

Efectividad de las recomendaciones al alta en pacientes prostatectomizados del hospital Santiago Apóstol de Vitoria

Palabras clave: Prostatectomía, prostatectomía radical retropúbica, adenomectomía retropúbica, recomendaciones al alta, información, cuidados.

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, la patología prostática es una de las que aquejan con más frecuencia a los varones mayores de 50 años. Durante el año 2002 se produjeron en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza 916 altas de pacientes con hiperplasia benigna de próstata (HBP) y 525 de pacientes con diagnóstico de Neoplasia maligna de próstata. Se realizaron, además, un total de 1.168 prostatectomías, de las cuales un 47% fueron transuretrales, un 35% retropúbicas y un 18% radicales. No podemos olvidar que la neoplasia maligna de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentes en varones de la Unión Europea y la segunda causa de muerte por neoplasia en los Estados Unidos.

Gracias al desarrollo de las técnicas de detección precoz cada vez son diagnosticados más tumores clínicamente localizados y por tanto susceptibles de tratamiento curativo.

Técnicas quirúrgicas empleadas

Prostatectomía radical

La prostatectomía radical (PR) consiste en la extirpación completa de la próstata junto a las vesículas seminales complementada en ocasiones con linfadenectomía iliaca. La vía de abordaje quirúrgico puede ser retropúbica o perineal.

Las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica (excluyendo las intra operatorias por no ser objeto de este estudio) pueden dividirse en complicaciones tempranas y tardías.

Las tempranas incluyen formación de linfocelos, desplazamiento del catéter uretral, pérdida de orina por la anastomosis y problemas relacionados con la incisión quirúrgica como infecciones, seromas, dehiscencias y hematomas.

Las tardías incluirían la impotencia, la incontinencia y la contractura del cuello vesical^{3,13,15,18}. Los trastornos en la continencia urinaria así como de disfunción sexual están significativamente asociados a la técnica de prostatectomía radical^{4,9,21}. Estos problemas pueden mantenerse en el tiempo con una prevalencia importante¹⁰ (aunque variable según los estudios) constituyendo problemas de suficiente entidad para no obviarlos en la información dada al paciente.

Tras la intervención quirúrgica el paciente permanece ingresado 8-9 días por término medio. El paciente portará sonda vesical entre 2 y 3 semanas tras la intervención por lo que a

diferencia de lo que ocurre en los operados de adenomectomía retropúbica llevará sonda uretral en su domicilio. Tras la retirada de la sonda es habitual que se presenten escapes de orina. La incontinencia tras la prostatectomía radical puede ser dividida en completa, incontinencia severa e incontinencia de esfuerzo. Existe bastante disparidad en los porcentajes dados de incontinencia según el criterio de inclusión y según el estudio consultado (llegando a oscilar entre un 25 y un 87%)⁴ pero todos los autores coinciden en reseñar que la incontinencia es sentida por los pacientes como un factor importante de pérdida de calidad de vida influyendo en una menor satisfacción sexual y limitando asimismo las actividades diarias.¹⁸

La edad parece afectar negativamente en la recuperación de la continencia urinaria¹ siendo factor asociado a una peor continencia la edad superior a 70 años¹⁸.

Para contribuir en la recuperación de la continencia urinaria se han utilizado los ejercicios del suelo de la pelvis con buenos resultados²².

La complicación más frecuente tras la prostatectomía radical es la disfunción sexual que incluye impotencia (incapacidad de conseguir la erección del pene necesaria para el coito) así como otro tipo de problemas como la disminución en la intensidad del orgasmo, la falta de eyaculación (se debe de advertir a los pacientes que debido a la extirpación de las vesículas seminales no hay eyaculación de semen) o la incontinencia urinaria en el momento del orgasmo. Las diferencias en la técnica empleada, la edad del paciente y la habilidad del cirujano modifican la frecuencia en que se presentan. Según las series la incidencia va desde un 10% hasta el 100% de presencia de algún grado de impotencia achacable a la prostatectomía¹⁸. Menos de un 10% de los pacientes con potencia sexual previa a la intervención mantienen el nivel de satisfacción previo¹².

Existe controversia sobre la conveniencia de realizar la técnica de prostatectomía radical con conservación de las bandeletas neurovasculares para el mantenimiento de la potencia sexual. Si bien parece admitido que esta técnica disminuye notablemente el porcentaje de casos de disfunción sexual hay discusión sobre su conveniencia para eliminar completamente el tumor^{12,19} siendo la actitud más extendida en nuestro medio la no-conservación de las mismas para un mayor control oncológico^{17,21}.

Es importante reseñar que los estudios que hacen referencia a calidad de vida tras la cirugía coinciden en reflejar un alto

nivel de satisfacción tras la misma. Es asimismo muy elevado el número de pacientes que volvería a realizarse la prostatectomía^{2,7,9,11,12,20,21}.

Adenomectomía Retropúbica

La adenomectomía Retropúbica (AR) consiste en la extirpación del adenoma respetándose la cápsula prostática. Los pacientes se irán de alta sin portar sonda uretral (salvo la existencia de complicaciones o de disfunción previa). Aunque los cuidados de la herida quirúrgica y los relacionados con los hábitos higiénicos son similares el riesgo de impotencia es bajo existiendo como disfunción sexual la eyaculación retrógrada que conlleva una disminución de la fertilidad. La incontinencia sigue suponiendo un problema aunque más a corto plazo y con menor incidencia.

Esto supone que la hoja de recomendaciones sea diferente a la de la prostatectomía radical.

La importancia de la Información al paciente

Actualmente nadie cuestiona el derecho del paciente a recibir información sobre su proceso. Esta información es proporcionada preferentemente de forma oral por los profesionales implicados en los cuidados. No obstante sucede en ocasiones que debido al gran volumen de información que reciben nuestros pacientes les puede resultar complicado asimilar o recordar todos los cuidados que pensamos necesitan conocer. Para paliar este déficit recurrimos en ocasiones a suministrar parte de la información por otros soportes y preferentemente por escrito. Diversas investigaciones refuerzan la hipótesis de que suministrar información al paciente por escrito, por medio de folletos u hojas informativas, contribuye a disminuir la ansiedad y aumenta el nivel de satisfacción del paciente con la información recibida^{6,14}.

El objetivo de las hojas de recomendaciones al alta es ayudar al paciente a actuar en caso de que aparezcan complicaciones derivadas del proceso quirúrgico o de enfermedad dando al paciente mayor seguridad ante el alta hospitalaria, aportando respuestas a las dudas que puedan surgir y por lo tanto contribuyendo a mejorar la Calidad de Vida durante su recuperación fuera del ámbito hospitalario.

Con el fin de mejorar la atención prestada en nuestro servicio en el año 1996 se realizó un estudio en el que se evaluó un plan estandarizado de cuidados en el proceso de Prostatectomía. Dentro de éste plan diseñamos un Protocolo de Información al Alta que incluía el uso de una hoja de recomendaciones. En la Comunicación dada en el Congreso de Urología del año siguiente, como conclusión, retábamos en un futuro a evaluar dicha hoja y ver su eficiencia.

Desde el año 1997 se comenzaron a realizar prostatectomías radicales retropúbicas y como consecuencia se separaron las recomendaciones al alta por procesos ya que las complicaciones no eran las mismas.

Entre los cuidados comunes para ambas patologías se incluyeron en las hojas de recomendaciones:

- Cuidados de la herida
- área de hábitos higiénico-dietéticos: estreñimiento, actividad, reposo, necesidad de aumentar la ingesta de líquidos.
- hematuria

Entre los cuidados específicos de cada patología figuran:

- Prostatectomía radical: cuidados de la sonda.

- Adenomectomía: incontinencia y sexualidad.

Durante el tiempo transcurrido desde entonces hemos ido acumulando experiencia en el cuidado de nuestros pacientes y hemos observado que en ocasiones parece existir diferencia entre la información suministrada de forma oral y por medio de las hojas. Nos encontramos con que nuestros pacientes son en su mayoría personas de edad avanzada que precisan información sencilla y fácilmente comprensible pero que a su vez debe de ser capaz de aclarar las dudas más frecuentes una vez están en su domicilio, siendo muy importante que no existan contradicciones en la información que se suministre por distintas personas y soportes.

Pensamos que la información proporcionada debe de ser la mejor que podamos suministrar: debe de ser útil, debe de tener equilibrio para sin ser demasiado técnica ni complicada proporcionar suficiente información y debe ser pertinente desechando creencias no sustentadas en evidencias^{5,8}.

Nos parece por tanto importante valorar si estas hojas son realmente útiles para el paciente no sólo como un elemento más de hostelería hospitalaria que proporciona aumento de satisfacción por la sensación de recibir información sino como un instrumento para aumentar los conocimientos y disminuir las dudas existentes.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Evaluar la eficiencia de la Hoja de Recomendaciones al Alta dada en nuestra Unidad en los procesos de Adenomectomía Retropúbica y Prostatectomía Retropúbica Radical.

Objetivos Específicos:

- Evaluar si se entrega dicha hoja de recomendaciones al alta en los dos procesos.
- Evaluar si los pacientes leen la hoja de recomendaciones al alta.
- Conocer si el paciente entiende la información facilitada por medio de la hoja.
- Conocer si la información proporcionada en dicha hoja es suficiente para satisfacer las necesidades del paciente.
- Conocer en que medida el recibir hoja de recomendaciones al alta influye en mejorar el auto cuidado del paciente tras el alta.
- Realizar recomendaciones al alta en el paciente prostatectomizado con criterio científico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica

Como paso previo a la realización del trabajo se realizó búsqueda bibliográfica en las bases Medline y Cuiden.

Se utilizaron como palabras clave: prostatectomía, prostatectomía radical retropúbica, adenomectomía retropúbica, recomendaciones al alta, información, cuidados.

Población a estudio

La población a estudio estuvo constituida por todos los pacientes prostatectomizados en la unidad de urología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria durante un periodo de seis meses comprendido entre el 1 de junio y el 31 de diciembre del 2002. La población total a estudio fue de 65 pacientes de los cuales 32 fueron intervenidos quirúrgicamente de PRR y 33 de AR.

Instrumento de recogida de datos: El cuestionario

El instrumento elegido para la recogida de datos fue la realización de un cuestionario mediante entrevista telefónica.

El cuestionario consta de varias secciones:

- I. Datos generales y sociodemográficos (obtenidos a través de historia clínica).

La pregunta sobre los estudios realizados fue realizada al final de la entrevista para que no coaccionara las respuestas del entrevistado.

- II. Área de información y trato.
- III. Área de preguntas generales al alta.
- IV. Área de información de hábitos higiénicos.
- V. Área de información sobre incontinencia.
- VI. Área de información sobre sexualidad.
- VII. Área de información con relación a la herida quirúrgica.
- VIII. Área de valoración de la hoja informativa.

Las preguntas correspondientes al área de sexualidad se realizaron sólo a los pacientes intervenidos de PRR.

Administración del cuestionario

Previamente a la encuesta se envió a todos los sujetos a estudio una carta para solicitar su colaboración

Como paso previo a la recogida de datos se realizó un cuestionario usando como preguntas en tema de satisfacción las mismas que se vienen realizando en las encuestas de satisfacción de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para permitir su comparación. Antes de obtener el cuestionario definitivo para el estudio se consensuaron las preguntas y se realizaron encuestas previas para valorar su pertinencia y claridad.

Las entrevistas telefónicas tuvieron lugar entre el 15 de Agosto del 2002 y el 15 de febrero del 2003. El criterio seguido para la exclusión de pacientes fue el mismo que sigue Osakidetza en las encuestas telefónicas de satisfacción: Fallecimiento, imposibilidad física y/o psíquica del paciente, enfermedad grave, base de datos errónea, imposibilidad de contactar tras 10 intentos de llamada en días y horario diferente y rechazo a ser entrevistado.

Hubo nueve exclusiones; cuatro por enfermedad grave, 4 por datos equivocados y un caso por 10 intentos de llamadas en días y horarios diferentes sin poder llevar a cabo la entrevista. No hubo pérdidas por fallecimiento y ningún sujeto a estudio rechazó ser entrevistado.

Los datos generales y sociodemográficos hacen referencia a los 65 pacientes habiendo obtenido sus datos a través de la historia clínica. Eliminando los nueve pacientes excluidos de la entrevista por lo anteriormente mencionado, la población total a estudio fue de 56 pacientes siendo 25 intervenidos de AR y 31 de PRR.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la fecha de la intervención hasta la entrevista telefónica la media fue de 55 ± 16 días, mediana 52.

El tiempo de entrevista osciló entre 10 y 35 minutos. (Mediana 15 minutos; media 17 ± 5)

3.5 Instrumento de recogida de datos: procesamiento de los datos

Los datos fueron almacenados en base de datos Access 2000 utilizando para el análisis estadístico el programa SPSS 11.0 con un nivel de significación estadística $=0.05$.

La descripción de variables categóricas se hizo mediante su

distribución de frecuencias. La asociación entre variables categóricas se examinó mediante la prueba de Chi al cuadrado.

RESULTADOS

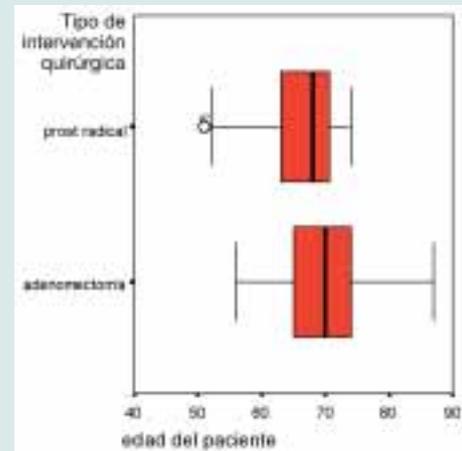
Edad de los pacientes intervenidos

La edad media de la población a estudio en el caso de las PRR fue de 65 ± 7 años (51-74).

En la AR la media de edad obtenida fue de 70 ± 8 años (56-87).

Hay diferencia de edad significativa ($p < 0.05$) por tipo de intervención quirúrgica siendo esta mayor en intervenidos de AR.

Gráfico 1 Distribución de la edad por tipo de intervención quirúrgica



Estancia hospitalaria

En cuanto a la estancia hospitalaria, en el caso de las PRR la mediana fue de 8,5 días con un mínimo de 5 y un máximo de 35 días (P25=7,25; P75= 9,75). Reseñar que aquél que presentó la estancia de 31 días tuvo que ser excluido por enfermedad grave.

En la AR la mediana fue de 9 días con un mínimo de 6 y un máximo de 22 días (P25=7; P75= 11,5)

Existe relación entre la edad y la estancia media ($p < 0,05$) aumentando la estancia a mayor edad. No se obtuvo diferencia significativa en la estancia por tipo de intervención.

Distribución geográfica de los pacientes

En cuanto a distribución geográfica:

- 17(26,2%) pertenecen a Comarca Alto Deba
- 41(63,1%) a Vitoria
- 7(10,7%) a la provincia de Álava (exceptuando Vitoria)

Nivel de estudios e Idioma habitual

Por tipo de estudios realizados obtuvimos la siguiente distribución de los 56 pacientes entrevistados:

- sin estudios: 13 (23,2%)
- estudios primarios: 35 (62,5%)
- estudios secundarios: 6 (10,7%)
- estudios universitarios: 2 (3,6%)

No hubo diferencias en cuanto a trato o satisfacción por nivel de estudios.

El idioma habitual de los encuestados era castellano en 47

casos (83,9%), euskera en 5 (8,9%) y ambos en 4 (7,1%). Todos ellos prefirieron realizar la encuesta en castellano.

Área de Información y Trato

Se considera satisfactorio cuando el paciente puntúa como bueno o muy bueno y se da la consideración de insatisfactorio cuando su opinión fue mala, muy mala o regular.

Con relación a la información que da el personal de enfermería un 94,6% considera que la información fue satisfactoria, mientras que un 3,6% cree que fue insatisfactoria.

En lo referente al trato un 98,2% opina que el trato fue bueno o muy bueno.

En cuanto a la información que da el personal médico un 92,9% cree que fue buena o muy buena y en trato un 98,2% opinó que fue bueno o muy bueno.

Estos resultados son similares a los generales de la Encuesta de satisfacción de Hospitalización del año 2002 del Hospital Santiago.

El apartado de información lo hemos dividido en tres grupos:

- información sobre la enfermedad
- información sobre los cuidados a seguir
- información sobre la recuperación y posibles complicaciones.

El 10,7% opina que la información sobre su enfermedad fue regular.

El 8,9% opina que la información sobre los cuidados a realizar no fue adecuada.

Y en el apartado de la información sobre su recuperación y posibles complicaciones un 25% no tuvo una opinión positiva sobre la información recibida.

No se apreciaron diferencias significativas en las valoraciones de información y trato por distintas patologías.

Área referente al alta

Como dato general podemos destacar que 48 pacientes (85,7%) creen que se les informó con suficiente antelación del alta hospitalaria, 6 (10,7%) opinaron que hubieran necesitado

más tiempo para organizarse (un paciente intervenido de AR y 5 de PRR). En 2 casos (3,6%) la respuesta fue NS/NC.

Se les preguntó así mismo, si durante su estancia hospitalaria recibieron suficiente información sobre los cuidados, tratamientos y posibles complicaciones al alta hospitalaria y un 67,8% refirió estar muy o bastante contento con la información recibida frente a un 30,4 % que piensan que la información fue insuficiente.

La satisfacción de los pacientes con la información recibida fue mayor en aquellos que recibieron hoja de recomendaciones al alta existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

¿La información que recibió aclaró sus dudas? 51 pacientes (91%) así opinaron. En los casos de AR 24 sobre 25 así lo afirmaron frente a un caso en que el paciente afirmó que la información le generó más dudas. En la PRR fueron 27 sobre 31 casos (87,1%) los que afirmaron que la información dada sí aclaró sus dudas frente a 4 casos (12,9%) que estuvieron poco de acuerdo con esta afirmación.

Se preguntó si tuvieron algún tipo de problema al llegar a su domicilio siendo en caso de respuesta afirmativa la descripción del problema mediante pregunta abierta. Se anotó las respuestas para posteriormente agruparlas, en algún caso una misma persona refirió más de un problema, tomamos todas las respuestas en consideración incluyendo la incontinencia cuando era referida como complicación. 25 pacientes (44,6%) sí refirieron alguno frente a 31 (55,4%) que respondió no haber tenido ninguno.

El número de complicaciones sentidas por los pacientes fue mayor en el caso de las PRR ($p < 0,05$) siendo la incontinencia sentida como complicación el factor diferenciador por patología, los problemas relacionados con complicaciones posquirúrgicas referidos por los propios pacientes fueron similares en ambos grupos.

Por tipo de intervención, en las PRR 19 pacientes (61,3%), afirmaron haber tenido alguna complicación y de éstos 7 lo resolvieron a través del médico especialista, 5 por otros medios, 3 acudieron a su médico de cabecera y otros 4 resolvieron el problema por sí mismos.

Tabla 1

■ Satisfacción con información y trato durante la estancia hospitalaria

	Satisfactorio		Insatisfactorio		Total
	Prostatectomía Radical	Adenomectomía	Prostatectomía Radical	Adenomectomía	
Información médica	28	24	3	1	56
Información de enfermería	30	23	1	1	55*
Trato médico	30	25	1	0	56
Trato de enfermería	30	25	1	0	56

* Un paciente respondió NS/NC

Tabla 2

		Tipo de int. quirúrgica		Total
		Prostatectomía Radical	Adenomectomía	
Opinión sobre la información acerca de su enfermedad	mala	3	3	6
	buena	28	22	50
Opinión de la información de los cuidados recibidos en hospital	mala	3	2	5
	buena	28	23	51
Opinión de la información sobre la recuperación posterior a la intervención	mala	8	6	14
	buena	23	19	42
Total casos		31	25	56

Tabla 3

■ **Opinión sobre la información acerca de su enfermedad**

¿Recibió información por escrito?

		¿Fue suficiente información al alta?		Total
		NO	SÍ	
Sí	Casos	8	32	40
	%	20	80	100
No	Casos	8	6	14
	%	57,1	12,9	100
Ns/Nc	Casos	1	1	2
	%	50	50	100
Total	Casos	17	39	56
	%	30,4	69,6	100

En AR 7 pacientes refirieron haber tenido algún problema, 3 resolvieron el problema a través del urólogo, dos a través del médico de cabecera, uno a través del servicio de urgencias y uno por sí mismo.

Entre las complicaciones mencionar dos casos de tromboflebitis referidas. Ambas en casos de PRR.

Área de información de hábitos higiénicos

Una de las recomendaciones a los pacientes intervenidos de próstata es que no debían realizar esfuerzos para hacer deposición. Les preguntamos si conocían dicha recomendación y de qué manera se les dio la información (oral, escrita o ambas).

Esta recomendación es común para los dos procesos. Seis pacientes refirieron desconocer esta información. En 22 casos

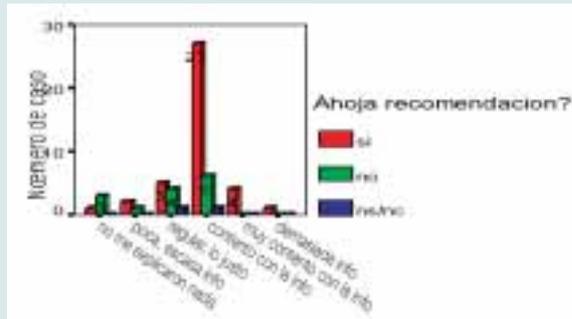
(39,3%) la información fue tanto oral como escrita, exclusivamente oral en 24 casos (42,9%) y en 4 (7,1%) exclusivamente escrita

28 pacientes (50% de los casos) refirieron estreñimiento en su domicilio. 6 utilizaron laxantes por vía oral (lactulosa) y 3 micro enemas.

Para contribuir a su recuperación se les preguntó qué nivel de actividad se les recomendó tras el alta permitiendo más de una contestación a la pregunta. 45 pacientes (80,4%) respondieron que le informaron que daría paseos cortos, 11 (19,6%) respondieron que le aconsejaron hacer reposo en cama, en un caso la respuesta fue ejercicio diario. No hubo diferencias entre los que recibieron hoja y los que no ($p > 0.05$).

En el cuestionario hace referencia a la cantidad de agua que

Gráfica 1 Percepción de la información recibida al alta



Gráfica 2 ¿Algún problema en el domicilio?

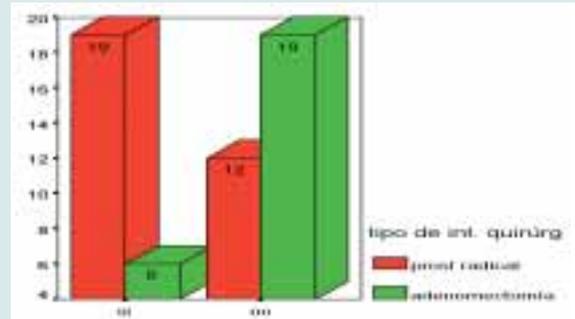


Tabla 4 Descripción del problema agrupado por tipo de intervención quirúrgica

■ **AGRUPANDO PROBLEMAS MENCIONADOS**

*Entre paréntesis aquellos casos en que un mismo paciente refería más de una complicación.

	Tipo de int. quirúrgica		Total
	Prostatectomía Radical	Adenomecтомía	
hematuria	2	1	3
dehiscencia herida	1	2	3
seroma	1	(1)	2
desplazamiento catéter uretral	2	--	2
distensión abdominal	--	1	1
Dolor	2 +(1)	--	3
Infección (proceso local en zona de herida quirúrgica)	1	2	3
Incontinencia (Sentida como problema por el paciente)	8 +(1)	1	10
tromboflebitis	2	--	2
Total	19 + (2)	7 + (1)	29

diariamente se les aconsejó beber, un 78,6% respondió que dos o más de dos litros, entre uno y dos litros cinco pacientes (8,9%) de estos cuatro habían recibido hoja de recomendaciones. Otros 5 (8,9%) respondieron que nadie les dijo qué cantidad de agua debían beber, de los 5 pacientes uno recibió hoja y cuatro no.

Se les preguntó además si les informaron que podían beber otro tipo de líquidos y un 25% afirma que sí frente a un 71,4% que responde negativamente (hay que reseñar que esta información se da únicamente de forma oral ya que no aparece en la hoja de recomendaciones).

Al alta hospitalaria todos los intervenidos de PRR fueron con sonda uretral a su domicilio (100%) Del grupo de adenomectomía retropúbica dos pacientes fueron portadores de sonda al alta (8%) los cuales no presentaron problemas con la sonda.

10 pacientes (32,3%) intervenidos de PRR refirieron algún problema con la misma.

2 pacientes tuvieron problemas relacionados con fuga de orina entre sonda y uretra, 1 por coágulos, 1 tenesmo vesical 3 tuvieron dolor y 2 tirones y descuidos con la sonda.

Todos los portadores de sonda sabían utilizar correctamente las bolsas de orina de pierna y en tres casos la colocación de las bolsas de orina de noche era incorrecta porque dejaban la bolsa de orina por encima del nivel de la vejiga. Los tres recibieron hoja de recomendaciones al alta y uno de ellos era portador de sonda antes de la intervención quirúrgica.

Les preguntamos si en su opinión quedarán aclaradas las siguientes cuestiones relacionadas con la sonda:

- cómo lavarse la zona genital
- manejo de bolsas para evitar tirones, reflujo y acodamientos
- utilización de bolsas de orina de pierna y noche

En el primer apartado de cómo lavarse la zona genital para 27 pacientes (81,8%) quedó aclarado. En el segundo apartado sobre el manejo de la bolsa para 28 pacientes (84,8%) esta cuestión quedó aclarada. Sobre como usar las bolsas de pierna y noche el porcentaje de respuesta afirmativa fue del 93,9% (31/33).

No existió diferencias significativas entre aquellos que recibieron hoja de recomendaciones y los que sólo recibieron información oral ($p > 0.05$).

Durante su estancia hospitalaria en ocasiones se les facilita una conexión cerrada que permite desconectar la bolsa de la sonda en el momento de la ducha y se les preguntó si en el hospital se les informó de la utilización del mismo para ducharse y si les pareció útil. Al 51,5% no se les informó de su existencia frente al 48,5% que sí fue así. Al 95% de los pacientes que se les facilitó dicha información le pareció muy útil su utilización, esta información no aparece en la hoja de recomendaciones al alta, se da de forma exclusivamente oral.

Área de información sobre incontinencia

Las preguntas referentes al área de información sobre incontinencia se la hicimos a todos los pacientes del estudio tanto a los que fueron intervenidos de prostatectomía radical retropúbica como a los intervenidos de adenomectomía retropúbica, aunque los pacientes del primer grupo se iban con sonda a casa, entre las dos y tres semanas siguientes a la intervención les retirarían la sonda en consulta.

La primera pregunta de esta área fue si se les informó que una vez retirada la sonda se les podría escapar la orina y cómo fue dada esa información. De forma general a 39 pacientes (70,9%) se les informó de forma oral, 12 pacientes escrita y oral (21,8%), 3 pacientes (5%) refirieron no haber sido informados de ninguna manera y 1 paciente (1,8%) NS/NC.

Por procesos destacar que en la PRR 23 pacientes (74,2%) dijeron que se les informó de forma oral y 8 pacientes (25,8%) tanto por oral como por escrito, reseñar que no figura información al respecto en la hoja informativa. En la AR 16 pacientes (66,7%) refirieron haber recibido esta información de forma oral. 4 pacientes oral y escrita (16,7%), 3 pacientes (12,5) dijeron no haber recibido información al respecto, un paciente (4,2%) no sabía si la recibió.

Tras el alta y estando ya en su domicilio 44 de los pacientes de nuestro estudio (78,6) sufrieron pérdidas de orina.

En los intervenidos de PRR este porcentaje fue del 100% (de los cuales el 45,2% refirieron duración de la pérdida de orina entre 30 y 50 días, el 9,7% entre 15 y 30 días y menos de 15 días un 6,5% y más de 50 días el 38,7%) frente al 52% en la AR de los cuales a un 32% dijeron que se les escapó la orina entre 30 y 50 días, menos de 15 días a un 8% y más de 50 días al 8%.

Gran parte de los pacientes con pérdidas de orina mantenidas más de 50 días refirieron seguir con las mismas en el

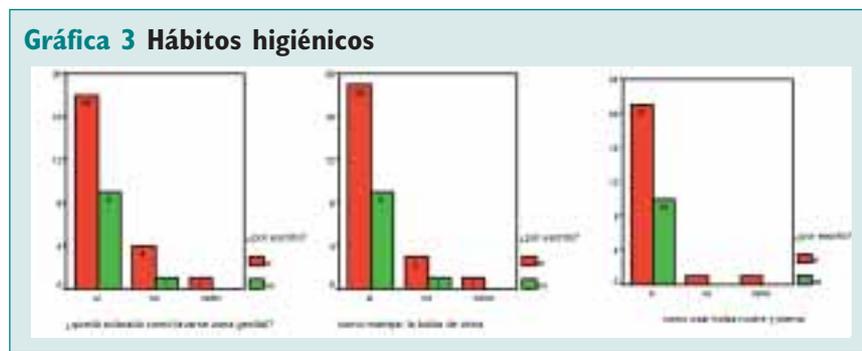


Tabla 5 Diferencias en la información de hábitos higiénicos entre los pacientes que recibieron sólo información oral con los que recibieron hoja de recomendaciones

		¿Recibió información por escrito?			Total
		Sí	No	Ns/Nc	
¿Le dijeron no hacer esfuerzos al hacer deposición?	sí, oral	12	10	2	24
	sí, escrito	4	--	--	4
	sí, ambas(oral y escrito)	22	--	--	22
	no	2	4	--	6
Total		40	14	2	56

momento de realizar la entrevista. En caso de sufrir incontinencia existe un folleto informativo sobre los ejercicios de Kegel que ayudan a la recuperación del control de la orina. A aquellos pacientes que sufrieron pérdidas de orina se les preguntó si les enseñaron dichos ejercicios respondiendo afirmativamente 11 pacientes (25%) siendo la información oral en 7 casos, oral y escrita en dos y exclusivamente escrita en otros dos.

En la hoja de recomendaciones al alta se les informa que pueden sangrar al querer orinar y al preguntarles si recibieron información de ello, 30 (54,5%) refirieron haber recibido esa información de forma oral, dos por escrito (3,6%) y 6 (10,9%) refirieron haber recibido esa información oral y escrita. 14 pacientes (25,5%) afirmaron no haber recibido información al respecto.

7 pacientes intervenidos de PRR dijeron haber sangrado en el domicilio, en el caso de intervenidos de AR hubo 9 casos. En total esto ocurrió en un 29,1% del total de intervenidos. La mayoría bebió agua para solucionar el problema. Un paciente precisó reingreso hospitalario por hematuria.

Área de información sobre sexualidad

Se preguntó a los intervenidos de PRR si les informaron de los cambios que tendrían en su actividad sexual (impotencia debida a la intervención).

La hoja de recomendaciones al paciente no refleja información al respecto. La impotencia si aparece como secuela de la IQ en la hoja de consentimiento informado que han de firmar los pacientes antes de la intervención,

En nuestro estudio 8 pacientes (25,8%) respondieron que no se les dio información, un paciente dijo que se le informó tanto de forma oral como por escrito mientras que los 22 restantes (71%) dijeron que la información fue exclusivamente oral.

La información fue poco o muy poco adecuada para 6 pacientes (19,3%). Otros cuatro (12,9%) respondieron NS/NC. Cuatro de los cinco pacientes que la consideraron nada adecuada dijeron no haber recibido información.

A su vez se les preguntó si fueron informados sobre los medios que en un futuro le podrían ayudar a recuperar en mayor o menor grado su actividad sexual y un 38,7% no fueron informados mientras que un 6,5% NS/NC.

los encuestados refirieron que esta información la recibieron de forma oral y un 23,2% dijeron que fueron informados de forma oral y escrita frente a 21 pacientes (37,5%) que respondieron no haber sido informado sobre los cuidados de la misma. El grupo de pacientes que recibió hoja de recomendaciones al alta manifestó haber recibido información sobre cuidados de la herida en mayor medida que aquellos que no la recibieron existiendo diferencia significativa al respecto ($p<001$).

En relación con la herida quirúrgica 15 de los 56 pacientes entrevistados (26,8%) refirieron algún tipo de problema una vez en su domicilio tras el alta hospitalaria. El más común fue la infección local de la herida con 6 casos (uno o más puntos de la sutura con signos de infección que precisaron curas locales).

Área de valoración global de la hoja informativa

El 71% de los sujetos de nuestro estudio recibió la hoja de recomendaciones al alta. 21/31 en el caso de prostatectomía radical (67,7%) y 19/25 en adenomectomía (76%). Les preguntamos asimismo si les resultaron complicadas o dudosas las recomendaciones cuando la leyeron y los resultados fueron los siguientes: en PRR 14 pacientes (66,7%) opinaron que no le resultó nada complicadas, 2 (9,5%) no la leyeron, algo complicadas a 3 pacientes (14,3%) y 2 (9,5%) NS/NC; en la AR a 17(89,5%) no le resultaron nada complicadas, 1(5,3%) opina que algo o bastante y 1(5,3%) NS/NC.

Quisimos conocer si precisaron ayuda de otras personas para comprender la hoja y 34(85%) refirieron no haber necesitado ayuda, 5 (12,5%) manifestaron haber necesitado ayuda de familiares para su comprensión y en ningún caso pidieron ayuda al personal médico o de enfermería, y 1 NS/NC.

En cuanto si la hoja les ayudó a saber qué podían y qué no podían hacer al llegar a sus domicilios agrupamos las respuestas según el tipo de intervención quirúrgica.

Para los intervenidos de PRR a 19 (90,5%) pacientes le pareció útil la información, en AR a 14 (77,8%)

Para hacer una valoración de la hoja la dividimos en **cuatro apartados:** 1) hábitos higiénicos (estreñimiento,

cuidados de la herida, actividad); 2) manejo de la sonda uretral; 3) incontinencia; 4) sexualidad. Se les pidió que puntuaran la hoja del 1 al 5, siendo 1 mala y 5 excelente. El apartado de manejo de sonda fue dirigido a aquellos que fueron portadores de sonda al alta, y sobre la sexualidad preguntamos a los intervenidos de PRR. De los 40 pacientes que recibieron la hoja 39 la puntuaron y uno no contestó. No hubo diferencias de puntuación por tipo de intervención en los hábitos higiénicos ni en incontinencia.

En la hoja de recomendaciones para las Prostatectomías radicales no figura información sobre la incontinencia. Se les preguntó así mismo, si el hecho de recibir hoja de recomendaciones al alta mejoró o resolvió sus problemas. Un total de 26 pacientes sobre 40 que recibieron hoja respondieron en sentido afirmativo (en todo o bastante). Al des-

Gráfica 4 Información sobre el cambio de sexualidad



Área de información en relación a la herida quirúrgica

La primera pregunta de esta área con relación a la herida quirúrgica fue si se les informó de los cuidados que tenían que tener con la herida una vez retirado los puntos: 19 (33,9%) de

glosar por tipo de intervención quirúrgica se objetivó diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p < 0,05$) siendo las respuestas afirmativas de 9 de 21 en el caso de intervenidos de prostatectomía radical frente a 17 de 21 casos en los operados de adenomectomía. Cuatro personas respondieron NS/NC siendo los cuatro casos intervenidos de prostatectomía radical. A todos aquellos pacientes que recibieron la hoja de recomendaciones al alta, se les preguntó si hubieran necesitado más información y 9 pacientes de 40 respondieron afirmativamente (22,5%). Siendo los intervenidos de PRR los que demandaron más información 7/21 casos frente a 2/19 en AR [$p < 0,05$].

Opinión sobre los distintos métodos informativos

Para una valoración más exacta de la hoja de recomendaciones les pedimos que nos dieran su opinión sobre el método de dar información a través de un folleto, la puntuación del mismo iba de muy bueno a muy malo y NS/NC. Nadie respondió la opción malo o muy malo, un 12,5% consideró el método regular. No hubo diferencias significativas por tipo de intervención ni entre aquellos que recibieron hoja frente a los que no. Sobre el método que podría ayudarle a comprender mejor los cuidados que hubiera necesitado al alta les dimos seis opciones pudiendo marcar más de una opción: más información verbal; un vídeo sobre cómo realizar los cuidados; más información en el folleto; incluir dibujos en el folleto; otros métodos (Internet...); NS/NC.

54 personas respondieron a esta pregunta dando un total de 78 respuestas. El método más elegido con 28 respuestas fue el vídeo (35,9% de los casos) habiendo sido mencionado por el 51,9% de los encuestados. La información verbal fue mencionada en 22 ocasiones (28,2%) por el 40,7% de los encuestados. Reseñar que 15 de 30 (50%) intervenidos de prostatectomía radical pidieron más información oral frente a 7 de 24 (29,2%) en el caso de intervenidos de adenomectomía. En la respuesta de más información en el folleto hubo 6 casos (20%)

en las PRR frente a un solo caso en las AR (4,2%). Para terminar les pedimos que dieran una puntuación al folleto del 0 al 10, siendo el 0 la peor puntuación y el 10 la mejor posible. En las PRR hubo 18 puntuaciones con una media de 7 ± 2 ; mediana 7,50; puntuación mínima de 3 y máximo de 10, $P25 = 6,75$ y $P75 = 8,25$. En las AR hubo 19 puntuaciones con una media de 8 ± 1 ; mediana 8; puntuación mínima de 5 y máximo de 10, $P25 = 8$ y $P75 = 9$.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Como norma de nuestra unidad todo paciente dado de alta hospitalaria tras un proceso de prostatectomía debe recibir la hoja de recomendaciones al alta correspondiente a su patología. Esto no fue así en un 28,8% de los casos durante el periodo a estudio, este porcentaje es sensiblemente inferior al 40% de incumplimiento en el año 1996. El desconocimiento de la norma por parte de personal de sustitución, el olvido por parte de la enfermera responsable, el exceso de carga de trabajo o el irse el paciente sin esperar a recibirla siguen siendo los motivos que originan el incumplimiento. Asumir la importancia de dar información adecuada al paciente y valorar la hoja como un instrumento útil parece la forma adecuada de conseguir el objetivo de suministrar información al alta por escrito a la totalidad de nuestros pacientes. Para poder valorar la efectividad de nuestras hojas informativas precisamos conocer los problemas reales que presentaban nuestros pacientes una vez reciben el alta para adecuar la información a sus necesidades, asimismo es fundamental conocer las características de la población a la que iba dirigida la información. Conocer la edad, el nivel de estudios y el nivel de información suministrado durante la estancia hospitalaria nos ha ayudado a rediseñar la información.

Es llamativo el alto nivel de satisfacción general de los pacientes en relación con el trato y la información suministrada tanto por el personal médico como de enfermería durante la

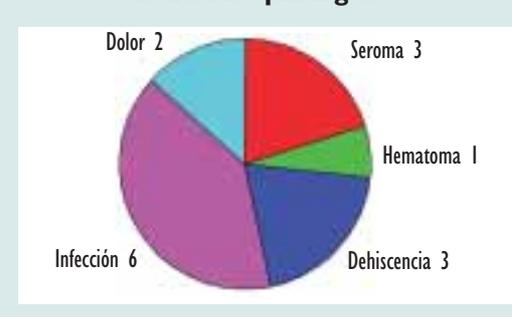
Tabla 6 Información recibida acerca de los cuidados de la herida quirúrgica

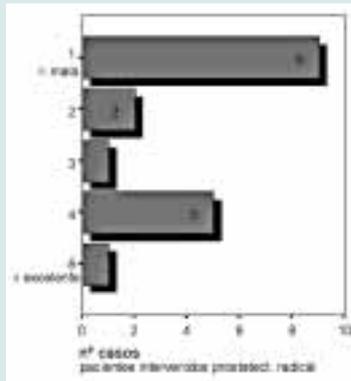
Información cuidados con la herida	sí, oral	¿Recibió información por escrito?			Total
		Sí	No	Ns/Nc	
	sí, escrito	2	--	--	2
	sí, ambas (oral y escrito)	13	--	--	13
	no	9	12	--	21
	Ns/Nc	--	--	1	1
	Total	40	14	2	56

Tabla 7 puntuación

	Tipo de int. quirúrgica			Total
	Prostatectomía Radical	Adenomectomía		
Valoración hábitos higiénicos en hoja	2	--	1	1
	3	7	6	13
	4	9	6	15
	5	4	6	10
	Total	20	19	39
Valoración incontinencia en hoja	1	1	--	1
	2	4	2	6
	3	4	4	9
	4	6	9	14
	5	5	3	9
Total	20	17	37	

Gráfica 5 Descripción del problema con la herida quirúrgica



Gráfica 6 Valoración sexualidad en la hoja de recomendación

estancia hospitalaria con índices de valoración positiva superiores al 90% en todos los casos. Estos son similares a los extraídos de las encuestas de satisfacción general de nuestro hospital. Tenemos por tanto una población con una tendencia a valorar muy positivamente el sistema sanitario y nuestras actuaciones lo que nos lleva a ser más cuidadosos en un proceso de autocrítica.

Objetivamos que aquellos pacientes que recibían información por escrito, en este caso hoja de recomendaciones al alta, se manifestaron significativamente más satisfechos con la información recibida que aquellos que sólo recibieron información oral. Este resultado está en concordancia con otras investigaciones en las que se demostraba la eficacia de los folletos informativos para aumentar la satisfacción. Sólo dos pacientes reconocieron no haber leído la hoja entregada. En cuanto a la opinión que dieron sobre recibir información a través de un folleto, ningún paciente hizo una valoración negativa del mismo; no hubo diferencia de opiniones por procesos ni diferencia de opiniones entre los que recibieron hoja y los que no la recibieron.

El hecho de que aumente la satisfacción no significa que la información contenida en la hoja de recomendaciones sea efectiva para todos los pacientes. A la hora de solicitar ayuda para comprender la hoja es llamativo que nadie acudiera a la enfermera para aclarar dudas, esto se justifica por el hecho de que la hoja se suministraba en el mismo día del alta por lo que no tenían tiempo a leerla en el hospital y requerir ayuda siendo esta suministrada por familiares. Preguntados los pacientes si comprendían la información contenida en la hoja un porcentaje elevado entendían y comprendían correctamente esa información, no obstante existió un porcentaje significativo en el caso de los intervenidos de PRR que manifestaron que la hoja no les ayudó a manejar sus problemas.

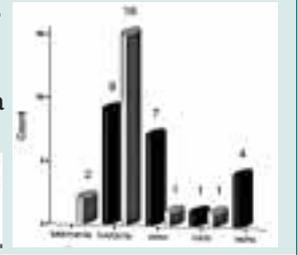
Esta diferencia por procesos quirúrgicos se puso de manifiesto en varios de los resultados obtenidos existiendo diferencias significativas en cuanto a la percepción de la información recibida en ciertas áreas del cuestionario.

En general el hecho de tener una hoja informativa les ofrece seguridad en el domicilio pero observamos que en el área de manejo de complicaciones al alta es donde los pacientes refieren estar más insatisfechos con la información recibida y es precisamente esta área el que intentamos cubrir con las hojas de

Gráfica 7 ¿Hubiera precisado más información? ¿La hoja le ayudó a resolver problemas?

Diferencias por tipo de intervención quirúrgica

tipo de int. quirúrgica
 ■ prost radical
 □ adenomecтомía

**Tabla 7** Opinión por tipo de intervención quirúrgica

Opinión sobre dar información en un folleto	Tipo de int. quirúrgica		Total
	Prostatectomía Radical	Adenomecтомía	
Muy Bueno	3	3	6
Bueno	19	20	39
Regular	5	2	7
Ns/Nc	4	--	4
Total	31	25	56

recomendaciones reforzando la información oral. Casi la mitad de nuestra población a estudio manifestó haber presentado alguna complicación tras el alta. Existe una fuerte relación entre grado de complicación y grado de satisfacción con la información tanto general como con la de la hoja informativa cuando en realidad el grado de satisfacción pensamos que debía estar más en relación con la eficiencia de la hoja informativa a la hora de manejar complicaciones.

En cuanto a las complicaciones referidas por los pacientes en su domicilio, es decir aquellas que manifestaron haber presentado tras el alta en su domicilio, es necesario aclarar que nos hemos limitado a recoger aquellas sentidas como tal por los pacientes. No es objetivo de este estudio realizar un diagnóstico de las mismas sobre la base de criterios clínicos, consideramos por tanto como fuente de información exclusiva la opinión de nuestros pacientes. Una información adecuada no siempre evita que determinado tipo de problemas se presenten pero debe proporcionar pautas de actuación para que el paciente sepa que hacer y a quien acudir en caso de necesidad ayudando asimismo a discernir que es esperable tras la intervención de aquello que debe constituir un motivo de alarma.

En cuanto a las complicaciones sentidas por nuestros pacientes podemos dividir las como explicamos anteriormente en tempranas y tardías. De esta forma observamos que según lo esperado las tempranas fueron similares en frecuencia en las PRR y las AR siendo en su mayoría relacionadas con procesos locales en la herida quirúrgica: casi un 25% de los pacientes han tenido alguna complicación relacionada con ella. Creemos que la hoja es carente en información respecto a los cuidados que deben tener en su domicilio con la herida. Destacar que 31 de los 40 pacientes que recibieron la hoja de recomendaciones se sienten informados en lo referente a esta área frente a sólo 2 de los 14 que no la recibieron, esto viene a confirmar que los pacientes si considera útil el dar folletos informativos pero también que este hecho no significa que la información que reciben sea apropiada o de calidad.

Nos parece interesante reseñar en el caso de las PRR que se refirieron dos procesos de tromboflebitis que precisaron tratamiento. En cuanto a la observación que hace referencia la hoja

Tabla 8 Diferencias de opinión según si recibieron hoja o no

Opinión sobre dar información en un folleto	¿Recibió información por escrito?			Total
	Sí	No	Ns/Nc	
muy bueno	4	2	--	6
bueno	29	9	1	39
regular	5	1	1	7
Ns/Nc	2	2	--	4
Total	40	14	2	56

de recomendaciones sobre si sangraron al querer orinar hemos sabido que esto les ha ocurrido al 29,1% de los pacientes y que el 25% de éstos afirmaron no haber sido informados. Además, al poner en la hoja NO SE ASUSTE si esto le ocurre, creemos que puede ser peligroso y que en un futuro próximo la observación más precisa y menos peligrosa sería VIGILE.

Asimismo como problemas a corto plazo exclusivos en el proceso de PRR fueron los derivados de la sonda uretral; los escapes de orina entre el pene y la sonda, el dolor y los tirones y descuidos con la sonda. Tampoco hay que despreciar el porcentaje de pacientes aquejados por la presencia de coágulos en la orina y el tenesmo vesical una vez retirada la sonda uretral por lo que los cuidados de la misma debería de ser uno de los puntos fundamentales de la hoja de recomendaciones para los intervenidos de PRR.

Un problema común a ambas patologías que llama la atención por su elevada incidencia es el estreñimiento referido como complicación por el 50% de nuestros pacientes. Nos ha parecido curioso que 14 pacientes de 40 que recibieron hoja de recomendaciones, afirmaron no haber recibido esa información de forma escrita.

La mayoría de los pacientes que presentó estreñimiento tomaron laxantes por vía oral y un 30% utilizaron micro enemas. En la hoja de recomendaciones no se aconseja la utilización de micro enemas, sin embargo esta información sí es dada de forma oral por el personal médico. Al ser contradictoria esta información nos vemos obligados en un futuro a modificarla en la hoja de recomendaciones. Lo mismo ocurre en cuanto a la cantidad y el tipo de líquidos que deben tomar; la respuesta ha sido correcta si tenemos en cuenta lo que dice la hoja pero sin embargo la información que se les dio de forma oral se ampliaba también a otro tipo de líquidos. Las complicaciones a largo plazo más comunes fueron los escapes de orina y los trastornos en la sexualidad. En estos campos la mayoría de complicaciones se dieron en intervenidos de PRR y marcaron en gran medi-

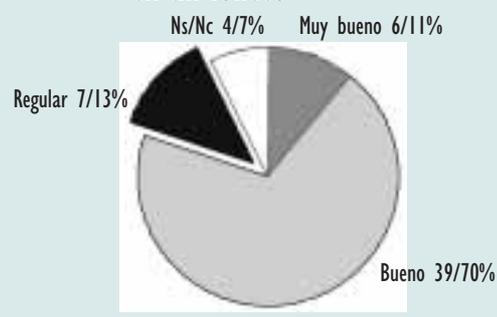
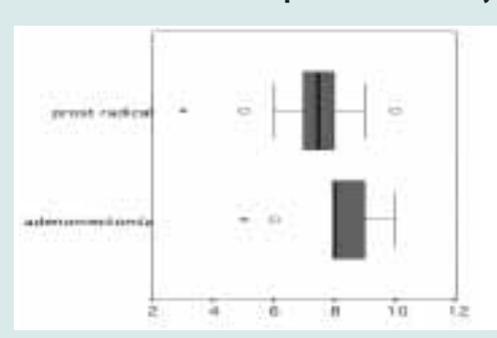
da las diferencias de satisfacción observadas entre ambos grupos explicando porqué los pacientes intervenidos de PRR pensaron que la hoja de recomendaciones tenía mayor utilidad a la vez que fueron más críticos con la misma.

En el área de incontinencia todos los pacientes intervenidos de PRR manifestaron haber sufrido escapes de orina tras la retirada de la sonda uretral, de hecho en el momento del corte una gran mayoría de los mismos seguían padeciendo pérdidas. Aunque nuestros pacientes manifestaron que no habían dejado de realizar actividades por este motivo, si refirieron en cambio que suponía para ellos un motivo de pérdida de calidad de vida. A pesar de ser la complicación más común en los intervenidos de prostatectomía radical retro-pública, esta información no aparece en la hoja de recomendaciones que les entregamos al alta y en cambio aparece en la hoja de recomendaciones de AR aunque de forma inespecífica. Si bien esta información aparece en el consentimiento médico informado que previamente firman los pacientes antes de la intervención como una de las posibles complicaciones posquirúrgicas creemos que es un tema lo suficientemente importante para no obviarlo e inferir en él y que aparezca de forma concisa en las hojas de recomendaciones de ambos procesos. También pensamos que debemos de hacer mención en la hoja de recomendaciones de PRR a los ejercicios de suelo pélvico ya que hasta ahora no se daban hasta la primera consulta.

En cuanto a las disfunciones sexuales y más concretamente a la impotencia padecida por la mayoría de los intervenidos de PRR muchos pacientes manifestaron no haber sido informados adecuadamente a pesar de estar reflejado en la hoja de consentimiento informado previo a la intervención. Pensamos que debido a su importancia este tema debe de ser reforzado a través de información oral por el personal médico. A pesar de que se menciona en las consultas posteriores a la intervención parece haber un porcentaje significativo que piensa que hay carencias en la información.

Concluiremos diciendo de nuevo que la información por escrito no fue suficiente para los intervenidos de PRR. A pesar de que a nadie le pareció mala esta opción para dar información la hoja no resolvió completamente sus problemas o dudas.

Cuando les pedimos su opinión sobre el método de dar información a través de un folleto, nuevamente fueron más críticos en la valoración las PRR, al 73% les pareció buena frente a un 92% de las AR. En la puntuación global sobre la hoja de recomendaciones que les entregamos el rango de puntuación va del 10 al 5 en la AR y en PRR entre el 10 y el 3. Aquí queda patente de nuevo que los pacientes de PRR han sido más críticos en la valoración global de la información recibida.

Gráfica 8 Opinión sobre dar información en un folleto**Gráfica 9** Puntuación que le da a la hoja

Una de las últimas preguntas que les hacíamos en la encuesta telefónica, les hacía opinar sobre algún método que les ayudase mejor a comprender la información que se les daba. Más de un 50% de los entrevistados mencionó la opción del vídeo. El siguiente método mencionado por el 40% de los encuestados fue la información verbal. Hay que reseñar que los intervenidos de PRR demanda más información en todos los soportes y nadie afirmó que era suficiente con la información dada. Sin embargo son los pacientes de AR los que demandan menos información, aunque la opción de un vídeo es el método más mencionado y dos casos refieren que es suficiente la información con lo dado.

Queremos ofrecer a nuestros pacientes seguridad para poder manejar las posibles complicaciones en el domicilio y de esta manera contribuir a mejorar su calidad de vida. Hemos comprobado que el dar la hoja de recomendaciones es un método que contribuye a mejorar la satisfacción de nuestros usuarios y les da a su vez seguridad para afrontar las posibles complicaciones al tras el alta hospitalaria.

Como consecuencia de los resultados obtenidos hemos realizado nuevas hojas de recomendaciones para ambos procesos. Pensamos que serán más adecuadas que las actuales aunque una de las conclusiones obtenidas es que la información que suministramos debe ser periódicamente adecuada a las necesidades detectadas para mejorar la calidad de cuidados ofertados de acuerdo a modelos de calidad. Creemos necesario seguir profundizando en el tema planteado autoevaluando día a día nuestra práctica diaria ya que todo es susceptible de mejora.

De igual forma hemos iniciado la realización de un video que refuerce la información oral y que se emitiría a través de un canal privado de nuestro hospital y de forma gratuita para el paciente antes del alta hospitalaria. No pretendemos sustituir a la hoja de recomendaciones al alta pero creemos que la imagen es un soporte perfecto para una adecuada comprensión de los cuidados al alta e incluso que la información llegaría también a los familiares y cuidadores.

De igual forma es fundamental llegar a un consenso sobre la información dada al paciente con el equipo médico y de enfermería para que esta vaya en la misma línea sin ser contradictoria. Ninguna hoja ni ningún soporte informático puede sustituir al trato individualizado a cada paciente. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Bono Arino A, Berne Manero JM, Sanz Vélez JL, Esclarín Duny M, Abad Roger J, Salvador Oliván JA. Urinary continence after radical prostatectomy. Prognostic factors and recovery time. *Actas Urol Esp* 2001; 25(8): 544-548.
- Braslis KG, Santa-Cruz C, Brickman AL, Soloway MS. Quality of life 12 months after radical prostatectomy. *Br J Urol* 1995; 75(1): 48-53.
- Catalona WJ, Carvalhal GF, Mager DE, Smith DS. Potency, continence and complication rates in 1870 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol* 1999; 162:433-438.
- Carlson KV, Nitti VW. Prevention and management of incontinence following radical prostatectomy. *Urol Clin North Am* 2001; 28(3): 595-612.
- Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: ¿is the information good enough? *BMJ* 1999; 318(7179): 318-322.
- Edwards MH. Hay que satisfacer la necesidad de información de los pacientes quirúrgicos. *Br J Surg* (Ed esp.) 1990; 4:71-74.
- Jonler M, Messing EM, Rhodes PR, Bruskewitz RC. Sequelae of radical prostatectomy. *Br J Urol* 1994; 74(3): 352-358.
- Joshi HB, News A, Stainthorpe RP, Macdonagh FX, Keeley Jr, Timoney AG. Desarrollo y validación de un folleto de información para el paciente sobre catéteres ureterales. *BJU Internacional* (ed esp) 2001; 88:329-334.
- Kao TC, Cruess DF, Garner D, Foley J, Seay T, Friedrichs P, et al. Multicenter patient self-reporting questionnaire on impotence, incontinence and stricture after radical prostatectomy. *J Urol* 2000; 163(3): 858-864.
- Litwin MS, Melmed GY, Nakazon T. Life after radical prostatectomy: a longitudinal study. *J Urol* 2001; 166(2): 587-592.
- Lepor H. Prostatectomía retropúbica radical. *Urol Clin North Am* (Ed esp) 2001; 3: 547-557.
- McCullough AR. Prevención y tratamiento de la disfunción eréctil secundaria a la prostatectomía radical. *Urol Clin North Am* (Ed esp) 2001; 3: 655-671.
- Martin-Marquina Aspizunza A, Zudaire Bergera JJ, Sanchez Zalabardo D, Arocena Garcia-Tapia J, Sanz Perez G, Diez-Caballero F, et al. Prostatectomía radical. Complicaciones quirúrgicas. *Actas Urol Esp* 1999; 23(1): 5-9.
- Moix J, Lopez E, Otero J, Quintana C, Ribera C, Saad I, et al. Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia. *Revista de Calidad Asistencial* 1995; 5:280-286.
- Portillo Martin JA, Rado Velazquez M, Gutierrez Baños JL, Martin García B, Hernández Rodríguez R, del Valle Schaan JL, et al. Complicaciones in a consecutive series of 133 cases of radical prostatectomy. *Actas Urol Esp* 2001; 25(8): 559-566.
- Real Romaguera A, Buforn Valero J, Piquer Bosca C, Rubia Fernández A, Ferrer Casares E. Educación sanitaria al paciente portador de sonda (Valoración de un tríptico informativo). *Rev AE Enferm Urolog* 1999; 73:62-73.
- Rioja Sanz LA, Liedana Torres JM, Roncales Badal A, Gil Sanz MªJ, Villanueva Benedicto A, Rodríguez Vela L, et al. Análisis de una serie de Prostatectomías Radicales. *Actas Urol Esp* 1997; 21(9): 809-816.
- Shekarri B, Upadhyay J, Wood DP. Intraoperative, perioperative, and long-term complications of radical prostatectomy. *Urol Clin North Am* 2001; 28(3): 639-653.
- Sokoloff MH, Brendler ChB. Indicaciones y contraindicaciones de la prostatectomía radical con conservación de los nervios. *Urol Clin North Am* (Ed esp) 2001; 3: 573-582.
- Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, William Eley J, et al. Urinary and Sexual Function After Radical Prostatectomy for Clinically Localized Prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. *JAMA* 2000; 283 (nº 3): 354-360.
- Valdivia Navarro P, Gonzalvo A, Blas Marin M, Borque Fernando A, Ibarz JM, Martinez M, et al. Quality of life after radical prostatectomy. *Actas Urol Esp* 1997; 21(9): 903-908.
- Van Kampen M, de Weerd W, Van Poppel H, De Ridder D, Feys H, Baert L. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 98-102.
- Gizaker. Laboratorio Sociológico e informático. Informe de resultados de la encuesta de satisfacción de hospitalización 2002 (hospitales de agudos), Santiago. Informe de la agencia Gizaker para Osakidetza-Servicio vasco de Salud; Junio de 2002.