ingresó el 6 de febrero de 2024 en la unidad de Urología del HUAC donde fue intervenido el mismo día mediante cirugía robótica de una prostatectomía radical. El día 9 de febrero fue dado de alta. Las recomendaciones prescritas fueron:

- Retirar grapas en su Centro de Salud en 7-10 días tras la cirugía.
- Retirar sonda vesical en su Centro de Salud 15 días tras el alta.

El paciente se mantuvo en baja laboral desde el día 6 de febrero de 2024 hasta el 3 de abril de 2024.

Antecedentes personales: pericardiocentesis en el 2002, amigdalectomía, alergia al metamizol y consumo activo de alcohol. Sin tratamientos habituales.

Los antecedentes familiares más relevantes se encontraban en su padre ya que en el año 2001 sufrió un infarto agudo de miocardio y al año siguiente le colocaron un marcapasos. Por otro lado, su hermano menor presentaba dislipemia.

Durante las consultas de enfermería se utilizaron las siguientes escalas y cuestionarios:

- **Escala visual analógica (EVA) (ANEXO II):**

Esta escala permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros. En el extremo izquierdo se sitúa la ausencia de dolor (puntuado como 0) y en el derecho el dolor de mayor intensidad (puntuado como 10). Para determinar el dolor, se le pide al paciente que indique un número en la línea que establecerá la intensidad de su dolor y que se encontrará en un intervalo del 0 al 10. Según el valor que indique el paciente la interpretación será la siguiente: se considera dolor leve una puntuación menor o igual de 3, dolor moderado puntuaciones entre 4 y 7 y dolor intenso puntuaciones igual o superior a 8 (14).

El paciente obtuvo en la primera consulta una puntuación de 5, lo que indicaría dolor moderado. Tras la finalización del proceso la puntuación fue de 0, es decir, ausencia de dolor .

- **AUDIT-C (ANEXO III):**

Es el cuestionario de elección en el ámbito sanitario para el cribado de consumos de alcohol. Es el instrumento abreviado del AUDIT y consta de 3 preguntas cuyas puntuaciones van del 0 al 4. El intervalo de puntuación de este cuestionario va de 0 a 12 puntos, siendo el punto de corte para el consumo de riesgo de 5 o más puntos en varones y de 4 o más en mujeres. (15)

En este caso, el paciente en la primera valoración obtuvo una puntuación de 6 puntos por lo que nos encontraríamos ante un posible bebedor de riesgo. Al finalizar el proceso, se le volvió a pasar el cuestionario obteniendo una puntuación de 2 por lo que ya no se encontraría dentro del consumo de riesgo.

- **AUDIT (ANEXO IV):**

Es una herramienta de cribado desarrollada por la OMS para detectar consumo excesivo de alcohol y posible dependencia alcohólica. Además, también se utiliza como apoyo a la evaluación breve. Está formado por 10 preguntas puntuadas de 0 a 4, siendo el intervalo de puntuación del cuestionario entre 0 y 40 puntos. Dependiendo de la puntuación obtenida en el cuestionario, al paciente se le adjudica una zona de riesgo, lo cual conllevaría una intervención para realizar con el paciente tal y como se indica en la tabla 5. En este cuestionario, el punto de corte para el consumo de riesgo es de 8 o más puntos en varones y 6 o más en mujeres (15,16).

**Tabla 5.** Puntuación, zona e intervenciones del AUDIT

<b>PUNTUACION</b>	<b>ZONA</b>	<b>INTERVENCION</b>
0 a 7 puntos	Zona I	Información y refuerzo
8 a 15 puntos	Zona II	Consejo breve
16 a 19 puntos	Zona III	Consejo breve extendido
20 a 40 puntos	Zona IV	Valorar derivación

El paciente presentó una puntuación de 13 puntos por lo que se encontraba en la zona II por lo cual se le dio consejo e indicaciones sobre cómo disminuir el consumo de alcohol. Al finalizar el proceso, obtuvo una puntuación de 7, encontrándose por tanto en la zona I.

- **Índice de Barthel (ANEXO V):**

Es un instrumento que mide la capacidad del paciente para realizar las siguientes 10 actividades básicas de la vida diaria: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse,

desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina. El intervalo de puntuación va de 0 a 100 y según los puntos obtenidos indicarán (17): de 0 a 20 el paciente presentaría una dependencia total, de 21 a 60 una dependencia severa, de 61-90 una dependencia moderada, de 91 a 99 una dependencia escasa, y una puntuación de 100 indicaría total independencia.

El paciente presentaba una puntuación de 100 durante la primera consulta cuando aún portaba la sonda vesical. Tras la retirada de esta, se volvió a pasar el cuestionario presentando una puntuación de 90. Por lo que se encontraría en el rango de dependencia moderada. En la última consulta, seguía manteniendo un Barthel de 90.

- **Escala de Riesgo de caídas J. H. Downton (ANEXO VI):**

Es una herramienta que se utiliza para valorar el riesgo de caídas. En ella se evalúan los siguientes ítems: caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y deambulación. Si la puntuación en la escala es mayor a 2 puntos, significa que existe un alto riesgo de caídas (18,19). La puntuación obtenida por el paciente fue un 0 tanto durante el proceso como tras su finalización, por lo que no existía ningún riesgo de caídas.

## **5. NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON**

Se realiza la valoración de enfermería agrupando los datos según el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Esta valoración corresponde a la primera consulta de enfermería, teniendo en cuenta tanto su vida habitual como el postoperatorio del paciente. Los datos que se obtuvieron fueron los siguientes:

### **Necesidad de respirar. *Independiente***

Su tensión arterial era de 142/91 mmHg y la frecuencia cardíaca de 72 latidos por minuto. Presentaba una frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto y una saturación de oxígeno basal de 98%. El paciente no tenía dificultades a la hora de respirar. No presentaba tos, secreciones ni antecedentes de problemas respiratorios, así como tampoco

se escuchaban ruidos anormales. El color de la piel y las mucosas era normal.

**Necesidad de nutrición e hidratación. Dependiente**

Su peso era de 93,5 kilogramos y su talla 1,85 metros. Su IMC daba un resultado de 27,3 Kg/m<sup>2</sup> por lo que se encontraba en el rango de sobrepeso. Su dieta era la siguiente: por la mañana desayunaba todos los días una taza de café con leche y una pieza de bollería industrial. Al mediodía comía guisos, carnes rojas varias veces por semana, verdura dos veces a la semana (grellos, repollo, judías...), pescado empanado o al horno una vez por semana, pasta con carne, patatas y mucho pan. No comía mucha fruta. Cada día al mediodía tomaba un trozo de queso curado. Casi siempre repetía plato. Comentó que, al llegar de trabajar, a la hora de la cena, comía en exceso porque llegaba con mucha hambre ya que no merendaba nada en el trabajo ni picaba entre horas.

Tras la operación le recomendaron seguir unos días dieta blanda y la ingesta de al menos 2 litros diarios de agua, afirmó que lo cumplió. Sin embargo, volvió a su dieta previa a la operación. La ingesta de líquidos la siguió manteniendo.

No precisaba ayuda para comer ni presentaba problemas a la hora de deglutir.

No presentó náuseas ni vómitos tras la intervención, ni hizo referencia a ello durante el periodo de tiempo que tuvo que venir a las consultas.

**Necesidad de eliminación. Dependiente**

El paciente era portador de una sonda Foley de calibre 18 Ch. Comentó que los primeros días presentó hematuria. Siempre vaciaba la bolsa colectora antes de que se llenase del todo y durante las noches tenía que despertarse para vaciarla. Presentaba una diuresis diaria de aproximadamente 2100 cc.

Tras la operación refería que le costaba más hacer de vientre y tenía miedo de hacer fuerza debido a las incisiones abdominales y a que portaba la sonda.

La sonda tenía que retirarla en su Centro de Salud 15 días tras el alta. Se le retiró el día 26 de febrero. Tras la retirada de esta, refirió abundantes pérdidas de orina durante la noche y por el día. Ocurrían tanto en reposo como al realizar algún pequeño esfuerzo. Llevaba pañales de adulto todo el día y toda la noche para evitar mojar la ropa. Actualmente sigue con problemas de incontinencia.

Posteriormente a la retirada de la sonda vesical, ya no le costaba hacer de vientre, haciendo una deposición al día de color y consistencia normal.

**Necesidad de movimiento y postura corporal.** *Dependiente*

Antes de la intervención quirúrgica, pese a que su ritmo de vida era activo, confesó que no realizaba ningún tipo de ejercicio físico por falta de tiempo y motivación, solo salía a caminar 1 hora los sábados por la tarde. También iba diariamente a pie al trabajo. No presentaba ninguna alteración que impidiese llevar con normalidad las actividades de la vida diaria.

Tras la intervención le recomendaron reposo relativo durante 3 semanas, evitar hacer esfuerzos y cargar pesos. Así como también, caminar al menos media hora todos los días. Dijo que caminaba el tiempo prescrito en casa porque no le apetecía salir a la calle debido a que portaba la sonda y no se sentía cómodo con ella. De igual forma, tras la retirada de la sonda tampoco le apetecía salir a causa de las pérdidas de orina que presentaba, se sentía incómodo y con vergüenza por si se le notaban los absorbentes o la orina le traspasaba la ropa. Pasadas las 3 semanas de reposo relativo, la actividad que hacía normalmente se vio disminuida porque no se sentía con ganas debido a las pérdidas de orina que presentaba.

Puntuación Barthel tras retirada de sonda 90 puntos lo que indica una dependencia moderada.

**Necesidad de sueño/reposo.** *Dependiente*

Comentó que antes de la operación no presentaba problemas para dormir. Su media era de 7 horas diarias y se sentía descansado. Después de comer siempre se echaba una siesta de 20 minutos. No presentaba tratamiento farmacológico para dormir.

Desde que portaba la sonda vesical se levantaba una vez por la noche para vaciarla. A pesar de esto dijo que dormía bien y descansaba.

Tras la retirada de la sonda comentó que se despertaba varias veces por la noche debido a las pérdidas de orina ya que se notaba húmedo y le resultaba muy incómodo. Refirió descansar peor porque ya no dormía tanto. Continuaba durmiendo una siesta de 20 minutos después de comer y seguía sin tomar nada para tener un mejor reposo y sueño nocturno.

**Necesidad de vestirse y desvestirse. *Independiente***

El paciente no precisaba ayuda para vestirse, solo los dos primeros días tras la intervención. Mientras portaba la sonda utilizaba pantalones holgados, para vestirse primero pasaba la bolsa colectora por una de las piernas del pantalón y a continuación introducía su pierna. Terminaba sujetando a la zona lateral interna de la pierna la bolsa de orina con unas cintas que se adherían mediante velcro.

La ropa que utilizaba la escogía él o a veces se la escogía su mujer. Utilizaba prendas acordes al tiempo y la temperatura, al igual que el calzado, que también era adecuado.

**Necesidad de mantener la temperatura corporal. *Independiente***

No refería haber tenido hipertermia en ningún momento tras la cirugía y su temperatura habitual era de 36,2 °C.

**Necesidad de higiene y protección de la piel. *Dependiente***

Buena higiene corporal, aspecto cuidado en general.

Presentaba varias incisiones con grapas en la zona abdominal debido a la cirugía, tenían aspecto limpio sin signos de infección. Se realizó una cura en consulta y se hizo educación para la salud sobre cómo tenía que cuidar las heridas en casa (le hacía las curas la mujer). Consistían en lavado con agua y jabón, aplicar betadine y oclusión con apósito Cosmopor®.

Presentaba buena higiene del cabello, estando correctamente cortado. Las manos se observaban con aspecto áspero y refirió que en numerosas ocasiones presentaba heridas debido a su trabajo. Buena higiene bucal, se lavaba los dientes 3 veces al día, realizaba seguimiento semestral en un dentista privado.

Debido a que la zona de la sonda requería de una correcta limpieza, refirió seguir todas las medidas higiénicas que le dieron en el hospital a la hora de asear los genitales, se reforzó la información en consulta. Tras la retirada de la sonda vesical presenta incontinencia, por lo que realiza el aseo de los genitales de forma más asidua durante el día.

Las heridas quirúrgicas tuvieron una buena epitelización sin presentar ninguna complicación durante el proceso.

**Necesidad de evitar peligros. Dependiente**

Presentaba alergia al metamizol. No era fumador. Antes de la intervención refería consumo de alcohol diario, aunque dijo que no se consideraba adicto. Se realizó el cuestionario AUDIT-C y el AUDIT en consulta. Los resultados fueron los siguientes:

- AUDIT-C (6 puntos) indicando que era un bebedor de riesgo; por ese motivo se le paso el cuestionario AUDIT para determinar qué tipo de intervención requería.
- AUDIT (13 puntos) lo que indicaba que estaba en la zona II y requería de consejo breve.

Presentaba el calendario vacunal al día.

El único déficit a nivel sensorial que presentaba era visual, necesitando gafas para poder ver bien de cerca debido a la presbicia.

Entre sus antecedentes se encontraban: amigdalectomía y una pericardiocentesis.

No presentaba ningún tratamiento habitual. No obstante, tras la intervención le recetaron: tadalafilo 5 miligramos diario durante 3 meses, paracetamol 1 gramo cada 8 horas si dolor y buscapina 10 miligramos mientras portase la sonda si presentaba molestias asociadas a la misma.

La única medicación que continuó tomando a lo largo del tiempo fue el Tadalafilo. No obstante, como no conseguía el efecto deseado, su médico de familia le recetó Virirec crema 3mg/g. Este tratamiento no llegó a probarlo antes de la finalización del caso clínico por lo que no se sabe si fue efectivo o no.



Refería dolor alrededor de la sonda vesical y en la zona abdominal con una puntuación en la escala EVA de 5 lo que indicaba dolor moderado. Tras la retirada de la sonda y la curación de las heridas presentaba un EVA de 0, es decir, no tenía dolor.

A pesar de ser un paciente joven se le pasa la Escala de riesgo de caídas J.H. Downton debido a la intervención quirúrgica, el inicio de tratamiento y ser portador de sondaje vesical, obteniendo una puntuación de 0, por lo que no existe ningún riesgo.

Además, a pesar de estar con la sonda vesical durante 15 días, el paciente no presentó infección de orina en ningún momento, aunque tras su retirada presentó incontinencia urinaria y disfunción sexual.

**Necesidad de comunicación. Dependiente**

No existió ninguna barrera en la comunicación verbal.

Expresó que a pesar del diagnóstico se mantuvo positivo durante todo el proceso. Sin embargo, tras la operación refirió sentirse angustiado por las posibles secuelas que le pudiesen quedar, es un tema que le atormentaba bastante. Además, debido a la baja laboral, presenta ansiedad por dejar su negocio sin su supervisión, es algo que le generaba excesiva preocupación. Antes de la intervención presentaba una vida sexual saludable y plena. Tras la retirada de la sonda vesical refirió impotencia sexual. Comentó que se sentía inútil debido a las pérdidas de orina y a la disfunción sexual que presentaba. No tenía ganas de nada y la familia lo notaba muy decaído. Expresó que se sentía viejo debido a las secuelas que le quedaron.

El tema del trabajo le seguía preocupando porque no quería volver a llevar un estilo de vida tan estresante como el de antes de la operación.

**Necesidad de actuar según los valores y las creencias. Dependiente**

Era católico no practicante. No mostraba dificultad en la toma de decisiones. Comentó que pensaba que este cambio vital le iba a ser más llevadero ya que él era una persona optimista y con una buena actitud ante las adversidades que se le presentaban. No obstante, toda esta situación le superaba.

**Necesidad de ocuparse para realizarse. Dependiente**

Vive con su mujer y sus dos hijos. Buena relación familiar.

Es autónomo, tiene un taller de chapa y pintura en el que trabajan 2 empleados a parte de él. Cuando no estaba de baja su horario laboral era de lunes a viernes de 9:00 a 13:30 h y de 15:30 a 19:30 h. A pesar de esto, él siempre se quedaba hasta las 23:00 h trabajando, incluso algún sábado por la mañana debido a la gran cantidad de trabajo que presentaba y porque así adelantaba todos los arreglos que podía. Comentó que está sometido a un estrés constante, que su familia siempre le decía que algún día le iba a dar un infarto. Uno de sus objetivos tras recuperarse de la intervención era cambiar el ritmo de vida y de trabajo.

**Necesidad de recreo.** *Dependiente*

Antes de la intervención, entre semana no tenía tiempo libre para las actividades de ocio ya que llegaba a su casa sobre las 23:30 h todos los días. El fin de semana le gustaba ir al pueblo, quedar con sus amigos, pasar tiempo con la familia y ver la televisión.

Mientras estuvo de baja dedicaba su tiempo a leer, ver películas, revisar las noticias en su teléfono, cocinar. Seguía pasando todo su tiempo libre en casa porque no le apetecía salir a la calle. No se encontraba bien consigo mismo como para volver a tener vida social.

**Necesidad de aprendizaje.** *Dependiente*

Consideraba que le habían proporcionado la información adecuada acerca del cáncer que padecía y que consultó las dudas que le surgían.

Comentó que cuando estuviese recuperado tras la operación le gustaría mejorar su estilo de vida, le gustaría aprender a comer más sano, empezar a beber alcohol solo en ocasiones especiales, a tener más tiempo para hacer ejercicio y para estar con la familia, así como también ampliar sus actividades de ocio y no agobiarse tanto con el trabajo.

**5.1 Relación de diagnósticos de enfermería según las necesidades básicas de Virginia Henderson**

En relación con las necesidades básicas de Virginia Henderson vamos a establecer los diversos DdE según las necesidades en las que el paciente presenta dependencia, siendo de la siguiente manera:

**Necesidad de nutrición e hidratación.**

DdE: Sobrepeso.

**Necesidad de eliminación.**

DdE: Riesgo de estreñimiento.

DdE: Incontinencia urinaria mixta.

**Necesidad de movimiento y postura corporal.**

DdE: Estilo de vida sedentario.

**Necesidad de sueño/reposo.**

DdE: Trastorno del patrón del sueño.

**Necesidad de higiene y protección de la piel.**

DdE: Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica.

**Necesidad de evitar peligros.**

DdE: Riesgo de infección.

DdE: Dolor agudo.

DdE: Conductas ineficaces en el mantenimiento de la salud.

DdE: Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica.

**Necesidad de comunicación y necesidad de actuar según los valores y las creencias.**

DdE: Ansiedad.

DdE: Baja autoestima situacional.

DdE: Disfunción sexual.

**Necesidad de ocuparse para realizarse.**

DdE: Estrés por sobrecarga.

**Necesidad de recreo.**

DdE: Disminución de la implicación en actividades recreativas.

**Necesidad de aprendizaje.**

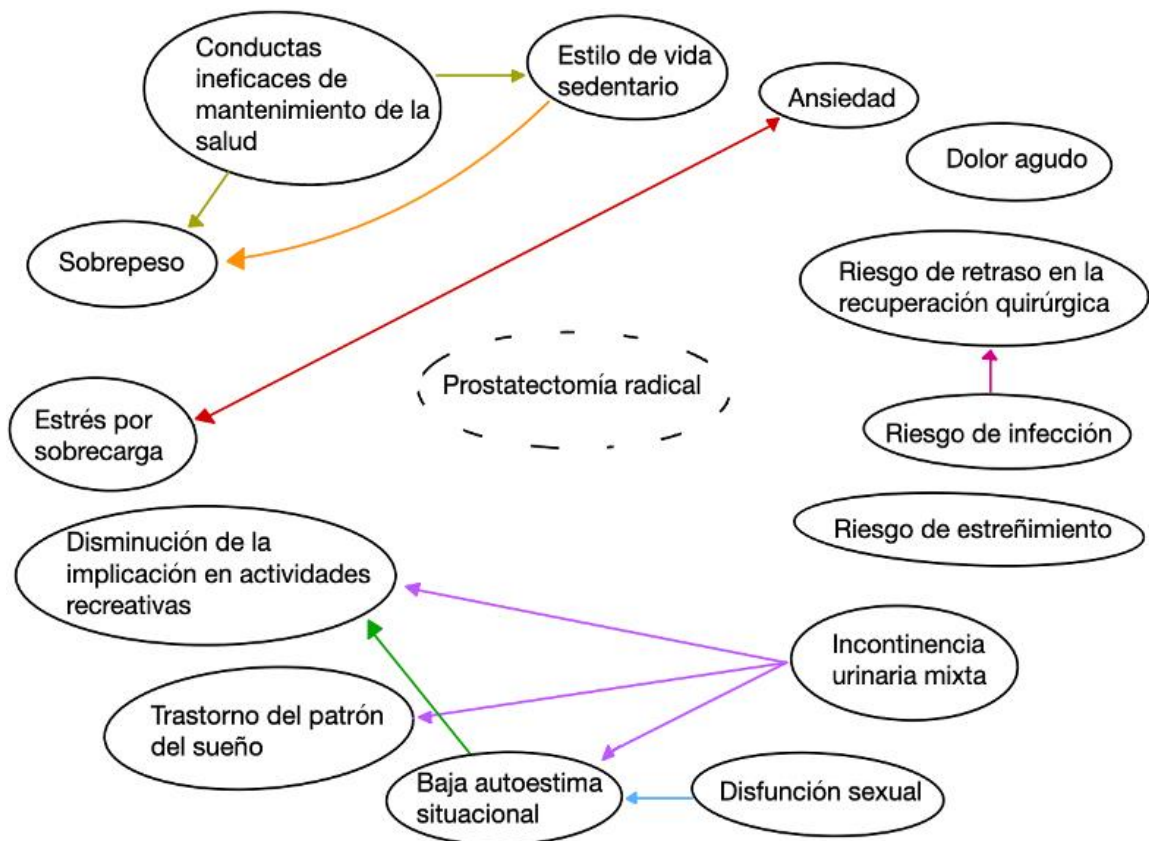
DdE: Disposición para mejorar la autogestión de la salud.

**6. PLAN DE CUIDADOS**

Una vez tenemos los DdE, se desarrollarán utilizando la terminología de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (20). Para el desarrollo del Plan de

Cuidados, se establecerá el modelo AREA, es decir, se agruparán DdE viendo que al tratar uno en concreto podemos solventar a mayores otros. Como podemos observar en el diagrama del modelo AREA (Figura 2), los diagnósticos que se agruparán y se trabajarán de manera conjunta son: **estrés por sobrecarga** que incluirá el diagnóstico de ansiedad; **conductas ineficaces de mantenimiento de la salud** con el que también se tratará los diagnósticos de estilo de vida sedentario y sobrepeso; en el diagnóstico de **incontinencia urinaria mixta** se incluirán los diagnósticos trastorno del patrón del sueño, disminución de la implicación en actividades recreativas y baja autoestima situacional en el que se incluirá a su vez el diagnóstico de disfunción sexual. Por último, en el diagnóstico de **riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica** se incluirá el diagnóstico de riesgo de infección.

**Figura 2.** Representación modelo AREA.



## 6.1. Diagnósticos de enfermería

- **Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica.** R/c  
Procedimiento invasivo (heridas quirúrgicas y sondaje vesical).

<b>NOC:</b> Control del riesgo: proceso infeccioso [1924]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[192402] Reconoce las consecuencias asociadas a la infección	4	5	5
[192405] Identifica signos y síntomas de infección	3	5	5
[192415] Practica la higiene de las manos	3	5	5
[192416] Practica estrategias de control de la infección	3	5	5
<b>NIC:</b> Cuidados del sitio de incisión [3440]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</li> <li>- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.</li> <li>- Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia.</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</li> <li>- Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.</li> <li>- Facilitar que el paciente vea la incisión.</li> <li>- Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.</li> </ul>			
<b>NIC:</b> Cuidados del catéter urinario [1876]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.</li> <li>- Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente).</li> <li>- Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.</li> <li>- Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato.</li> <li>- Observar las características del líquido drenado.</li> <li>- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados.</li> <li>- Asegurarse de retirar el catéter en cuanto esté indicado por el estado del paciente.</li> <li>- Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter.</li> </ul>			

*EI: Evaluación al Inicio; EE: Evaluación Esperada; EF: Evaluación Final*

- **Dolor agudo.** R/c Agentes lesivos físicos (heridas quirúrgicas y sondaje vesical) m/p Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (escala EVA 5).

<b>NOC:</b> Control del dolor [1605]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[160502] Reconoce el comienzo del dolor	5	5	5
[160505] Utiliza analgésicos como se recomienda	4	5	5
[160514] Describe los factores que son responsables del dolor	5	5	5
<b>NIC :</b> Manejo del dolor: agudo [1410]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.</li> <li>- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos y respiración profunda, deambulación, transferencia a una silla).</li> <li>- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.</li> </ul>			

*EI: Evaluación al Inicio; EE: Evaluación Esperada; EF: Evaluación Final*

- **Estrés por sobrecarga.** R/c Estresores (carga de trabajo excesiva, extenso horario de trabajo y desmesurada preocupación por este) m/p Expresa tensión (verbalización de estrés en su día a día por parte del paciente).

<b>NOC:</b> Nivel de ansiedad [1211]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[121101] Desasosiego	3	5	5
[121117] Ansiedad verbalizada	2	5	5
[121133] Nerviosismo	2	5	5
[121134] Exceso de preocupación	2	5	5
[121140] Dificultad para relajarse	2	5	5
<b>NOC:</b> Conocimiento: manejo del estrés [1862]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[186201] Factores que causan estrés	2	5	5
[186205] Respuesta afectiva al estrés	3	5	5
[186215] Técnicas efectivas de disminución del estrés	2	5	5
<b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad [5820]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar con atención.</li> <li>- Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> </ul>			

- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

*EI: Evaluación al Inicio; EE: Evaluación Esperada; EF: Evaluación Final*

- **Riesgo de estreñimiento.** R/c Alteración de la rutina regular (modificación de su estilo de vida tras la operación).

<b>NOC:</b> Eliminación intestinal [0501]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[50101] Patrón de eliminación	4	5	5
[50110] Estreñimiento	4	5	5
[50112] Facilidad de eliminación de las heces	4	5	5
<b>NIC:</b> Manejo del estreñimiento/impactación fecal [0450]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</li> <li>- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</li> <li>- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.</li> <li>- Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda.</li> <li>- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación fecal.</li> </ul>			

*EI: Evaluación al Inicio; EE: Evaluación Esperada; EF: Evaluación Final*

- **Incontinencia urinaria mixta.** R/c Incompetencia del esfínter urinario m/p Pérdida involuntaria de orina al realizar un esfuerzo y Urgencia urinaria.

<b>NOC:</b> Continencia urinaria [0502]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[50207] Pérdidas de orina entre micciones	1	5	3
[50211] Pérdidas de orina al estornudar, reír o levantar peso	1	4	3
[50212] Ropa interior mojada durante el día	1	5	4
[50213] Ropa interior o de la cama mojada durante la noche	1	5	4
[50221] Utiliza estrategias de entrenamiento de la vejiga	2	5	5
<b>NOC:</b> Autoestima [1205]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[120501] Verbalizaciones de autoaceptación	1	5	5
[120502] Aceptación de las propias limitaciones	1	5	5

[120519] Sentimientos sobre su propia persona	1	5	5
<b>NOC:</b> Sueño [0004]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[403] Patrón del sueño	3	5	5
[404] Calidad del sueño	3	5	5
[418] Duerme toda la noche	3	5	5
<b>NOC:</b> Participación en actividades de ocio [1604]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[160401] Participación en actividades diferentes al trabajo habitual	2	5	5
[160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio	2	5	5
[160413] Disfruta de actividades de ocio	2	5	5
<b>NOC:</b> Funcionamiento sexual [0119]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[11902] Erección sostenida del clítoris/pene hasta el orgasmo	1	4	1
[11903] Excitación sostenida hasta el orgasmo	1	4	1
[11907] Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas	1	4	1
[11909] Expresa autoestima	1	5	4
[11911] Expresa interés sexual	4	5	5
<b>NIC:</b> Ejercicios del suelo pélvico [0560]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.</li> <li>- Enseñar al paciente a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o defecar.</li> <li>- Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, a aguantar la respiración o a hacer sobreesfuerzos durante la realización de los ejercicios.</li> <li>- Enseñar al paciente a realizar ejercicios para tensar los músculos, practicando 300 contracciones cada día, manteniendo las contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según el protocolo del centro.</li> <li>- Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.</li> <li>- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.</li> </ul>			
<b>NIC:</b> Potenciación de la autoestima [5400]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el locus de control del paciente.</li> <li>- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.</li> <li>- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</li> <li>- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</li> </ul>			



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstenerse de realizar críticas negativas.</li> <li>- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.</li> <li>- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.</li> <li>- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> </ul>
<b>NIC: Mejorar el sueño [1850]</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.</li> <li>- Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor(es) de la fase REM.</li> </ul>
<b>NIC: Asesoramiento sexual [5248]</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.</li> <li>- Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual.</li> <li>- Introducir las preguntas sobre la sexualidad explicando al paciente que muchas personas tienen dificultades sexuales.</li> <li>- Determinar la duración de la disfunción sexual y las posibles causas.</li> <li>- Comentar el efecto de la salud y la enfermedad sobre la sexualidad.</li> <li>- Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento/aspecto corporal, según corresponda.</li> <li>- Comentar formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, según corresponda.</li> <li>- Instruir al paciente sobre el uso de medicamentos que potencien la capacidad de desempeñar el papel sexual, si es el caso.</li> </ul>

*El: Evaluación al Inicio; EE: Evaluación Esperada; EF: Evaluación Final*

- **Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud.**

R/c Autoeficacia baja, Abuso de sustancias (consumo excesivo de alcohol: AUDIT 13 puntos) m/p Fracaso para emprender acciones que prevengan problemas de salud y Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo (vida sedentaria, sobrepeso, AUDIT 13 puntos).

<b>NOC:</b> Conducta de fomento de la salud [1602]			
<b>Indicadores</b> (1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	<b>EI</b>	<b>EE</b>	<b>EF</b>
[160201] Utiliza conductas para evitar los riesgos	2	5	5
[160214] Sigue una dieta sana	3	5	5
[160215] Utiliza métodos eficaces de control del peso	3	5	5
[160216] Utiliza un programa de ejercicios eficaz	2	5	5
[160218] Evita el mal uso del alcohol	2	5	5
[160221] Equilibra actividad y reposo	2	5	5
<b>NIC:</b> Educación para la salud [5510]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.</li> <li>- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.</li> <li>- Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.</li> <li>- Formular los objetivos del programa de Educación para la salud.</li> <li>- Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.</li> <li>- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.</li> <li>- Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.</li> </ul>			
<b>NIC:</b> Asesoramiento nutricional [5246]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</li> <li>- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.</li> <li>- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</li> <li>- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.</li> <li>- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta.</li> <li>- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.</li> </ul>			

- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.

**NIC : Fomento del ejercicio [0200]**

- Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico.
- Investigar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

*El: Evaluación al Inicio; EE: Evaluación Esperada; EF: Evaluación Final*

## **6.2. Ejecución y evolución clínica del caso**

El paciente fue dado de alta hospitalaria tras prostectomía radical acudiendo a una primera consulta de enfermería en el Centro de Salud Os Mallos para valorar la retirada de grapas tras la intervención quirúrgica. En esta primera consulta, se retiraron grapas alternas y se realizó la cura de las heridas a la vez que se le explicó su cuidado. En ese momento no presentaba signos/síntomas de infección de la herida quirúrgica. También se comprobó la permeabilidad de la sonda vesical y el aspecto de la orina en la bolsa colectora. Asimismo, se realizó educación sobre higiene y mantenimiento de esta y se explican signos y síntomas de alarma por los que acudiría antes de lo programado. En esta misma consulta, se le preguntó si daría su consentimiento para realizar el trabajo, lo cual hizo firmando el consentimiento informado. Tras la firma del consentimiento, se realizó la primera valoración por necesidades, apareciendo diagnósticos como el de dolor, sobrepeso o conductas ineficaces en el mantenimiento de la salud. También se le pasaron los cuestionarios/escalas correspondientes (AUDIT-C, AUDIT, EVA, Barthel y J.H. Downton) y se establecieron los diagnósticos que presentaba en ese momento. Se programó la siguiente consulta para 3 días después.

En la siguiente consulta se retiraron todas las grapas de las heridas quirúrgicas, se comprobó el correcto funcionamiento de la sonda y se programó la próxima consulta para su retirada. En esta consulta refiere que le cuesta hacer de vientre por lo que se indican medidas dietéticas.

Pasados 10 días desde la última consulta vuelve a acudir para la retirada de la sonda vesical. Tras su retirada se le informó que si no orinaba a lo largo de toda la mañana debería de acudir de nuevo al centro para poner la sonda e intentar su retirada posterior de forma más gradual. Si todo iba bien, acudiría a una nueva consulta 2 semanas después para seguimiento.

Tras dos semanas, se valoraron los cambios en las necesidades con respecto a la primera consulta. El paciente comenta que ya no tiene problemas con las deposiciones, aunque tiene abundantes pérdidas de orina, lo que le obliga a utilizar pañales. También refiere disfunción sexual y todo ello le influye en su día a día y en su calidad de vida, así como en su estado de ánimo y en el descanso nocturno. También se volvió a pasar el índice de Barthel. Se detectaron nuevos diagnósticos y cambios en el paciente, por lo que se comenzaron a trabajar con él las intervenciones descritas y acordadas para cada diagnóstico según el apartado 6.1. El paciente se encontraba dispuesto a trabajar en todo momento y se mostraba satisfecho. Se programó cita de seguimiento, en la que se realizó un control de la evolución del paciente, refería que no hubo cambios en la incontinencia urinaria ni en la disfunción sexual, que seguía sin recuperarse, por lo que continuaba desanimado. Había mejorado la dieta, pero seguía sin hacer ejercicio debido a que no quería salir a caminar por las pérdidas de orina. Llevaba desde que se operó sin consumir alcohol y tras la intervención sobre este tema tenía pensado no volver a consumir como antes. Por otro lado, comentó que había empezado a dormir mejor a pesar de seguir con pérdidas de orina por la noche, ya no se despertaba tantas veces como antes y se sentía más descansado.

3 semanas después de la última consulta, continuaba presentando pérdidas de orina e impotencia sexual. Comentó que iba a ir a una fisioterapeuta de suelo pélvico privada. Ya se encontraba un poco más animado. Había

finalizado la baja laboral hacía unos cuantos días y estaba intentando reducir el número de horas que pasaba en el trabajo. También continuaba manteniendo las mejoras en la dieta, en el consumo de alcohol y había empezado a caminar 3 días a la semana. No obstante, sus actividades sociales aún no habían conseguido ser como las de antes.

En la última consulta, el paciente continuaba con la impotencia sexual, que a pesar de ser un tema que le desanimaba bastante, refirió que se lo empezaba a tomar con humor y valoraba la posibilidad de acudir a una terapeuta sexual. En cuanto a la incontinencia urinaria, manifestó una mejoría tras acudir a la fisioterapeuta privada, por lo que en su día a día ya no se veía tan limitado y su vida social comenzaba a asemejarse a la previa a la operación. Continuaba realizando una dieta sana y ejercicio físico, comentó que iba a apuntarse a un gimnasio cercano a su casa a parte de seguir manteniendo las caminatas semanales. Se pesó al paciente en esta última consulta observándose una disminución de 5 kg de peso, por lo que su nuevo IMC era de 25,9. Comentó que había modificado el estilo de vida laboral que llevaba antes y que ya no se encontraba estresado, que ahora veía la vida de otra manera.

Se volvieron a pasar las mismas escalas y cuestionarios que en la primera consulta. Cabe destacar la notable mejoría en el consumo de alcohol obteniendo una puntuación al final del proceso de 2 en el AUDIT-C y de 7 en el AUDIT. También se observó que el estado de ánimo del paciente había mejorado bastante y él refirió sentirse mejor en todos los aspectos a pesar de las secuelas que seguía manteniendo.

### **6.3 Evaluación de los resultados**

Los DdE riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica, dolor agudo, estrés por sobrecarga, riesgo de estreñimiento, conductas ineficaces en el mantenimiento de la salud y los diagnósticos que fueron englobados dentro de estos se han resuelto en su totalidad alcanzándose los objetivos propuestos. Esto se observa viendo que se alcanzó la máxima puntuación final en cada objetivo. No obstante, quedaron algunos diagnósticos sin resolver. Uno de ellos es el de incontinencia urinaria mixta debido a que

pese a notar una mejoría en la última consulta, el paciente continuaba con pérdidas de orina. Sin embargo, los diagnósticos englobados dentro de este último (trastorno del patrón del sueño, disminución de la implicación en actividades recreativas y baja autoestima situacional) sí que tuvieron una buena evaluación final consiguiendo resolverse en su totalidad excepto el de disfunción sexual ya que no se consiguieron los resultados esperados.

## **7. DISCUSIÓN**

Según la literatura revisada, el cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentes (21-23) que se detecta con mayor facilidad y en estadios más tempranos, gracias a que desde los años 90 se hace la prueba del antígeno prostático específico (PSA) (22) tal y como le sucedió al paciente del caso clínico, ya que gracias a los valores elevados que presentaba de PSA en una analítica rutinaria, fue derivado al urólogo para hacer una valoración más exhaustiva, pues el paciente no tenía ningún signo ni síntoma de alarma de esta patología.

Hay que tener en cuenta que al estar la próstata ubicada junto al musculo y los nervios que controlan la orina y las erecciones respectivamente, es normal que las complicaciones más frecuentes que presentan estos pacientes a largo plazo sean la incontinencia urinaria y la disfunción sexual, lo cual está acorde con lo sucedido al paciente de este caso clínico. El artículo realizado por Escudero et al. (24) sobre la evolución y el manejo de la incontinencia tras la prostatectomía radical corrobora esta información ya que demuestra que, de 168 pacientes sometidos a una prostatectomía, la disfunción eréctil se presentó en 164 (98%) de ellos. También se presentaron alteraciones miccionales en 32 pacientes (19%), siendo la más frecuente la incontinencia urinaria (64%). Además, afirma que los ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico son imprescindibles en el abordaje de estos pacientes.

Con respecto a los ejercicios de suelo pélvico, para mejorar o solucionar la incontinencia urinaria, Gomes et al (25) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que investigaron los efectos del pilates en un grupo de pacientes y la estimulación eléctrica con entrenamiento muscular del suelo

pélvico en otro grupo comparándolos con un grupo control. En sus resultados, observaron que la continencia en los grupos de intervención era mucho mayor que en el grupo control y al final del tratamiento el 59% de los pacientes de pilates, el 54% del grupo de pacientes con entrenamiento muscular del suelo pélvico y el 26% del grupo control, lograron ser continentes. Los resultados obtenidos con el paciente estudiado fueron similares a la literatura, aunque no llegó a recuperar la continencia urinaria al 100%, el paciente si refirió una mejoría tras acudir a la fisioterapeuta y realizar ejercicios de suelo pélvico que le ayudaron a recuperar su vida social.

Por último, se quiere tener en cuenta que hay algún estudio en el que se pone en duda la eficacia de los ejercicios del suelo pélvico. Así, de Lira et al. (26) analizaron la eficacia de los ejercicios de suelo pélvico en la recuperación de la continencia urinaria y la disfunción eréctil, además refieren que la prevalencia de la incontinencia urinaria varía del 1 al 87% y la disfunción eréctil oscila en torno a un 26% y 100% de los pacientes. En el artículo, el grupo control recibió los cuidados habituales tras la prostatectomía radical mientras que en el grupo de estudio los pacientes recibieron dos sesiones de ejercicios de suelo pélvico antes de la cirugía e instrucciones verbales y escritas para continuar con dichos ejercicios en domicilio hasta la prostatectomía, continuando posteriormente con los mismos tras la retirada de la sonda vesical. En sus resultados no hubo una mejoría significativa de la continencia ambos grupos, ya que después de tres meses tras la cirugía la tasa de incontinencia urinaria fue del 72.7% en el grupo control y ligeramente menor en el grupo de intervención (70.0%). No obstante, resalta la importancia de continuar investigando sobre nuevos protocolos de ejercicios y una mayor intervención, ya que en este estudio sólo incluía dos sesiones de fisioterapia de la musculatura pélvica, de esta manera se podría aclarar el papel de esta terapia en la recuperación de los pacientes.

En cuanto a los diagnósticos de enfermería que presentaba el paciente, los más habituales que se encontraron en otros planes de cuidados fueron:

El DdE de riesgo de Infección relacionado con la herida quirúrgica (27, 28), así como el de dolor agudo (27, 29) no obstante, este último aparece como una complicación potencial en el plan de cuidados que realizaron García Martínez et al. (28) en un paciente intervenido de próstata. Por otro lado, el riesgo de infección relacionado con la sonda vesical aparece como complicación en el plan de cuidados en el paciente prostatectomizado de Ceribeli (29). En este caso clínico, se consideró más adecuado incluir el diagnóstico de riesgo de infección relacionado con la sonda vesical dentro del diagnóstico de riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica ya que el sondaje vesical se lleva a cabo como consecuencia de la intervención quirúrgica.

Los diagnósticos de incontinencia urinaria y disfunción sexual se trabajaron tanto en el plan de cuidados que realizaron García Martínez et al. (28) como en el realizado por Ceribeli (29).

Cabe destacar que algunos de los DdE seleccionados para este caso clínico no se mencionan en ninguno de los planes de cuidados encontrados. Esto puede ser debido a que estos diagnósticos se formularon enfocados a la situación concreta del paciente y no son tan estandarizados como los anteriormente citados.

Entre las principales dificultades a la hora de llevar a cabo el caso se encuentran la escasez de planes de cuidados recientes sobre este tema. La mayoría de ellos son breves y no muestran una evolución a largo plazo del paciente, lo que dificultó poder realizar una adecuada comparativa de los diagnósticos.

## **8. CONCLUSIONES**

Una de las principales conclusiones a las que se ha llegado tras la realización de este plan de cuidados ha sido la notable efectividad de las intervenciones de enfermería trabajadas con el paciente para poder conseguir los objetivos planteados. Por otro lado, se ha sido testigo de las complicaciones físicas que presenta la prostatectomía radical y las alteraciones psicológicas que provoca en el paciente. Desde la limitación que supone la incontinencia urinaria en el día a día, hasta la carga



emocional que supone la alteración del patrón sexual, sobre todo en un paciente joven, como en este caso. Por lo tanto, el apoyo psicosocial ha constituido una parte fundamental del plan terapéutico. También se ha de destacar la importancia de un enfoque multidisciplinario en el abordaje de este tipo de pacientes. Por ejemplo, a la hora de trabajar la recuperación de la continencia urinaria, ya que el paciente se ha beneficiado del trabajo realizado con una fisioterapeuta de suelo pélvico pese a que haya discrepancias entre los diversos estudios sobre su beneficio.

Las implicaciones para la práctica clínica resultantes de este trabajo podrían enfocarse en proporcionar información detallada y realista de las complicaciones de la cirugía y trabajar desde el diagnóstico una adecuada gestión de las expectativas. También se podrían poner en práctica programas de actuación postoperatoria que incluyan una atención integral y conjunta de la esfera psicológica y física. Por último, es importante que se siga investigando sobre los beneficios de los ejercicios de suelo pélvico aislados o combinados con nuevas técnicas innovadoras y con otros tipos de ejercicio físico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ruiz López AI, Pérez Mesa JC, Cruz Batista Y, González Lorenzo LE. Actualización sobre cáncer de próstata. ccm [Internet]. 2017 Sept [citado 2024 May 04] ; 21( 3 ): 876-887. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000300021&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300021&lng=es).
2. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer de próstata? [Internet]. Atlanta: American Cancer Society ; 2019 [citado 2024 May 04]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/acerca/que-es-cancer-de-prostata.html>
3. American Cancer Society. ¿Qué causa el cáncer de próstata? [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2019 [citado 2024 May 04]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/causas-riesgos-prevencion/que-lo-causa.html>
4. American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer de próstata [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2020 [citado 2024 May 04]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

5. MedlinePlus. Sistema de puntuación de Gleason [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU.) ; 2022 [citado 2024 May 04]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000920.htm>
6. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de próstata [Internet] Bethesda, MD: Instituto Nacional del Cáncer ; 2024 .[citado 2024 May 04] Disponible en : <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/tratamiento-prostata-pdq>
7. Islas Pérez LÁ, Martínez Reséndiz JI, Ruiz Hernández A, Ruvalcaba Ledezma JC, Benítez Medina A, Beltran Rodríguez MG et al . Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. JONNPR [Internet]. 2020 [citado 2024 May 04] ; 5( 9 ): 1010-1022. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000901010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000901010&lng=es). Epub 06-Dic-2021. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3686>.
8. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cáncer de próstata [Internet]. Atlanta: American Cancer Society ; 2024 [citado 2024 May 04]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/acerca/estadisticas-clave.html>
9. de Velasco Oria de Rueda G, Plata Bello AC, Landeira M, Mateo M, Anguita P, Pranzo A, et al. Incidence, prevalence, and treatment patterns in metastatic hormone-sensitive prostate cancer in Spain: ECHOS study. Actas Urol Esp (Engl Ed) [Internet]. 2022 Nov [citado 2024 May 04]; 46(9):557–564. English, Spanish. doi: 10.1016/j.acuroe.2022.02.009. Epub 2022 Oct 7. PMID: 36241525. 36241525.) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36241525/>
10. Las cifras del cáncer en España 2024. Sociedad Española de Oncología Médica. [citado 2024 May 04]. Disponible en: [https://www.seom.org/images/LAS\\_CIFRAS\\_2024.pdf](https://www.seom.org/images/LAS_CIFRAS_2024.pdf)
11. SERGAS. Estrategia de gestión de cáncer en Galicia 2022-2028. [Internet]. Santiago de Compostela: Equipo de trabajo. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servicio Gallego de Salud. 2022. [citado 2024 May 04] Disponible en: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1635/Estrategia\\_de\\_gestion\\_del\\_cancer\\_en\\_Galicia\\_22-28.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1635/Estrategia_de_gestion_del_cancer_en_Galicia_22-28.pdf)
12. Yanes Chacón AN, Villalobos Campos NP, Cubas González SA. Cáncer de próstata: una perspectiva global. Rev Med Sinergia. 2023; 8(12):e1124-e1124. DOI 10.31434/rms.v8i12.1124. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1124/2352>

13. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. Geneve, Switzerland: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 2024 May 04]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
14. SERGAS. Escala visual analógica del dolor (EVA) [Internet]. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde; [citado 2024 May 04]. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf>
15. Ministerio de Sanidad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2015 [citado 2024 May 04]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo\\_Integral\\_EstiloVida\\_en\\_AtencionPrimaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf)
16. MSD. Cuestionario AUDIT para la detección del consumo de alcohol [Internet]. Kenilworth (NJ): MSD Manuals. [citado 2024 May 04]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/medical-calculators/AlcoholScreen-es.htm>
17. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica. 1997 ; 71( 2 ): 127-137. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es).
18. Morales González MM, Navarro Suárez L. El riesgo de caída en adultos mayores. Rev Cub Med Fis Reah 2019; 11 (3):e389. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2019/cfr193h.pdf>
19. [Anónimo]. Escala de Riesgo de Caídas [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; [citado 2024 May 04]. Disponible en: [https://campusvirtual.farmacoterapia-saludmadrid.org/CURSOS/logic/Consejeria\\_sanidad/osteoporosis/educacion\\_salud/pdf/EscaladeRiesgodecaidas.pdf](https://campusvirtual.farmacoterapia-saludmadrid.org/CURSOS/logic/Consejeria_sanidad/osteoporosis/educacion_salud/pdf/EscaladeRiesgodecaidas.pdf)
20. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 2024 May 04]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
21. Lama DJ, Thomas K, Ferenczi B, Okunowo O, Lau CS, Yuh BE. Long-term Outcomes and Patient Satisfaction Following Salvage Robot-assisted Radical Prostatectomy: A Modern Perspective. Eur Urol Open Sci. 2023 Dec 30 ;60:1-7. doi: 10.1016/j.euros.2023.11.011. PMID: 38375345; PMCID: PMC10874866.

- 22.** Skotheim RI, Bogaard M, Carm KT, Axcróna U, Axcróna K. Prostate cancer: Molecular aspects, consequences, and opportunities of the multifocal nature. *Biochim Biophys Acta Rev Cancer*. 2024 Mar ;1879(2):189080. doi: 10.1016/j.bbcan.2024.189080. Epub 2024 Jan 24. PMID: 38272101.
- 23.** Qian H, Chi C, Tricard T, Zhu Y, Dong L, Wang Y, Sha J, Wang J, Ma Z, Wang Y, Liu J, Dong B, Pan J, Xue W. A Prospective Randomized Trial of Neoadjuvant Chemohormonal Therapy vs Hormonal Therapy in Locally Advanced Prostate Cancer Treated by Radical Prostatectomy. *J Urol*. 2024 May ;211(5):648-655. doi: 10.1097/JU.0000000000003876. Epub 2024 Apr 9. PMID: 38591703.
- 24.** Juan Escudero JU ,Ramos de Campos M, Ordoño Domínguez F, Fabuel Deltoro M, Navalón Verdejo P, Zaragoza Orts J. Complicaciones de la prostatectomía radical: evolución y manejo conservador de la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* . 2006 Dic ; 30( 10 ): 991-997.
- 25.** Gomes CS, Pedriali FR, Urbano MR, Moreira EH, Averbeck MA, Almeida SHM. The effects of Pilates method on pelvic floor muscle strength in patients with post-prostatectomy urinary incontinence: A randomized clinical trial. *Neurourol Urodyn*. 2018 Jan;37(1):346-353. doi: 10.1002/nau.23300. Epub 2017 May 2. PMID: 28464434
- 26.** de Lira GHS, Fornari A, Cardoso LF, Aranchipe M, Kretiska C, Rhoden EL. Effects of perioperative pelvic floor muscle training on early recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy: a randomized clinical trial. *Int Braz J Urol* . 2019 Nov-Dec ;45(6):1196-1203. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0238. PMID: 31808408; PMCID: PMC6909867.
- 27.** Polo Latorre N ; Otal Agut P ; Arellano Portugal L ; García Navarro P ; Martínez Vela J ; Barbero Martínez R. Plan de atención de enfermería en paciente intervenido de prostatectomía radical laparoscópica. *Rev Sanitaria Invest [Internet]* 2021; [citado 2024 May 04] 2(12). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-intervenido-de-prostatectomia-radical-laparoscopica/>
- 28.** García Martínez MJ, Ramos Suárez JM, Montes Nieto IM, Romero Mora O, Fernández Romana MJ. Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de prostatectomía radical asistida por robot. *Enfuro [Internet]*. 2010 [citado 2024 May 04] ;113: 9-14.
- 29.** Braga Ceribeli P. Cuidados de enfermería en el paciente prostatectomizado. Plan de intervención de cuidados, complicaciones y secuelas de la prostatectomía. [trabajo fin de grado en Internet]. Zaragoza :Universidad de Zaragoza. 2012 [citado 2024 May 04]. Disponible en : <https://zagan.unizar.es/record/7266/files/TAZ-TFG-2012-103.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO I. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE CASO

El presente documento y actuando libremente, D/Dña \_\_\_\_\_, mayor de edad con DNI \_\_\_\_\_, en calidad de paciente doy el consentimiento y autorizo a ALBA VAZQUEZ BOTANA, alumna de la Escuela Universitaria de Enfermería de Coruña, para hacer uso de los datos que constan en mi Historia Clínica, única y exclusivamente con fines de Estudio de Caso Clínico para realizar el Trabajo de Fin de Grado de Enfermería con las siguientes condiciones:

- En ninguna parte del TFG podrán aparecer datos que pudieran servir para la identificación del paciente.
- Doy permiso para que la alumna ALBA VAZQUEZ BOTANA consulte la historia clínica únicamente con la finalidad de entender mejor el proceso patológico que me afecta y desarrollar las investigaciones necesarias para llevar a cabo el TFG que lleva por título “Plan de cuidados de un paciente con hiperplasia maligna de próstata en Atención Primaria: Estudio de Caso”.

Fdo.: El/la participante,

Fdo.: El/la alumna

Nombre y Apellidos:

Nombre y Apellidos:

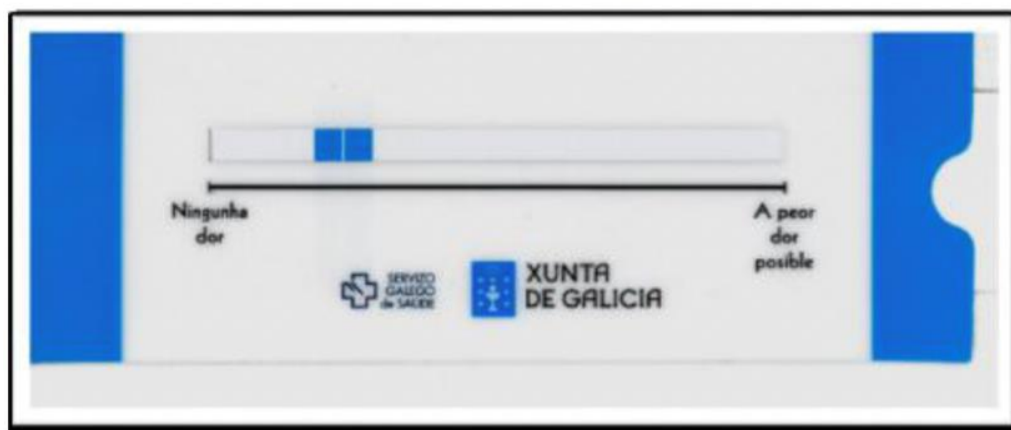
Fecha:

Fecha:

## ANEXO II. ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EVA)



Escala Visual Analógica (EVA). Modelo SERGAS



Escala Visual Analógica (EVA). Modelo SERGAS

### ANEXO III. CUESTIONARIO AUDIT-C

<b>AUDIT (C)*</b>	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/>
(2) De dos a cuatro veces al mes	<input type="checkbox"/>
(3) De dos a cuatro veces a la semana	<input type="checkbox"/>
(4) Cuatro o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	
(0) Uno o dos	<input type="checkbox"/>
(1) Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
(2) Cinco o seis	<input type="checkbox"/>
(3) Siete a nueve	<input type="checkbox"/>
(3) Diez o más	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>
(2) Mensualmente	<input type="checkbox"/>
(3) Semanalmente	<input type="checkbox"/>
(4) A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>
<b>Punto de corte para el consumo de riesgo: cinco o más en varones y cuatro o más en mujeres.</b> Si es positivo hacer AUDIT Completo de 10 ítems	
* Gual A., Segura L., Contel M., Heather N. & Colom J. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism 2002;37,6:591-6.	



## ANEXO IV. CUESTIONARIO AUDIT

<b>AUDIT COMPLETO (Alcohol Use Disorders Inventory Test)</b>	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De dos a cuatro veces al mes (3) De dos a cuatro veces a la semana (4) Cuatro o más veces a la semana</p> <input type="text"/>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber consumido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) Uno o dos (1) Tres o cuatro (2) Cinco o seis (3) Siete a nueve (3) Diez o más</p> <input type="text"/>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p> <input type="text"/>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.</p> <input type="text"/>
<p>Punto de corte para el consumo de riesgo: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres</p>	



## ANEXO V. ÍNDICE DE BARTHEL

### **Comer**

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

### **Trasladarse entre la silla y la cama**

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

### **Aseo personal**

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

### **Uso del retrete**

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

### **Bañarse/Ducharse**

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

### **Desplazarse**

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

### **Subir y bajar escaleras**

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

### **Vestirse y desvestirse**

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

### **Control de heces:**

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

### **Control de orina**

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

**Total** = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

## ANEXO VI. ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J.H.DOWNTON

Caídas Previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Sedantes-tranquilizantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
Déficits Sensitivo-Motores	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (paresias, parálisis, etc.)	
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Ambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
Edad	Menor de 70	0
	Mayor de 70	1