

# CAPITULO I

## I. INTRODUCCION

### 1.1. Formulación del Problema y Justificación del estudio

Como cirujano urólogo previo a la obtención del título de especialista en Gerencia de Salud Publica considero que, el carcinoma de pene es una enfermedad neoplásica infrecuente, con una incidencia de 0.1 a 0.9 por cada 100 000 hombres en Europa. Sin embargo, en algunas áreas de África, Asia y América del Sur, la incidencia es significativamente más elevada (19 por cada 100 000 hombres); en estos países, este tipo de neoplasia puede representar hasta el 20% de los tumores de los hombres.

En el 48% de los casos la localización del tumor primario es la glándula; el tumor aparece en el prepucio en el 21%, en ambos sitios en el 9% y en el surco o hendidura coronal en el 6%.

Al momento del diagnóstico, no existe un plan de atención integral para el paciente con cáncer de pene; el 58% de los pacientes presentan adenopatías inguinales palpables. De éstos, entre el 17% y el 45% tienen metástasis ganglionares. La probabilidad de compromiso bilateral es considerable debido a la rica comunicación subcutánea y linfática del órgano. Cerca del 20% de los casos que no presentan ganglios palpables tienen micrometástasis ganglionares. La profundidad de la invasión del cuerpo cavernoso, el grado tumoral, el compromiso linfático, ganglionar y el patrón de crecimiento son factores de riesgo relacionados con la presencia de estas metástasis. Se informó una tasa de supervivencia a los 5

años de 52%, que varía desde 66% en pacientes sin compromiso ganglionar hasta 27% en aquellos que lo presentan<sup>1</sup>.

El carcinoma de células escamosas es, por lejos, la enfermedad neoplásica más común del pene, y representa más del 95% de todos los casos.

La fimosis y la irritación crónica relacionada con la mala higiene están asociadas con frecuencia con este tumor, mientras que la circuncisión neonatal tiene un efecto protector. Existen datos firmes que sustentan su asociación con el virus del papiloma humano tipos 16 y 18 en hasta el 50% de los casos, así como en las variedades in situ, basaloides y verrugosas en más del 90%.

Los factores pronósticos más firmemente asociados con la tasa de supervivencia son la presencia de ganglios linfáticos positivos, su número y localización, y el compromiso ganglionar extra capsular. En los análisis univariados y multivariados, los parámetros primarios del tumor (ubicación, tamaño, tipo, invasión del cuerpo cavernoso) son predictores importantes para la presencia de metástasis ganglionares. Estos factores se han empleado para definir grupos de pacientes de alto riesgo (<sup>3</sup> T2 o G3), riesgo intermedio (T1G2) y bajo (Tis, pTaG1-2, pT1G1). Los marcadores moleculares se encuentran en investigación, pero en la actualidad no tienen utilidad en la práctica clínica.

Ante todo lo expuesto se crea la necesidad de implementar un plan de atención integral a los pacientes que asisten a la consulta externa urológica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, aún más siendo esta una institución de convenio educativo que alberga a estudiantes de todos los niveles.

---

<sup>1</sup> Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). 2002

## **2. IDEA O TEMA DE INVESTIGACION:**

“Necesidad de realizar una implementación de un plan de atención integral a usuarios con cáncer de pene de la consulta externa del hospital Teodoro Maldonado Carbo año 2012”

## **3. MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACION**

### **3.1 Antecedentes**

#### **3.1.1. Contexto Social**

El Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, considerada como un establecimiento de salud del Nivel III, en la ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas, por ser una institución pública y docente, brinda la oportunidad de realizar estudios investigativos, que vayan a retribuir a mejorar la calidad de vida de la población trabajadora afiliada, tiene una población promedio que llega a la consulta externa de 300 pacientes diarios, conformados principalmente por afiliados activos y de las otras clases como son: seguro campesino, jubilado, montepío y voluntarios.

#### **Misión**

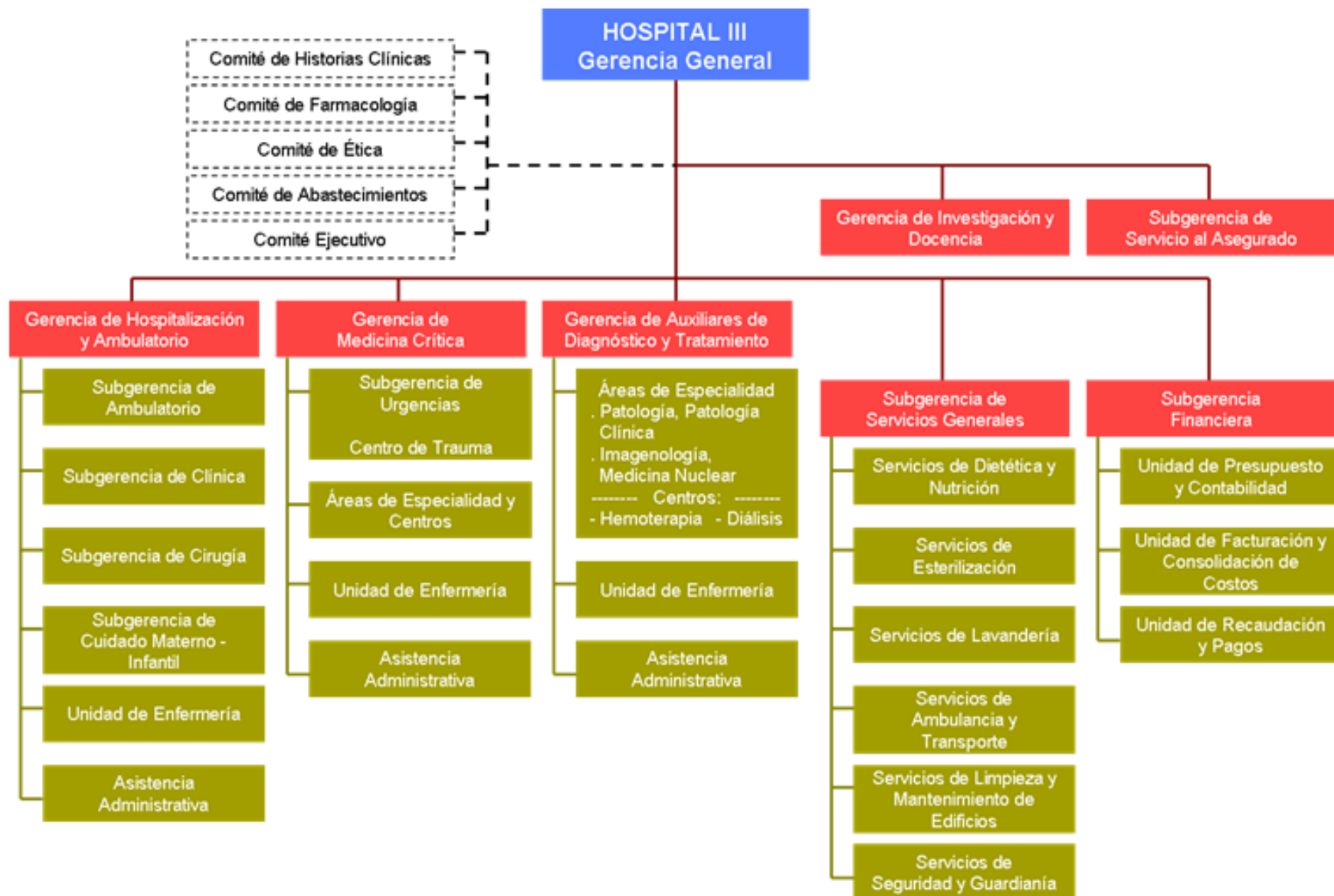
Busca proporcionar con parámetros de calidad mejores condiciones de vida para la población afiliada a través de la dispensación de servicios asistenciales de salud generales y de especialidad de alta complejidad de forma integral con tecnología de punta considerando los principios básicos de la Institución: "Brindar un servicio solidario, equitativo, universal y humanístico".

## **Visión**

Ser el primer Hospital regional como Unidad modelo de los Centros de Atención ofreciendo una atención ambulatoria especializada e integral en las áreas diagnóstica, terapéutica preventiva y social; bajo parámetros internacionales de calidad extendiendo nuestras capacidades a la población en general capaces de competir con calidad en forma eficiente y eficaz con proveedoras externas.

## **Políticas**

- Administración de los programas de fomento y prevención de la salud
- Asistencia médica integral y de maternidad
- Atención odontológica preventiva y recuperativa
- Subsidios monetarios transitorios y de maternidad
- Coordinar los programas gerontológico
- Ejecutar el proceso de acreditación interna y externa
- Asistencia médica preventiva y curativa de hijos menores de 6 años, cónyuges o convivientes con derecho
- Administrar el presupuesto anual con análisis prospectivo y retrospectivo
- Administración patrimonial
- Cumplir normas legales y procedimientos



### **3.1.2. Contexto Institucional**

La prestación de salud en el **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social** desde sus inicios se interesó en brindar a sus afiliados la posibilidad de ser atendidos en centros hospitalarios propios, con personal médico y paramédico también dependiente de la estructura orgánico-administrativa de la Institución. En Quito, Guayaquil, Cuenca, Riobamba y otras ciudades se crearon centros de atención ambulatoria (los llamados Dispensarios) y establecimientos hospitalarios (las Clínicas del Seguro). Así, durante años, la población afiliada fue atendida en éstos, aunque su funcionamiento no era óptimo y a medida que fue creciendo la demanda, se evidenció la necesidad de construir hospitales más grandes bajo un criterio de regionalización y atención de referencia al más alto nivel en Quito, Guayaquil y Cuenca, y otros de alcance provincial en las demás ciudades.

En esa época dos grandes personalidades médicas ejercían la presidencia del Instituto Nacional de Previsión y la Dirección del Departamento Médico, los doctores Carlos Andrade Marín y Plutarco Naranjo Vargas, respectivamente. En la década de los sesenta se inició la planificación de estos centros en Quito, Guayaquil y Cuenca, y se erigieron sus hospitales regionales: el Carlos Andrade Marín en la capital, el Hospital Regional en Guayaquil, hoy **Dr. Teodoro Maldonado Carbo**, y el Teodoro Carrasco en Cuenca. Por razones de financiamiento, equipamiento y tiempo dedicado a preparar y seleccionar debidamente al personal técnico y administrativo, el Hospital Regional de Guayaquil se inauguró el **7 de octubre de 1970**, cuando ejercía la Presidencia de la República el Dr. José María Velasco Ibarra y la cartera de Previsión Social el licenciado Luis Eduardo Robles Plaza, quienes estuvieron presentes en las nuevas instalaciones aquel recordado día.

### 3.1.3 Situación actual

El desarrollo del Hospital a lo largo de los años lo situó desde siempre a la vanguardia de la medicina ecuatoriana, marcando el paso en la incorporación de nuevas tecnologías y nuevas especialidades para ponerlas al servicio de los afiliados y a pesar de los avalares políticos que cíclicamente han sacudido a la Institución, ha logrado mantener estándares aceptables de atención. Durante largos años el Hospital lideró las acciones médicas en especialidades como la cirugía cardiovascular, la nefrología y el transplante de riñón, el laboratorio hormonal y de citogenética, así como en áreas como oftalmología, gineco-obstetricia, fisioterapia, y rehabilitación.

Apertura integral y accesibilidad en los servicios de especialidades con resolución diagnóstica y terapéutica bajo procedimientos especializados con equipos de tecnología de punta en:

- Tomografía axial computarizada
- Ecocardiogramas
- Espirometrías
- Ecografías general y especializada con Eco-Doppler
- Rayos X-Digital
- Fisioterapias respiratorias
- Video-Endoscopia digestiva alta con impresión fotográfica
- Video-Colposcopia y conizaciones
- Servicio médico a domicilio de manera personalizada
- Medicina física y rehabilitación
- Atención privilegiada a adultos mayores y grupos en discapacidad
- Servicio de emergencia en todas las unidades médicas de la provincia

## **4. Situación Problemática**

### **4.1 Fundamentación**

Los Factores de Riesgo, son considerados como las diversas circunstancias, acciones, actividades, hábitos que contribuyen a producir un daño, ya sea esta solo una simple posibilidad hasta poder tener altos grados de probabilidad.

A pesar de que en la actualidad se sabe que el diagnóstico precoz de las alteraciones cancerígenas aumenta considerablemente la eficacia del tratamiento, esta medida no se toma en cuenta como una prioridad por la población. Aún conociéndose muchos de los factores de riesgo que condicionan el hallazgo de algún tipo de alteración, y sabiendo que no cursan en su mayoría con sintomatología sino hasta cuando ya es muy tarde. Por lo que el diagnóstico precoz de alteraciones del cáncer comprende dos actividades principales: la educación y la detección.

Los hombres son una población en riesgo constante, sobre todo por la promiscuidad sexual, que los convierten muchas veces en portadores de infecciones de transmisión sexual (I.T.S.), lo cual es comprobado con los datos estadísticos que existen a nivel del INEC, poniendo en peligro de riesgo a sus mujeres (esposas o convivientes) de contraer dichas enfermedades además varias de estas I.T.S pueden ser un factor más en la génesis de alteraciones del pene.

En consecuencia las alteraciones que presenten no son tratadas sino hasta que son de gran molestia o por casualidad cuando se les atiende en la consulta médica por otros motivos en especial en los consultorios de Urología; esto aunado con la escasa o nula frecuencia de someterse a un examen de general, el inicio a temprana edad de las relaciones sexuales, las múltiples parejas sexuales, la falta de higiene, consumir productos elaborados a base de tabaco, exposición a determinadas sustancias industriales como disolventes, colorantes, amoniaco, determinados gases, entre otros factores pone a esta población masculina en mayor riesgo de presentar algún tipo alteración de células neoplásicas.



En el presente trabajo se pretende demostrar que la calidad de vida en los usuarios con alteraciones penianas son más frecuentes en la población de hombres de la clase activa, por ser trabajadores de empresas que no cumplen con las medidas de bioseguridad que en una población de hombres que habitan en el campo, para de esta manera establecer cuales son los factores más predisponentes y que el equipo de salud debe mejorar los estilos de vida y aumentar la supervivencia, mediante un plan de atención integral.

## **5. Planteamiento del Problema**

### **5.1 Problema General o Básico**

¿De qué manera influirá la implementación de plan de atención integral para el paciente con cáncer de pene de la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo año 2012, para mejorar la calidad de vida?

### **5.2 Subproblemas o Derivados**

- 5.2.1 ¿Cuáles son las características generales de los pacientes expuestos a desarrollar Cáncer de Pene?
- 5.2.2 ¿Cómo se podrá identificar los factores de riesgo que predisponen a desarrollar Cáncer de Pene?
- 5.2.3 ¿Existe protocolo de procedimiento quirúrgico para los usuarios con Cáncer de Pene que asisten al Hospital Teodoro Maldonado Carbo?
- 5.2.4 ¿Por qué no se elabora un programa de educación que ayude a mejorar los estilos de vida del paciente con Cáncer de Pene?

## **6. Delimitación de la Investigación**

### **6.1 Temporal**

De febrero hasta julio del 2012.

### **6.2 Espacial**

**Ubicación:** Ciudad de Guayaquil. Hospital Teodoro Maldonado Carbo

**Parroquia:** Guayaquil

**Cantón:** Guayas

**Provincia:** Guayas

**País:** Ecuador

### **6.3 De las unidades de observación**

Pacientes con cáncer de pene y Equipo de salud.

Equipo de Salud de la Consulta Externa del HTMC

Familiares de los pacientes con cáncer de pene

## **7. Justificación**

El cáncer de pene es un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de células y tejido. Este crecimiento es mucho más rápido que el de las células normales, lo que provoca la invasión y progresiva destrucción de órganos y tejidos vecinos. Cuando las células logran su crecimiento a distancia, estamos ante un caso de metástasis.

En el caso particular del cáncer de pene, las células cancerosas se originan en los tejidos de este órgano. Afortunadamente, este tipo de cáncer es poco común. La mayoría de los cánceres de pene son carcinomas de la piel, y se originan con mayor frecuencia en el glande y rara vez en el prepucio o en el cuerpo del pene, formando masas ulcerativas. Tienden a progresar afectando al resto del glande o a los cuerpos cavernosos. Se extienden por vía linfática.

Una autoexploración puede detectar la presencia de un posible crecimiento o tumor en el pene. El no acudir rápidamente al médico para determinar si el dolor está asociado con el crecimiento es muy desaconsejable. Por lo tanto si se descubre un bulto, llaga, dolor prolongado, hay que consultar al médico sin esperar.

En la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo IESS Guayaquil, se pudo realizar una investigación-acción con el equipo de salud y 28 pacientes diagnosticado con cáncer de pene que se encuentran en tratamiento y seguimiento, que fue la muestra en estudio y para ellos se deja implementado un plan de atención integral para que al paciente no presente demora en el diagnóstico y los pasos a seguir para mejorar la calidad de vida. La realización de este trabajo ayudara a incentivar al cuerpo médico, enfermeras e internos a adquirir conocimientos acerca de la prevención, valoración y evaluación del cáncer del pene a fin de disminuir la morbi-mortalidad en el hombre. Este trabajo propone soluciones con la implementación de un plan de atención integral a usuarios con cáncer de pene de la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo año 2012.

## **8. Objetivos de la Investigación**

### **8.1 Objetivo general**

- Implementar un plan de atención integral para el usuario con cáncer de pene que acuden al Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

### **8.2 Objetivos específicos**

1. Identificar las características generales de los usuarios que presentan Cáncer de Pene.
2. Determinar cuáles son los factores de riesgo más frecuente entre la población de paciente con Cáncer de Pene.
3. Realizar protocolos de procedimiento quirúrgico como alternativa de tratamiento para los pacientes con Cáncer de Pene.
4. Elaborar y ejecutar un programa de atención integral para los usuarios con Cáncer de Pene que asisten al Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

## **9. MARCO TEORICO**

### **9.1 Marco Conceptual**

**Cáncer:** Se producen cuando unas células de alguna parte de tu cuerpo comienzan a crecer sin ningún control e invaden otros tejidos. El cáncer no es una única enfermedad sino un grupo de muchas enfermedades distintas que tienen algo en común

#### **Factores de riesgos:**

**Tratamiento:** Medidas terapéuticas que se utilizan dependiendo el tipo, la localización y el tamaño del tumor, así como de otros factores como la edad o la salud de la persona. Por lo general, para tratar el cáncer se utiliza la cirugía y un tipo de radiación y medicamentos especiales.

**Calidad de vida:** Estado biospsicosocial y clínico, de paciente mediante la motivación que tenga hacia la morbilidad de los diferentes procedimientos que deberán considerarse como parte del proceso en la toma de decisiones.

## **2. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Alternativa teórica**

Desde su inauguración, el Hospital Regional marcó la pauta de la atención médica en la región y en la ciudad, donde se sumó a la atención de centros de gran prestancia como SOLCA y el Hospital Luis Vernaza. Según palabras del Dr. Alfonso Roídos Garcés, ex director del Departamento de Medicina, en una reseña por el décimo aniversario, "en este Hospital se han atendido cientos de miles de personas y se han salvado miles de vidas humanas<sup>2</sup>".

### **2.2. Desarrollo de categorías.**

#### **2.2.1 Anatomía del Pene**

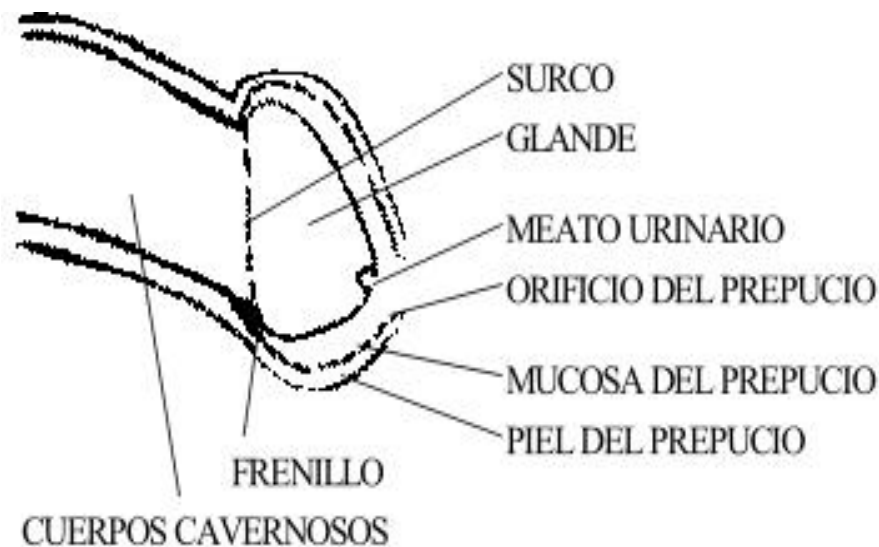
El pene está formado por dos estructuras tubulares cuya consistencia es como una “esponja” llamados cuerpos cavernosos que se llenan de sangre durante la erección. También existe otra estructura tubular y de menor grosor que contiene en su interior la uretra y se llama cuerpo esponjoso.

En la parte final de los cuerpos cavernosos existe otra estructura llamada glande que tiene un orificio al final llamado meato uretral que es la terminación de la uretra. La división entre el glande y el resto del pene se llama surco. La piel del pene se continúa hacia delante y cubre el glande. La parte de piel que cubre el glande se llama prepucio. El prepucio tiene una parte externa que se llama la piel del prepucio y una parte interna que se llama la mucosa del prepucio y que está en contacto con el glande.

Anatomía del prepucio y sus relaciones

---

<sup>2</sup> [www.hospitalteodoromaltonadocarbo.com](http://www.hospitalteodoromaltonadocarbo.com)



### 2.2.1.1. Desarrollo del pene y el prepucio

Durante el desarrollo del niño en el útero materno el prepucio y el glande están fusionados como una sola estructura (adherencias del prepucio). Posteriormente la mucosa interna del prepucio se separa del glande y el orificio del prepucio se va agrandando hasta que se puede retraer totalmente (retracción del prepucio).

El mecanismo como ocurre esto es variado. Las células de la superficie del glande y de la mucosa interna del prepucio se van regenerando y descartando continuamente y se acumulan entre el prepucio y el glande en forma de unas “perlititas” blancuzco amarillentas como “queso” llamado esmegma que eventualmente salen hacia donde el prepucio se une con el glande dejando una separación entre éstos que facilita que se continúe despegando.

La acumulación del esmegma, las erecciones espontáneas y el mismo niño al “descubrir” sus genitales pueden ayudar a la dilatación del prepucio y despegarlo del glande. La separación completa entre el prepucio y el glande y la abertura total del orificio del prepucio permitiendo retraerlo completamente pueden ocurrir desde el

nacimiento hasta alrededor de los 5 años de edad. Debe comprenderse que es normal que al momento del nacimiento y por algún tiempo el niño tenga el prepucio adherido al glande y el orificio del prepucio estrecho y no se pueda retraer. Con el tiempo y de forma espontánea se abrirá y se podrá retraer. Esto debe ocurrir en los primeros 5 años de vida.

El prepucio tiene en la parte mucosa una gran cantidad de nervios y terminaciones nerviosas especializadas mayormente en un área específica llamada “banda en anillo”. Estas terminaciones nerviosas complejas son sensitivas al tacto de “enrolamiento” que se produce cuando el prepucio se retrae y estira sobre el glande durante el acto sexual.

#### **2.2.1.2 Funciones del prepucio**

Existen tendencias opuestas hacia la práctica de la circuncisión y también en su realización en niños recién nacidos. El desarrollo de investigaciones y conceptos puede estar condicionado por estas tendencias. Los que abogan por la conservación del prepucio enfatizan las siguientes funciones:

1. Protege el glande de las heces y la orina en el niño
2. Protege el glande de fricciones del pañal y de la ropa
3. Mantiene el glande humectado con una capa oleosa y lubricante
4. Permite la erección del pene al estirarse y descubrir el glande
5. Sirve como órgano erógeno por su rica innervación y receptores complejos sensitivos

#### **2.2.2 Cáncer de pene**

El cáncer del pene es una forma de cáncer poco común en los Estados Unidos, es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas, células malignas de crecimiento agresivo en la piel y los tejidos del pene.



La causa exacta para dicho trastorno aún se desconoce, pero se cree que los hombres que no fueron circuncidados al nacer podrían tener un riesgo mayor de contraer cáncer del pene. También se cree que el esmegma e historial de herpes genital pueden incrementar el riesgo.

**La circuncisión** es una operación en la cual se remueve total o parcialmente el prepucio, la piel que recubre la punta del pene.

**Esmegma:** “secreción sebácea espesa maloliente y de aspecto caseoso que consiste principalmente en células epiteliales descamadas que se acumulan debajo del prepucio o alrededor del clítoris.”<sup>3</sup>

**2.2.2.1** Los síntomas a observar:

- Crecimientos o lesiones en el pene
- Secreción anormal
- Dolor
- Úlceras no dolorosas (ocasionalmente dolorosas)
- Sangrado en las etapas avanzadas de la enfermedad

### **2.2.3 Etapas del cáncer del pene**

- Cáncer limitado al glande y al prepucio, no complica el cuerpo del pene o los cuerpos cavernosos.
- Invade los cuerpos cavernosos del pene pero no ganglios linfáticos
- Propagación clínica a los ganglios linfáticos regionales en la ingle.
- Cáncer invasor que ha causado extensa e inoperable afección de los ganglios linfáticos de la ingle.

---

<sup>3</sup> Webster's Dictionary. 2000

La infección por el virus del papiloma humano puede aumentar el riesgo de contraer cáncer de pene.

Cualquier cosa que aumenta la posibilidad de contraer una enfermedad se llama factor de riesgo.

La circuncisión puede ayudar a prevenir la infección por el virus del papiloma humano (VPH). La circuncisión es una operación por la que un médico extrae una parte o todo el prepucio del pene. A muchos varones se les circuncida poco después de nacer. Los hombres no circuncidados al nacer pueden tener un riesgo mayor de contraer cáncer de pene.

Otros factores de riesgo de cáncer de pene incluyen los siguientes aspectos:

- Tener más de 60 años de edad.
- Padecer de fimosis (un trastorno en el que el prepucio del pene no puede ser tirado hacia atrás sobre el glande).
- No practicar una buena higiene personal.
- Tener muchos compañeros sexuales.
- Consumir productos elaborados con tabaco.

#### **2.2.4 Diagnóstico**

**Clínica:** Lesión visible y palpable, ulcerosa y/o vegetante que puede en ocasiones acompañarse de dolor. En su evolución la enfermedad se acompaña de adenopatías inguinales uni o bilaterales, las que pueden progresar presentandofijeza, infección, ulceración y fenómenos compresivos que llevan al linfedema de miembros inferiores.

### **2.2.5 Estadificación - Clasificación TNM**

- T Tx tumor primario cuyas características no pueden ser determinadas.
- To sin evidencia del tumor primario.
- Tis carcinoma in situ
- Ta carcinoma no invasor
- T1 compromiso del conectivo subepitelial
- T2 compromiso del cuerpo cavernoso o esponjoso
- T3 infiltra uretra o próstata
- T4 infiltra otras estructuras adyacentes
- N N0 ausencia de compromiso ganglionar
- N1 ganglio inguinal único superficial
- N2 ganglios inguinales múltiples, uni o bilaterales, superficiales.
- N3 ganglios inguinales profundos y/o pelvianos, uni o bilaterales
- M MO ausencia de enfermedad a distancia
- MI diseminación a órganos distantes

### **2.2.6 Tratamiento del Tumor Primario**

**Tis:** si está localizado en prepucio se recomienda postectomía amplia. En caso de localizarse en glande se propone glandectomía.

**T1:** Al igual que en el Tis, si está ubicado en glande se realiza glandectomía, pero de tener otra localización debe realizarse amputación parcial.

**T2:** Amputación parcial cualquiera sea su localización.

**T3:** Amputación parcial o total de acuerdo al pene residual.

En todos estos casos debe realizarse biopsia por congelación de los bordes de sección quirúrgicos.

**T4:** Amputación total con o sin emasculación, de acuerdo a requerimientos técnicos y/o consulta con el paciente.

### **2.2.7 Tratamiento del componente ganglionar**

Finalizado el tratamiento antibiótico se evalúa el compromiso ganglionar con examen clínico y Tomografía Axial Computada (TAC) de abdomen y pelvis. De persistir adenopatías regionales, se proponen las siguientes conductas de acuerdo al T.

**Tis-T1-T2: N (-):** Tanto en el caso en que los ganglios hubieran sido negativos desde el inicio o bien se hubiesen negativizado con el tratamiento antibiótico se indica control cada 3 meses (clínico y TAC)

**N (+):** Pueden encontrarse las siguientes situaciones: N1 (adenopatía única inguinal superficial) o bien N2 (múltiples uni o bilaterales, siempre superficiales). En todos estos casos, la conducta consiste en realizar una linfadenectomía inguinal superficial con biopsia por congelación. Si la misma fuese negativa se dará por terminado el procedimiento, si fuera positiva, se continuará con el vaciamiento ganglionar ilíaco.

En caso de presentar adenopatías bilaterales se sugiere la realización de linfadenectomía diferidas.

**T3-T4:** En general estos tumores se encuentran acompañados de adenopatías inguinales. Cualquiera sean ellas, se indica una linfadenectomía inguinal e ilíaca consecutiva, comenzando por la región inguinal más comprometida.

**N3 (cualquier T):** Con frecuencia las adenopatías configuran masas fijas, adheridas a planos profundos que pueden o no estar infectadas y/o ulceradas. Se definen así dos situaciones:

**Masa Fija No Complicada:** se deberá realizar una linfadenectomía inguinal e ilíaca. Si el espécimen obtenido demostrase márgenes de seguridad confiables se plantea la posibilidad de realizar radioterapia postoperatoria. Si no fuera posible una adecuada resección, se considerará la posibilidad de quimioterapia.

**Masa Fija Complicada:** dado que las posibilidades quirúrgicas de resección completa son inexistentes, debe contemplarse la posibilidad de una toilette quirúrgica para evitar el riesgo de una complicación vascular, luego de lo cual se evaluará la realización de quimioterapia.

“El Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés) ha designado los estadios mediante clasificación TNM. Los ensayos clínicos que usan radio sensibilizadores o fármacos cito tóxicos son apropiados. Una combinación de vincristina, bleomicina y metotrexato ha sido efectiva tanto como terapia neoadyuvante como coadyuvante. Cisplatino (100 mg/m) como terapia neoadyuvante más infusión continua de 5-fluorouracilo también se ha mostrado que es efectiva. Cisplatino como agente ónico (50 miligramos/m<sup>2</sup>) fue evaluado en un ensayo grande y se encontró que es ineficaz<sup>4</sup>.

### **2.2.7 Guías diagnósticas de cáncer de pene**

Los pacientes con lesiones sospechosas deberían ser sometidos a un examen físico detallado del órgano. El diagnóstico histológico o citológico es absolutamente necesario antes de tomar decisiones terapéuticas. Las técnicas por imágenes, como la ecografía y la resonancia magnética nuclear ayudan para la identificación de la profundidad de la invasión tumoral, en particular con respecto a la infiltración del cuerpo cavernoso.

No existe indicación para la realización de técnicas por imágenes o histológicas si los ganglios linfáticos no son palpables. Si se observan factores de mal pronóstico en el tumor primario se recomienda realizar la estadificación histológica de los ganglios. Aunque la técnica tradicional de biopsia del ganglio centinela no es fidedigna, un

---

<sup>4</sup> [Hptt/cancer.gov.clinicacar ensayos clínicos en curso](http://cancer.gov/clinica/car%20ensayos%20cl%C3%ADnicos%20en%20curso), consulte el [portal de Internet del NCI](#)”.

método reciente, la biopsia dinámica con azul de isosulfano o coloide de tecnecio radiactivo, aporta una especificidad de 100% y una sensibilidad de entre 78% y 80%.

Hasta el 50% de los ganglios inguinales palpables al momento del diagnóstico son reactivos y no metastásicos. Por el contrario, el 100% de los ganglios agrandados que aparecen durante el seguimiento sí lo son. Por este motivo se sugiere que los ganglios regionales sean evaluados unas semanas después de haberse realizado el tratamiento del tumor primario para que pueda disminuir la reacción inflamatoria.

Debería realizarse diagnóstico histológico mediante biopsia por aspiración con aguja fina, biopsia tisular o biopsia abierta, de acuerdo con la preferencia del especialista.

La tomografía computarizada y la resonancia magnética son más útiles para la estadificación que para la detección precoz. Las metástasis a distancia deberían ser evaluadas sólo en aquellos pacientes con comprobación de compromiso tumoral en los ganglios.

## **2.2.8 Guías para el tratamiento de la neoplasia peneana**

### **2.2.8.1. Lesión primaria**

#### **□ Categoría TA-1G1-2:**

En estos casos se recomienda firmemente una estrategia conservadora del pene, en particular en aquellos pacientes en quienes se pueda tener un seguimiento regular. Las terapias recomendadas son: terapia láser, crioterapia, terapia fotodinámica, aplicación tópica de imiquimod al 5% o crema de 5-fluorouracilo, excisión local o cirugía de Mohs más procedimientos reconstructivos, radioterapia o braquiterapia, y glandectomía. El abordaje terapéutico debería decidirse de acuerdo con las preferencias del cirujano y del paciente y con la tecnología disponible. No existe diferencia en la tasa de recurrencia local al comparar los diferentes métodos.

Con la cirugía conservadora convencional, esta tasa de recurrencia es más variable (entre 11% y 50%). La evaluación de los márgenes quirúrgicos es esencial para aplicar estos procedimientos y para lograr un descenso de la recurrencia local. En los pacientes que no pueden tener un seguimiento regular, la amputación parcial es una recomendación opcional.

□ **Categoría T1G3, 3 T2:**

De acuerdo con la extensión del tumor, la amputación total o parcial y la emasculación pueden considerarse terapéuticas estándar. Como alternativa se puede optar por un tratamiento más conservador en pacientes rigurosamente seleccionados cuyos tumores involucran menos de la mitad de las glándulas o para aquellos en quienes el seguimiento puede realizarse de cerca.

### **2.2.9. Recurrencia local de la enfermedad**

Luego de la terapia conservadora se recomienda penectomía total o parcial para la recurrencia local. Un segundo procedimiento conservador está fuertemente recomendado si no existe invasión de los cuerpos cavernosos.

### **2.2.10. Ganglios regionales**

□ **No palpables:**

En pacientes con bajo riesgo para el desarrollo de micrometástasis ganglionares (pTis, pTaG1-2 o pT1G1) se recomienda un programa de vigilancia, ya que la probabilidad de micrometástasis ocultas en ganglios linfáticos inguinales es menor del 16.5%. Si se considera que la vigilancia no es apropiada se sugiere linfadenectomía inguinal "modificada" como recomendación opcional.

En casos de riesgo intermedio (T1G2), la invasión vascular o linfática y el patrón de crecimiento deberían ser tomados en cuenta al tomar una decisión terapéutica. La alta confiabilidad de la biopsia dinámica del ganglio centinela indica que este método

puede emplearse en lugar de los factores predictivos para la identificación de pacientes candidatos para una linfadenectomía inguinal modificada en este grupo.

En pacientes con riesgo elevado de compromiso nodal (<sup>3</sup> T2 o G3), pueden recomendarse con seguridad la linfadenectomía inguinal radical o modificada. En estos casos, la incidencia de metástasis oculta varía entre 68% y 73%. La linfadenectomía modificada puede extenderse hacia un procedimiento radical si se encuentran ganglios positivos en las muestras congeladas.

□ **Ganglios palpables con anatomía patológica positiva:**

Se recomienda linfadenectomía radical inguinal bilateral en caso de ganglios palpables y positivos. Se puede realizar linfadenectomía pelviana inmediata o demorada en aquellos casos en los que se encuentran dos o más ganglios inguinales positivos o invasión extracapsular en muestras congeladas o en la histología convencional. En estos casos, la probabilidad de ganglios linfáticos pelvianos es de 23% cuando están comprometidos dos o tres ganglios y de 56% cuando el compromiso involucra más de tres ganglios. En el área contralateral, si no existen ganglios palpables, puede considerarse inicialmente la linfadenectomía modificada, la cual puede extenderse si se halla positividad en los ganglios en los especímenes congelados.

Para aquellos pacientes con masas inguinales fijas o ganglios linfáticos clínicamente positivos (en la tomografía computarizada o la resonancia magnética), la quimioterapia de inducción puede aportar una respuesta positiva en 21% a 60% de los casos; si está seguida por una linfadenectomía radical ilio-inguinal, está recomendada con firmeza. Otra estrategia es el empleo de radioterapia preoperatoria, pero debería considerarse el incremento en la morbilidad de la linfadenectomía luego de la radioterapia.

Cuando aparecen ganglios linfáticos palpables en la vigilancia, existen dos recomendaciones de tratamiento: linfadenectomía inguinal radical bilateral o



linfadenectomía inguinal realizada en el sitio de aparición de los ganglios positivos en casos de intervalo prolongado de ausencia de enfermedad. En éstos, la recurrencia inguinal contralateral es cercana al 10%, por lo que se recomienda seguimiento. Se aconseja la terapia adyuvante cuando existen dos o más ganglios positivos o compromiso extracapsular en el examen histológico, ya que el pronóstico de estos pacientes es peor que en los casos con un único ganglio positivo.

### **2.2.11. Tratamiento integrado**

En pacientes que presentan un tumor primario con ganglios positivos, ambos problemas deberían tratarse simultáneamente. En casos cuya presentación inicial son ganglios pelvianos positivos, podría administrarse primero quimioterapia y luego cirugía radical o paliativa o radioterapia, según la respuesta del tumor.

El abordaje de las metástasis a distancia sólo está recomendado en los casos en los cuales la prolongación de la supervivencia es importante o en pacientes sintomáticos con un buen estado general y en combinación con tratamientos paliativos.

Se utilizan tres tipos de tratamiento estándar:

#### **2.2.11.1 Cirugía**

La cirugía es el tratamiento más común para todos los estadios del cáncer de pene. Un médico puede extraer el cáncer utilizando una de las siguientes operaciones:

- Microcirugía de Mohs: procedimiento en el que se corta el tumor de la piel en capas finas. Durante la cirugía, se analizan bajo un microscopio los bordes del tumor y cada capa del tumor para determinar si hay células cancerosas. Se continúa extrayendo capas hasta que no se observan más células cancerosas. Con este tipo de cirugía se extrae la menor cantidad posible de tejido normal y, con frecuencia, se utiliza para extraer el cáncer de piel. El procedimiento también se llama cirugía de Mohs.

- Cirugía láser: procedimiento quirúrgico que utiliza un haz de rayo láser (haz estrecho de luz intensa) como si fuera un bisturí para hacer cortes sin pérdidas de sangre en el tejido o para extraer una lesión superficial como, por ejemplo, un tumor.
- Criocirugía: tratamiento que utiliza un instrumento para congelar y destruir tejido anormal. Este tipo de tratamiento se denomina también crioterapia.
- Circuncisión: cirugía para extraer una parte o todo el prepucio del pene.
- Escisión local amplia: cirugía para extraer solamente el cáncer y algo del tejido normal que lo rodea.
- Amputación del pene: cirugía para extraer una parte del pene o todo el órgano. Si se extrae una parte del pene, la amputación es una penectomía parcial. Si se extrae todo el pene, es una penectomía total.

Durante la cirugía, se pueden extirpar los ganglios linfáticos de la ingle.

Incluso si el médico extirpa todo el cáncer que se observa en el momento de la cirugía, a continuación se administra quimioterapia o radioterapia a algunos pacientes para eliminar toda célula cancerosa que quede. El tratamiento administrado después de la cirugía con el propósito de incrementar las posibilidades de curación se llama terapia coadyuvante.

#### **2.2.11.2. Estadio 0 (carcinoma in situ)**

El tratamiento en el estadio 0 (carcinoma in situ) puede incluir uno de los siguientes procedimientos:

- Microcirugía de Mohs.
- Quimioterapia tópica.
- Terapia biológica tópica.
- Cirugía láser.
- Criocirugía.

### **2.2.11.3. Cáncer de pene en estadio I**

Si el cáncer se encuentra solo en el prepucio, la escisión local amplia y la circuncisión pueden ser los únicos tratamientos necesarios.

El tratamiento del cáncer de pene en estadio I puede incluir los siguientes procedimientos:

- Cirugía (penectomía parcial o total, con extracción de los ganglios linfáticos de la ingle o sin esta).
- Radioterapia externa o interna.
- Microcirugía de Mohs.
- Participación en un ensayo clínico de cirugía láser.

### **2.2.11.4. Cáncer de pene en estadio II**

El tratamiento para el cáncer de pene en estadio II puede incluir los siguientes procedimientos:

- Cirugía (penectomía parcial o total, con extracción de los ganglios linfáticos de la ingle o sin esta).
- Radioterapia externa o interna seguida de cirugía.
- Participación en un ensayo clínico de biopsia de ganglio linfático centinela seguida de cirugía.
- Participación en un ensayo clínico de cirugía láser.

### **2.2.11.5 Cáncer de pene en estadio III**

El tratamiento del cáncer de pene en estadio III puede incluir los siguientes procedimientos:

- Cirugía (penectomía y extracción de los ganglios linfáticos de la ingle), con radioterapia o sin esta).
- Radioterapia.

- Participación en un ensayo clínico de biopsia de ganglio linfático centinela seguida de cirugía.
- Participación en un ensayo clínico de radiosensibilizadores.
- Participación en un ensayo clínico de quimioterapia antes o después de la cirugía.

#### **2.2.11.6. Cáncer de pene en estadio IV**

El tratamiento del cáncer de pene en estadio IV es, por lo general, paliativo (para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida). El tratamiento puede incluir los siguientes procedimientos:

- Cirugía (escisión local amplia y extracción de los ganglios linfáticos de la ingle).
- Radioterapia.
- Participación en un ensayo clínico de quimioterapia antes o después de la cirugía<sup>5</sup>.

#### **2.2.12. Calidad de vida**

En relación con la penectomía parcial se informó un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con respecto a la salud general, ansiedad, problemas sociales y función sexual. La edad, el contexto socioeconómico, el estado psicológico y clínico, la motivación del paciente y la morbilidad de los diferentes procedimientos deberían considerarse como parte del proceso de la toma de decisiones, ya que el carcinoma de pene es una enfermedad maligna con una alta probabilidad de curación pero con un alto grado de morbilidad terapéutica.

---

<sup>5</sup> Lynch DF, Pettaway CA: Tumors of the penis. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al., eds.: Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: Saunders, 2002, pp 2945-2947. [[PUBMED Abstract](#)]

**Aspectos técnicos:** En relación con el tumor primario, la simplicidad y la morbilidad del procedimiento y la experiencia del cirujano desempeñan un papel más importante en la elección de la estrategia conservadora que cualquier otro factor. Debería recomendarse la circunscripción antes de la braquiterapia.

Antiguamente la amputación parcial requería la remoción del tumor con un margen libre de 2 cm. Aunque esto resulte probablemente más que lo necesario, es esencial lograr un margen libre de tumor mediante confirmación histopatológica. Un margen quirúrgico de 10 mm parece seguro, pero debería ser de 15 mm para los tumores en estadio G3.

La linfadenectomía inguinal radical debería incluir los siguientes puntos de referencia anatómicos: ligamento inguinal, músculo abductor y sartorio con la vena y arteria femoral como piso de la disección.

La linfadenectomía inguinal "modificada" comprende la conservación de la vena safena y una reducción de 1 a 2 cm de los límites externos e inferiores. Con estas modificaciones, la morbilidad y las complicaciones son menores que con la linfadenectomía ilio-inguinal. La linfadenectomía pelviana incluye la cadena linfática ilíaca externa y la cadena ilio-obturadora<sup>6</sup>.

### **2.2.13. Quimioterapia**

El régimen de quimioterapia debe discutirse con el oncólogo, pero se pueden emplear las siguientes guías:

### **2.2.13.1 Quimioterapia adyuvante**

Dos cursos de quimioterapia adyuvante con cisplatino y 5-fluorouracilo pueden ser suficientes. Como alternativa, puede administrarse vincristina, metotrexato y bleomicina una vez por semana durante 12 semanas en forma ambulatoria. Los análisis realizados identificaron los siguientes factores de riesgo: ninguno de los pacientes de categoría pN1 recayó, independientemente de la realización de quimioterapia adyuvante; las recaídas se produjeron en 50% de los pacientes sometidos a ciclos adyuvantes en los casos con metástasis pelvianas o bilaterales o ambas.

### **2.2.13.2. Quimioterapia neoadyuvante para los ganglios inguinales fijos**

Quimioterapia de inducción compuesta por tres o cuatro cursos de cisplatino y 5-fluorouracilo en dosis y secuencias apropiadas. En general, la tasa de respuesta fue de 68.5%, la de la cirugía radical fue de 42.8% y la de supervivencia de 23%.

### **2.2.13.3. Quimioterapia para enfermedad avanzada**

No se la suele utilizar para el cáncer de pene. Diferentes esquemas basados en cisplatino asociado con 5-fluorouracilo, bleomicina o metotrexato lograron resultados modestos (tasa de remisión parcial y completa de 32%). La quimioterapia intraarterial es prometedora.

## **2.2.14. Radioterapia**

### **2.2.14.1. Tumor primario**

La radioterapia externa y la braquiterapia produjeron una tasa de respuesta completa de 56% y 70%, respectivamente. Aunque las tasas de fracasos locales rondan el 40% y el 16%, la resección quirúrgica de rescate puede restaurar el control local. Las complicaciones más frecuentes son la estenosis meatal, alteraciones en la uretra y telangiectasias.

La radioterapia profiláctica en casos de ganglios linfáticos clínicamente negativos no se recomienda debido a que fracasa en prevenir el desarrollo de ganglios metastásicos, debido a sus complicaciones y a que el seguimiento es más dificultoso a causa de los cambios fibróticos, puede emplearse para los ganglios metastásicos para reducir la recurrencia local.

## **2.2.15. Guías para el seguimiento del cáncer de pene**

El carcinoma de pene es uno de los pocos tumores sólidos en los cuales la linfadenectomía puede aportar una alta tasa de curación aun si los ganglios se hallan comprometidos. Los urólogos se enfrentan con el dilema de lograr un balance adecuado entre la morbilidad empleando tratamientos conservadores y el control de la enfermedad. De esta manera, el seguimiento es fundamental si se quieren observar tasas de supervivencia similares con la linfadenectomía temprana o retrasada.

La mayoría de las recaídas se observan durante los primeros dos años. Con relación a la lesión primaria, la tasa de recurrencia de enfermedad local con la penectomía total o parcial se sitúa entre 0 y 7%; con tratamientos conservadores, esto podría incrementarse hasta el 50%.

Existe controversia sobre si la linfadenectomía temprana o demorada debería realizarse en pacientes con ganglios linfáticos inguinales no palpables al inicio.

Debido a que los ganglios linfáticos peneanos e inguinales tienen una localización externa, el seguimiento del paciente se realiza fundamentalmente a través de la inspección y la palpación clínica. La tomografía computarizada y la radiografía de tórax son pruebas adicionales para identificar ganglios pelvianos o metástasis a distancia, en particular para las categorías N2 o mayores.

El intervalo de seguimiento para los pacientes sometidos a terapéutica conservadora es cada dos meses durante los primeros dos años, luego cada tres meses al año siguiente y finalmente de forma bianual durante el cuarto y el quinto año.

Los casos sometidos a penectomía parcial o total deben seguirse cada cuatro meses durante los primeros dos años, luego en forma bianual y finalmente anual a los cuatro y cinco años.

El programa de seguimiento se basa en el hecho de que la mayoría de las recurrencias en los ganglios linfáticos inguinales se detectan durante los dos primeros años. Más aun, cuando se presentan recurrencias, su crecimiento es muy rápido y el pronóstico está relacionado con el tamaño, el número y la bilateralidad. Por lo tanto, se recomienda seguimiento estrecho de estos casos.

Si se efectuó linfadenectomía inguinal sin detección tumoral en el examen histopatológico, la recaída local o a distancia es rara en los casos sometidos a procedimientos radicales con evaluación histológica extensa. En estos casos el seguimiento se centraliza en la calidad de vida ya que la linfadenectomía inguinal tiene una alta tasa de morbilidad. Los barridos óseos y otras pruebas sólo se hallan



recomendados en los pacientes sintomáticos. La evaluación de la calidad de vida debería incluir la actividad sexual y el linfedema provocado por la linfadenectomía<sup>7</sup>.

#### **2.2.16. Atención integral del paciente con cáncer avanzado y su familia**

En el día a día del enfermo aparece incertidumbre, miedo, incompreensión ante lo que le está sucediendo, preguntas para las que no encuentra respuesta. Estos sentimientos se hacen más intensos si la enfermedad se acompaña de síntomas como dolor, insomnio, debilidad, etc.

El enfermo es una persona que tiene:

- Unas necesidades físicas y emocionales intensas provocadas por la enfermedad.
- Un entorno familiar y social concreto.
- Creencias y valores que deben ser respetados.
- Una historia biográfica que le hace ser como es y actuar del modo que lo hace.

La **atención integral** supone:

- Realizar una atención adecuada de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales que presenta el enfermo y la familia.
- Ayudar a la familia facilitándole los recursos que hagan falta para que el entorno familiar y social del enfermo sea el más adecuado a su situación.
- Respetar al enfermo y a su familia tal como son, proporcionando las pautas más adecuadas y acordes a su forma de vida.

---

<sup>7</sup> Vassallo, J.A.; Barrios, E.- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.

### **2.2.16.1. Facilita la ayuda y educación de la familia**

La familia es el mayor apoyo y soporte que tiene un enfermo de cáncer durante todo el proceso de la enfermedad. La mayoría de estas familias llevan un periodo de tiempo largo enfrentándose a la misma y superando las dificultades que surgieron en cada momento.

Desde el diagnóstico del cáncer hasta llegar a los estadios finales de la enfermedad, pasando por los tratamientos y la recidiva del proceso, la familia y el enfermo se han tenido que adaptar a situaciones nuevas y cambiantes que les han supuesto un gran esfuerzo.

Estas familias precisan ayuda para afrontar la nueva situación, probablemente la más dura de toda la enfermedad. Así mismo, será importante educar a los distintos miembros del núcleo familiar en el cuidado que necesita el enfermo en esta fase y potenciar su capacidad de apoyo para obtener la mayor eficacia terapéutica.

Para conseguirlo es necesario que el equipo de Cuidados Paliativos:

- Analice y detecte las necesidades informativas y de apoyo tanto del enfermo como de la familia.
- Identifique al cuidador principal desde el principio, ya que es la persona que realiza la mayor parte de la atención y apoyo al enfermo y es el responsable de su cuidado por lo que necesitará, a lo largo de la evolución del proceso, de mayor información y ayuda por parte del equipo.
- Educar a la familia en aspectos terapéuticos, nutricionales, de comunicación e información con el enfermo y el cuidado emocional.

### **2.2.16.2. Mejorar la comunicación y proporcionar apoyo emocional**

La noticia de un cáncer en estado avanzado desencadena un importante número de problemas psicológicos y sociales tanto en el enfermo como en la familia. La

comunicación adecuada entre la persona enferma, los familiares y el equipo que le atiende es fundamental para el manejo de dichos problemas.

La comunicación es una necesidad básica humana. Una correcta relación entre el enfermo, la familia y el equipo de Cuidados Paliativos puede ayudar a disminuir el temor y la ansiedad tan frecuentes en estos pacientes y sus familias.

Cuando la familia escucha al enfermo, permite que este libere determinados sentimientos, le ayuda a enfrentarse con su situación, eleva su autoestima y estimula el cumplimiento del tratamiento.

La comunicación no incluye sólo las palabras; el gesto, el tono de voz, la mirada, el contacto físico, los movimientos, el mismo silencio, etc. pueden ser más significativos que las propias palabras. Es la comunicación no verbal y supone el 80% del mensaje transmitido entre el médico-familia-enfermo.

### **2.2.16.3. Promocionar la dignidad y autonomía del paciente**

La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas.

El paternalismo y la sobreprotección dificultan el proceso de autonomía y menoscaban la dignidad del paciente. Considerar que el enfermo de cáncer en fases avanzadas es incapaz de conocer y asumir su situación o de tomar decisiones en la elaboración del plan terapéutico impide una buena comunicación favoreciendo el sentimiento de soledad y la pérdida de autoestima del paciente.

**La opinión del enfermo se debe tener en cuenta** a la hora de tomar decisiones respecto a su enfermedad y su vida valorando con él sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales y elaborando conjuntamente las prioridades y objetivos terapéuticos.

### **2.2.17. Programa de Atención Integral al Paciente**

Los programas de atención tienen como objetivo elevar la calidad de vida y equilibrar el déficit biosocial, que la generación de células determina dejando los lineamientos biomédicos. El equipo multidisciplinario realiza la evaluación multidimensional en el triple aspecto biológico, psicológico y social con elementos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación

- **Anamnesis**

La anamnesis debe obtener el relato espontáneo, jerarquizado de los síntomas y su aparición en el tiempo. Sin embargo, en muchos casos el paciente puede olvidar u omitir algunos hechos y por ello siempre debe agregarse un interrogatorio dirigido en que se pasa revista a hechos específicos. También en esta revisión se pueden vencer inhibiciones o prejuicios que involuntariamente ocultan hechos claros y desorientan en la historia clínica. Muchos de los síndromes urológicos son de instalación lenta y el paciente se adapta fisiológica y psicológicamente a hechos que, de haber aparecido en forma abrupta, causarían extraordinaria alarma. También ocurre que el sentido natural del pudor esté exacerbado y lleve a ocultar síntomas o signos que el paciente admite y detalla si se le pregunta en forma directa. Es importante establecer si la historia es la de una enfermedad aguda o crónica, pero también si es recurrente sobre un fondo crónico.

- **Estado General**

Puede presentar un compromiso mayor o menor de acuerdo al proceso patológico. Debe tenerse claro que las personas de edad presentan otros cuadros concomitantes con frecuencia, como: anorexia, mala dentadura que no les permite alimentarse bien; cuadros depresivos crónicos que quitan el deseo de comer; diabetes, enfermedad muy prevalente que muchas veces es desconocida por el paciente y en otras éste no toma

conciencia de la importancia que tiene; en todos estos casos se compromete el estado general, por causas coadyuvantes o ajenas a la enfermedad de fondo.

El enfermo urológico con gran frecuencia puede tener manifestaciones de otras patologías: hipertensión arterial, insuficiencia coronaria, trastornos del ritmo, insuficiencia cardíaca, que se asocian con cuadros de uropatía obstructiva. Es clásica la facilidad con que un paciente con valvulopatía aórtica se descompensa a causa de uropatía obstructiva. El enfisema pulmonar, bronquitis crónica, asma bronquial y otra patología pulmonar pueden complicar al paciente urológico y deben ser investigados cuadros de esta naturaleza.

- **Patología Genital**

Algunos de estos cuadros son más propios del hombre joven: tumores testiculares, varicocele, hernias, fimosis, etc., y otros, del hombre maduro o senil: hidrocele, epididimitis, etc.

La causa de consulta puede ser hallazgo fortuito de una tumoración testicular, que pasó inadvertida por largo tiempo y sólo se reconoció debido a un microtraumatismo. Esto es válido para los tumores testiculares, hidrocele, varicoceles pequeños y para los procesos.

Debe tratarse de precisar el tiempo de evolución, cosa en general difícil, pues es increíble lo poco observador que es el hombre en lo que atañe a su patología genital. Coadyuva la lentitud de estos procesos y su evolución indolora.

La consulta por patología dolorosa referida al área genital fue revisada ya a propósito del dolor.

La presencia de fimosis (incapacidad de descubrir el glande) es relatada como estrechez del prepucio. En el caso de individuos adultos que consultan por esta causa,

debe interrogarse sobre antecedentes sugerentes de diabetes mellitus, ya que esta es, a veces, la primera manifestación de esta enfermedad. Otra causa de fimosis adquirida es el uso de sonda vesical por períodos prolongados.

Criptorquidia es la anomalía de posición del testículo, en que este, ausente del escroto, se encuentra en cualquier punto de su trayecto normal (puede ser así intraabdominal, lumbar, ilíaco o pelviano). Debe ser diferenciado de un cuadro frecuente en el niño que es el testículo retráctil o en ascensor, en que la glándula está en el escroto la mayor parte del tiempo, pero es llevado fuera de él por la contracción del cremáster, hacia el conducto inguinal.

Ectopia testicular es la ausencia de un testículo del escroto y su presencia en un sitio que no corresponde a su trayecto normal.

- **Examen Físico**

### **Conciencia**

La conciencia se compromete en el síndrome urémico avanzado. Este compromiso es más manifiesto en los cuadros agudos, mientras que en los crónicos se puede llegar a etapas bastante avanzadas, sin deterioro de la conciencia.

Los pacientes de edad avanzada suelen presentar signos de deterioro psíquico, el que puede acentuarse en forma grave a raíz de anestesia general e hipotensión. Se puede llegar a niveles confusionales, con excitación psicomotora que pone en peligro el resultado de una intervención quirúrgica o la vida del paciente, también puede contraindicar algunos procedimientos quirúrgicos

### **Posición y Decúbito**

La gran excitación psicomotora es casi patognomónica del cólico renal. Durante los paroxismos de dolor el paciente cambia de posición y decúbito, y a menudo opta por la marcha. A diferencia del cólico renal, los cuadros inflamatorios renales o perirrenales obligan al paciente a adoptar posiciones antiálgicas. Estas se caracterizan por la escoliosis de concavidad hacia el lado comprometido y porque el paciente prefiere el decúbito lateral hacia el lado opuesto a la lesión.

### **Hipo o Singulto**

Se le observa con frecuencia en el síndrome urémico avanzado, debido a la irritación gástrica. Acompaña muy frecuentemente a los procesos peritoneales y su presencia debe hacerlos sospechar. Puede estar presente también en la sepsis. Aquellos pacientes sometidos a una anestesia general, que ha sido difícil, con relajación inadecuada y en quienes se ha establecido una lucha con el anestesista, presentan con frecuencia hipo en el postoperatorio.

### **Piel y Mucosas**

En los pacientes adultos es más útil el estado de las axilas, que deben de estar húmedas en un individuo bien hidratado. Este índice es mucho más fiel que el estado de la lengua y mucosa bucal, las que pueden estar secas en pacientes que respiran por la boca. En el paciente urémico avanzado, la lengua está seca e incluso alcanza aspecto costroso: lengua de loro. Sin embargo, esto no se aprecia cuando las cifras de uremia son sólo moderadamente altas.

El paciente urópata obstructivo bajo (adenoma de la próstata, enfermedad de cuello vesical, estenosis uretral), que presenta retenciones urinarias en forma subintrante, llega a tener tal temor a ellas, que deja de ingerir líquidos y puede consultar en avanzado estado de deshidratación. Por el contrario, aquellos enfermos que progresan hasta la oliguria extrema o la anuria por obstrucción ureteral bilateral (cáncer

prostático, cáncer cervicouterino, etc.) no presentan las molestias propias de la retención urinaria vesical. Por lo tanto, continúan la ingestión de líquidos aun en la etapa de anuria. Este tipo de paciente consulta frecuentemente con edemas o en estado de anasarca, producto de la retención hídrica crónica.

### **Examen de la Región Lumbar**

Forma parte del examen de columna y dorso; sin embargo, conviene destacar algunos detalles en relación con el aparato urogenital. Es conveniente efectuarlo en posición de pie y también sentado. De pie son visibles los defectos de la columna. Escoliosis de concavidad del lado de la lesión en los procesos inflamatorios renales o perirrenales. Contracción de las masas musculares que pretenden inmovilizar la zona dolorosa.

Edema inflamatorio de la piel en los procesos perirrenales. Es posible pesquisar la presencia de tumoración a nivel sacro, propio del meningocele (vejiga neurogénica). Posteriormente, pueden observarse o acentuarse estos mismos signos en la posición sentada. En esta postura se efectúa la percusión de la fosa lumbar, para lo cual se solicita al paciente que incline el dorso hacia adelante, flectándolo, y cruce los brazos sobre el pecho. Se percute con el puño cerrado, utilizando el borde hipotenar.

Debe advertirse previamente al paciente de lo que se va a hacer y efectuarlo primero muy suavemente y luego con más fuerza, percutiendo primero sobre el lado sano, de manera de dar un patrón de comparación con el lado enfermo. El paciente reconoce perfectamente la percusión sobre la fosa lumbar sana como golpe que no causa dolor. En cambio, en los procesos inflamatorios del riñón (pielonefritis) o de la celda perirrenal (flegmón) el dolor es inmediato y, como norma, intenso. Lo mismo ocurre en los casos de distensión brusca de las cavidades: cólico renal, hidronefrosis.



## **Examen Renal**

Las masas renales sólo son visibles cuando alcanzan gran tamaño y abomban la región lumbar e hipocondrio y flanco. En los adultos, los grandes riñones poliquísticos pueden ser percibidos a simple vista.

Antes de efectuar la palpación renal, es imprescindible efectuar la palpación del abdomen, lo que permite tener una información sobre la pared, hernias o eventraciones y otros procesos patológicos abdominales. Esto da confianza al enfermo y le permite relajarse. La palpación renal se hace con el paciente en decúbito dorsal, con la cabeza apoyada en una almohada y los brazos extendidos a lo largo del cuerpo. El paciente debe respirar tranquilamente y no hablar para no contraer la musculatura abdominal.

## **Examen Vesical**

La inspección es una parte del examen clínico, que desgraciadamente es omitida con frecuencia. Orienta en los casos de persistencia del uraco, en el niño, donde fluye orina por el ombligo.

Tanto en el niño como en el adulto con retención urinaria, la inspección permite reparar en aumentos de volumen circunscritos al hipogastrio (globo vesical). La palpación permite precisar la forma ovoidea de un globo vesical. Este puede ser bilocado, en los casos de grandes divertículos vesicales. La percusión permite delimitar matidez de límite superior convexo, no desplazable, propio del globo vesical. Cuando persiste la duda sobre el origen de una masa hipogástrica, es necesario efectuar cateterismo uretral y repetir el examen

## **Examen Genital**

Forma parte del examen físico general; a través de él se diagnostican precozmente lesiones locales: tumor testicular, cáncer de pene, etc., o bien, se reconocen alteraciones generales que hasta el momento no hayan dado otras manifestaciones: diabetes mellitus, tuberculosis. Debe ser efectuado siempre, cualquiera que sea la

especialidad del médico. Su omisión lo hace responsable de las consecuencias que esta pueda acarrear.

### **Examen de la Región Inguinal**

La inspección puede demostrar aumento de volumen, el que debe ser explorado palpatoriamente, a fin de precisar si corresponde a hernia inguinal, quiste del cordón, testículo ectópico, hidrocele, etc.

En las hernias, el aumento de volumen se hace más notorio y se palpa pulsátil, cuando el paciente, en posición de pies, contrae bruscamente la prensa abdominal (se pide al paciente que tosa). Esto no ocurre en quistes del cordón, testículo ectópico, hidrocele, etc.

El conducto inguinal tiene su orificio superficial a 1.5 cm por encima y lateral a la espina del pubis. El orificio profundo se encuentra a 1.5 cm por sobre el punto medio del ligamento inguinal de Poupart. Las masas ubicadas a nivel del orificio inguinal profundo, que el examinador puede delimitar palpatoriamente en sus límites superior y laterales, con gran probabilidad no corresponden a hernias. Las hernias crurales, cuadros más frecuentes en la mujer, se palpan por debajo del ligamento de Poupart y pueden ser confundidas con un testículo ectópico o adenitis.

### **Examen del Escroto**

La inspección revela la presencia o ausencia del testículo en el escroto. La piel de esta zona se caracteriza por ser extraordinariamente elástica y contráctil, gracias a la presencia de un músculo bajo ella: Dartos. Puede presentarse retraída, a causa de frío o dolor, y laxa, por el calor, o como ocurre en el individuo senil. Es importante extenderla, de modo de examinar toda la superficie, donde se pueden ocultar procesos fistulosos o cicatrices entre los pliegues.

No es infrecuente que el escroto sea asiento de quistes sebáceos, susceptibles de infectarse. Cuando existe un proceso inflamatorio subyacente, la piel pierde su elasticidad, los pliegues desaparecen y el edema la hace adoptar el aspecto característico de "piel de naranja", en la cual los poros se hacen muy evidentes.

En los traumatismos uretrales y peneanos se producen equimosis escrotales por el deslizamiento al máximo decúbito de la hemorragia.

El contenido escrotal está formado por: el testículo, el epidídimo y sus anexos, el conducto deferente y el cordón espermático. También deben considerarse las tunicas que envuelven al testículo y que pueden ser asiento de procesos patológicos.

Ante la ausencia de un testículo en el escroto, debe investigarse acuciosamente su ubicación. El testículo termina de descender al escroto al fin del octavo mes de desarrollo intrauterino. Al nacer, un 3% de los niños tienen ausencia del testículo en el escroto. En el momento de la pubertad, un 1% de los adolescentes presentan la misma condición.

### **Testículo**

Para examinar el testículo se le fija suavemente, usando los dedos cuartos y tercero de ambas manos, que pinzan la piel del escroto. Así, mientras los índices y pulgares lo exploran, contribuyen también los dedos medios. La separación entre el testículo y el epidídimo está situada en posición lateral externa y algo posterior con respecto al testículo. En él puede distinguirse un abultamiento a nivel de su extremidad superior, que se conoce como cabeza del epidídimo. Lo sigue una porción de diámetro uniforme, que constituye el cuerpo del epidídimo, el que imperceptiblemente termina en la cola; o bien, esta última se presenta como un engrosamiento menor.

El examen del testículo se efectúa recorriendo su superficie con los tres dedos señalados de cada mano, en forma indicada más arriba. Así se obtiene una idea de su

tamaño (hipotrofia o atrofia), de su consistencia, que debe ser firme y elástica, lisa y homogénea y de escasa sensibilidad.

El desarrollo de una masa policística, dura, nodular, sin caracteres inflamatorios y que ocupa una parte o la totalidad de la glándula, debe hacer sospechar un tumor testicular. También puede palparse un nódulo en profundidad. Los tumores testiculares se caracterizan por ser pesados. Quizás sea este uno de los hechos que más orientan en su diagnóstico.

El testículo puede presentar una disminución de la consistencia en los casos de hipotrofia y en el hombre anciano.

El epidídimo puede ser asiento de inflamaciones agudas o traumáticas. Las primeras obligan a investigar infección urinaria, uretritis o prostatitis. La piel del escroto se inflama, presentándose edematosa y enrojecida. El examen palpatorio debe hacerse con gran cautela, pues el epidídimo se torna extraordinariamente sensible. Es muy difícil poder diferenciar la masa epididimaria inflamada, del testículo. Es muy útil levantar suavemente el escroto, suspendiéndolo. Con esta maniobra se evita la tracción sobre el cordón espermático, y significa un alivio inmediato del dolor.

## **Pene**

Durante el examen físico se lo encontrará normalmente en estado de flacidez. Puede, sin embargo, encontrarse en estado de erección patológica o priapismo. En estos casos, la inspección revela la erección de los cuerpos cavernosos, sin erección del glande.

La inspección revela las anomalías de la uretra. Hipospadias en que existe desembocadura anormal de la uretra en la cara ventral del pene, generalmente próximo a la región balánica, pero también puede tener ubicación perineal; en estos casos, los niños deben orinar sentados. El defecto inverso es la epispadia, en que, por

malformación en el desarrollo peneano, la uretra se abre sobre la cara dorsal del pene. Su grado máximo es la extrofia vesical, en que existe una falta de la cara anterior del abdomen y vejiga, con malformación del anillo óseo pelviano.

La inspección, para que sea bien efectuada, debe incluir la retracción del prepucio, de modo de inspeccionar completamente el glande, la región balánica y el prepucio. Con posterioridad al examen se debe cuidar que el prepucio vuelva a su posición normal, por el riesgo de parafimosis. Al retraer el prepucio se descubrirán los casos de fimosis, diagnóstico que se efectúa al constatar la dificultad o incapacidad de descubrir el glande por estrechez del prepucio.

Se pueden encontrar también úlceras crónicas, indoloras, que son muy sospechosas de corresponder a cáncer del pene, el chancro luético, que se caracteriza por ser indoloroso, de bordes indurados, y se acompaña por una adenopatía inguinal satélite. Se pueden encontrar lesiones herpéticas, condilomas acuminados (virales) o planos (luéticos). Sirve para demostrar la existencia de secreción uretral, la brevedad del frenillo, que puede haber sufrido rupturas y cicatrización patológica, estrechez del meato uretral, etc.

Los pacientes que son portadores de fimosis pueden vencer la estrechez del prepucio, con lo cual el anillo fimótico queda por detrás del glande, a nivel del surco balano-prepucial. Esto significa edema, que exagera la dificultad para retornar el prepucio a su posición normal. El cuadro se autoperpetúa y puede llegar a la necrosis isquémica. En estos casos, la inspección revela el glande descubierto y erecto. El prepucio forma aumento de volumen edematoso por detrás del glande; este cuadro se conoce como parafimosis.

La piel del prepucio pierde sus características de fineza y elasticidad por los procesos de balanopostitis a repetición, haciéndose acartonada, rígida y fibrosa (diabetes).

Cuando se sospecha la presencia de uretritis o se desea tomar una muestra de la secreción uretral, conviene pedir al paciente que no orine hasta después de haberla

tomado. Para esto, es útil hacer la expresión de la uretra deslizando los tres dedos medios, de una mano, por la cara inferior del pene desde el periné hacia adelante.

El examen palpatorio de la región peneana puede revelar la presencia de placas de fibrosis sobre el dorso del pene generalmente próximo a su base y en la línea media. Es la enfermedad de la Peyronie.

### **Uroscopia: Examen de la Orina**

Es una parte del examen físico extraordinariamente útil, que si se complementa con la inspección de la micción informará sobre innumerables hechos de importancia.

Lo más práctico es efectuarlo al final del examen, cuando ya se ha establecido alguna confianza en el paciente. Se le proporciona un vaso de vidrio liso, transparente e incoloro. Se le solicitará que pase al baño o detrás de un biombo. Se le debe instruir de modo que avise en el momento en que comience a orinar, y así será posible observar y comprobar los caracteres de la micción, tal como se señalaron, a propósito de la anamnesis. En general, mientras más problemas de orden urológico tenga el paciente, menos inhibiciones tendrá para orinar, siempre que se respeten las condiciones señaladas más arriba.

El examen al trasluz de la orina demuestra la presencia de turbidez, reconocible como piuria en algunos casos, hematuria macroscópica, filamentos en los casos de uretritis crónica, etc. Dada la gran subjetividad de la sintomatología que afecta a la micción, la uroscopia, examen simplísimo, puede aclarar una historia difícil o confirmar algunos hechos.

### **Tacto Rectal**

Forma parte del examen físico general y tiene especial importancia en patología urogenital y proctológica. Se hace al final del examen físico, y el médico debe

advertir al paciente en qué consiste y las razones que lo justifican. Debe ser hecho con la vejiga vacía, pues de lo contrario se alterará su interpretación. El examen será efectuado en privado o protegido por un biombo si se hace en la sala de hospitalización.

Se realiza en alguna de las siguientes posiciones: posición genupectoral, que es muy cómoda para el examinador, ya que expone toda la región perianal. De este modo, se pueden reconocer: eritema y signos de grataje, fisura (grieta en las comisuras anales), orificios fistulosos perianales, procesos inflamatorios con aumento de volumen (abscesos perianales), hemorroides externos o prolapsados, prolapso rectal. Los procesos inflamatorios agudos y las fístulas pueden contraindicar el tacto rectal, por ser extraordinariamente doloroso.

En las restantes posiciones, la inspección no puede ser realizada con la misma facilidad: paciente en decúbito lateral, con la extremidad superior flectada y la inferior extendida. Paciente en decúbito dorsal, con ambas extremidades inferiores semiflectadas, o bien, abrazadas sobre el pecho por el paciente. Esta posición tiene la ventaja de permitir el tacto bimanual, palpando con el dedo índice de una mano a través del recto y con la otra retropúbicamente, lo que permite palpar el lóbulo medio de la próstata.

El tacto rectal, propiamente tal, se efectúa con el dedo índice protegido por el guante que debe estar convenientemente lubricado. Se presiona suavemente sobre el esfínter, de modo que el paciente se relaje, y suavemente se introduce, reconociendo si la ampolla rectal está vacía u ocupada (fecalomas), si existe infiltración de la mucosa rectal o estenosis de ella (cáncer rectal), cáncer vesical invasor, cáncer de próstata. Puede también palparse un tumor que protruya hacia el lumen rectal.

Luego se palpa la cara anterior o ventral, donde puede reconocerse la próstata, que tiene el tamaño de una castaña, con el vértice que apunta hacia la uretra. Su consistencia es firme, pero elástica, y su examen no debe producir dolor. Se la puede

delimitar en forma neta y la mucosa rectal se desliza fácilmente sobre ella. En los casos de adenoma prostático, su tamaño se valora en cuatro grados, según la protrusión, apreciada en centímetros, que haga hacia el lumen rectal.

Así, un adenoma prostático grado 1 protruye un centímetro hacia el recto, y un grado 3 lo hace tres centímetros. Debe tenerse presente que el tacto rectal informa solamente sobre el estado de los lóbulos laterales de la próstata y no lo hace sobre el lóbulo medio y el anterior. De modo que con un tacto rectal que demuestra una próstata aparentemente normal, puede existir un adenoma obstructivo o un cáncer no detectable.

El examen prostático produce malestar e incomodidad, pero no es de suyo doloroso, salvo cuando existen procesos inflamatorios agudos: prostatitis aguda o abscesos prostáticos. En este último caso se puede palpar el abombamiento del fondo de saco rectal, e incluso fluctuación de la próstata abscedada.



## **10. METODOLOGIA EMPLEADA**

### **10.1. Diseño de investigación**

**10.1.1 Tipo:** No Experimental

**10.1.2 Diseño:** Correlacional

La investigación se basó en un estudio: Prospectivo y descriptivo. Con el que se utilizaron las variables planteadas para determinar el impacto sobre la implementación de un plan de atención integral al paciente con cáncer de pene del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

**Descriptivo:** Porque se describieron cada una de las variables planteadas.

**Prospectivo:** Porque los datos fueron recolectados a medida que se fueron presentando los hechos.

### **10.2 Métodos**

#### **10.2.1 Método Científico**

La aplicación de este método permite que a través de la conceptualización, podamos ubicar estratégicamente en la determinación de objetivos, metas y valores las relaciones de causa-efecto de la actuación y comportamiento del investigador en el presente proyecto

#### **10.2.2 Método Inductivo- Deductivo**

El proyecto condujo a la ordenación de los pensamientos, empezando por los objetos más simples y más fáciles de conocer, para ascender poco a poco,

gradualmente, hasta el conocimiento de los más complejos, y suponiendo incluso un orden entre aquéllos que no se preceden naturalmente unos a otros.

### **10.2.3 Método Descriptivo**

Según el problema y los objetivos podemos conocer funciones, actividades, procesos que realizan los encargados del cuidado de un paciente, identificar los requerimientos ocupacionales, las áreas críticas de desempeño, conocer criterios de profesionales en ejercicios.

## **10.3 Técnicas e Instrumentos**

### **10.3.1. Técnicas**

**Observación Directa.-** Se realizó periódicamente observaciones acerca de acudir a la consulta, higiene personal y protegerse contra gente que pudiera ocasionar esta patología.

**Encuesta.-** Dirigida a pacientes con cáncer de pene, usuarios, profesionales de la salud, familiares.

**Entrevista.-** Pacientes con cáncer de pene, profesionales de la salud, familiar.

**Visita domiciliaria.-** Pacientes sospechosos y a aquellos que están expuestos a desarrollar esta enfermedad.

### **10.3.2. Instrumentos**

Cuestionarios, guías de entrevistas, fichas de observación.

## **10.4 Población y muestra**

### **10.4.1 Población**

El Universo total fue 104 pacientes que se atendieron en la consulta externa.

### **10.4.2 Muestra**

La muestra se calculo en base al 27% del total de los pacientes con cáncer de pene atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

## **11. Hipótesis**

### **11.1 Hipótesis General o Básica**

Implementando un plan de atención integral para el usuario con cáncer de pene que acuden al Hospital Teodoro Maldonado Carbo, mejorará la calidad de vida y aumentaría al desarrollo personal de los afectados.

### **11.2 Subhipotesis o Derivadas**

- Identificando las características generales de los usuarios con cáncer de pene, estaríamos en condiciones de evaluar resultados.
- Determinando los factores de riesgos de los pacientes con cáncer de pene, propondrían dar alternativas para su mejoría.
- Realizando protocolos de procedimientos quirúrgicos mejoraría la calidad de vida de los pacientes con esta patología.
- Elaborando y ejecutando un programa de atención integral para los usuarios con Cáncer de Pene que asisten al Hospital Teodoro Maldonado Carbo, disminuiría el riesgo de contraer la enfermedad.

### **11.3 Verificación de la Hipótesis.**

Una vez que se concluyó el trabajo investigativo (aplicación de encuestas, entrevistas y guías de observación), en la consulta Externa del Hospital TMC del Cantón Guayas se procedió al análisis e interpretación de los resultados y a partir de los que se llegó a la conclusión que la hipótesis planteada en la investigación fue correcta, para ello se verificó según los datos estadísticos que se obtuvieron. Los procedimientos que se utilizaron fueron:

**Observación directa:** esto se lo hizo a cada uno de los pacientes que asistieron a la consulta externa del hospital.

**Entrevista al paciente y/o familiar,** se la estructuró de acuerdo a los objetivos planteados.

**Encuesta estructurado con preguntas cerradas;** basado en los objetivos propuestos y en la operacionalización de variables.

**Visitas domiciliarias;** a los pacientes que presenten su riesgo más alto.

La comprobación de la hipótesis fue mediante análisis estadísticos porcentuales.

La verificación de la hipótesis se la realizó por el diseño de la prueba y consistió en la elección de la técnica porcentual.

## **11.4 Variables de estudio**

### **11.4.1 Variables Independientes**

**VIG.** Calidad de vida y atención a los usuarios con cáncer de pene que acuden al Hospital Teodoro Maldonado Carbo

**VI1.** Diseño e implementación de un plan de atención integral para el usuario con cáncer de pene

**VI2.** Como se encuentra implementado el manejo del paciente con cáncer de pene

**VI3.** Programa de atención integral para los usuarios con cáncer de pene, que asisten al Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

### **11.4.2 Variables Dependientes**

**VDG.** Desarrollo personal de los afectados.

**VD1.** Condición de evaluar resultado

**VD2.** Alternativa para su mejoría.

**VI3.** Riesgo de contraer la enfermedad

## 12. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACION

### 12. 1 Análisis e Interpretación de Datos

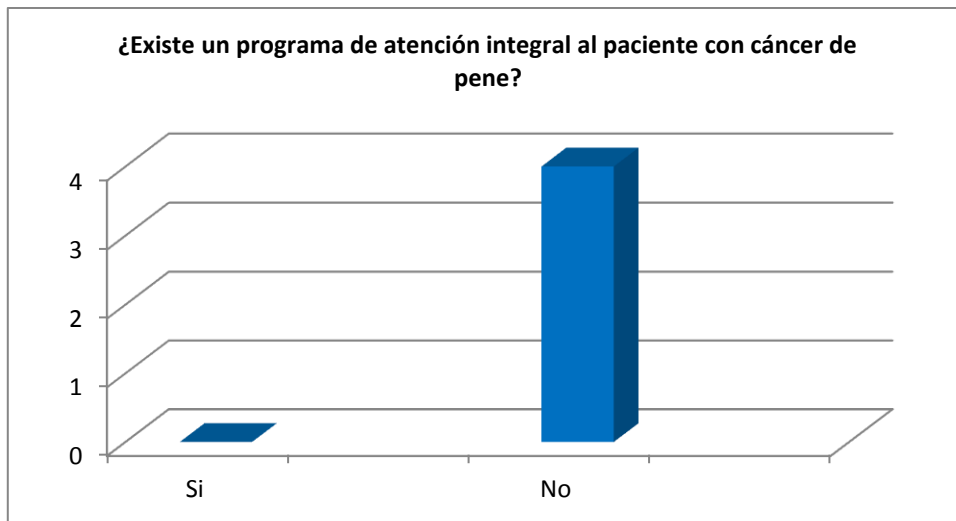
#### 12.1.1 Encuesta aplicadas a 4 Directivos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

N°	Preguntas
1	¿Existe un programa de atención integral al paciente con cáncer de pene?
2	¿Brindan educación continua a los profesionales?
3	¿Existe profesional capacitado, de acuerdo a la especialidad?
4	¿El paciente con cáncer de pene recibe valoración del equipo multidisciplinario?
5	¿Cree usted que la implementación de un plan de atención mejoraría la calidad de vida de estos pacientes?
6	¿El paciente con cáncer de pene recibe visita de la trabajadora social, conociendo las complicaciones que produce la enfermedad?
7	¿Cree usted que existe personal suficiente para brindar atención a los pacientes con cáncer de pene?
8	¿Existe equipo e insumos suficientes para el tratamiento del paciente con cáncer de pene?
9	¿La programación quirúrgica cumple, con la demanda de pacientes?
10	¿En el POA de la institución existe algún objetivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes que son atendidos en la consulta externa?

**Tabla N° 1**

Pregunta	Si		No	
	F	%	F	%
¿Existe un programa de atención integral al paciente con cáncer de pene?	0	0	4	100

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

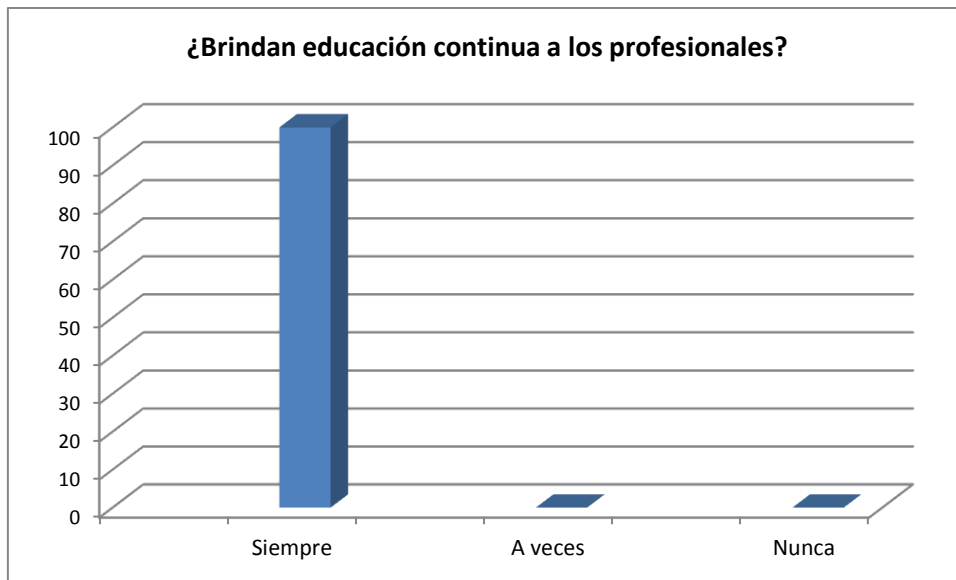
**Discusión**

El 100% de los directivos indicaron que no existe un programa de atención integral para el paciente con cáncer de pene, debido a que no están estandarizados los protocolos de atención.

**Tabla N° 2**

Pregunta	Siempre		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿Brindan educación continua a los profesionales?	4	100	0	0	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

**Discusión**

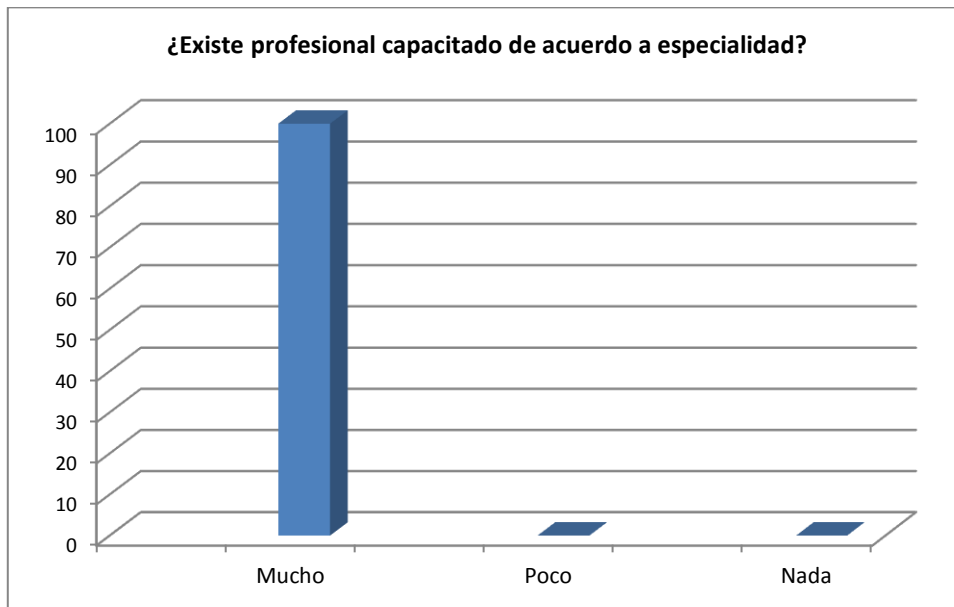
El 100% de los directivos indicaron que siempre brindan educación continua al personal, mediante cronograma establecido y permiten que asistan a seminario y/o congresos dentro y fuera de la ciudad.



**Tabla N° 3**

Pregunta	Mucho		Poco		Nada	
	F	%	F	%	F	%
¿Existe profesional capacitado, de acuerdo a la especialidad?	4	100	0	0	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

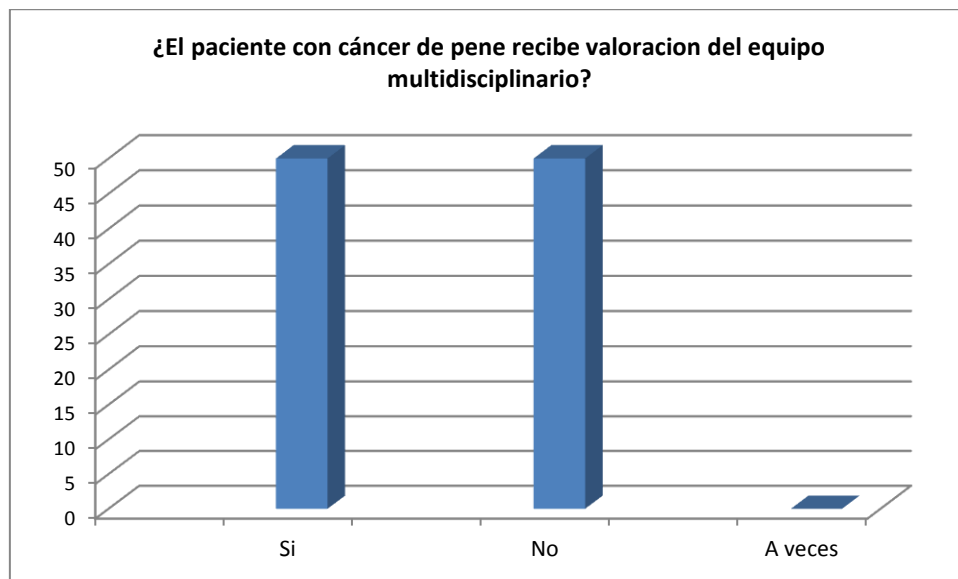
**Discusión**

El 100% de los directivos indicaron que existe mucho personal capacitado en las especialidades a las que oferta la institución, para de esta manera haya calidad de atención, es así que urólogos que dan atención en la consulta externa hay un total de 9 galenos.

**Tabla N° 4**

Pregunta	SI		NO		A VECES	
	F	%	F	%	F	%
¿El paciente con cáncer de pene recibe valoración del equipo multidisciplinario?	2	50	2	50	0	0

### Graficación



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

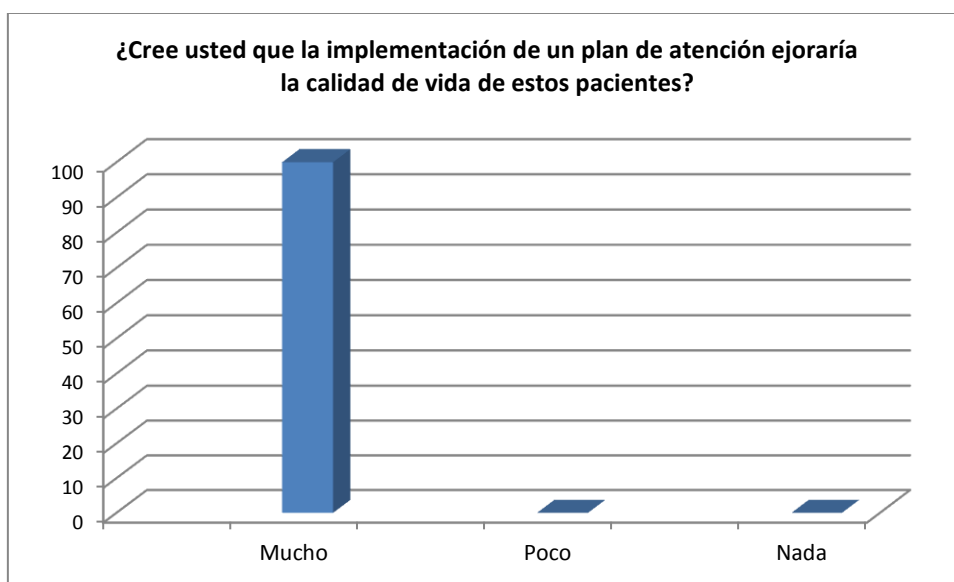
### Discusión

El 50% de los directivos indicaron que a la pregunta que si brindan atención y el otro 50% que no, pero se pudo observar que no hay atención integral para el paciente con cáncer de pene.

**Tabla N° 5**

Pregunta	Mucho		Poco		Nada	
	F	%	F	%	F	%
¿Cree usted que la implementación de un plan de atención mejoraría la calidad de vida de estos pacientes?	4	100	0	0	0	0

### Graficación



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

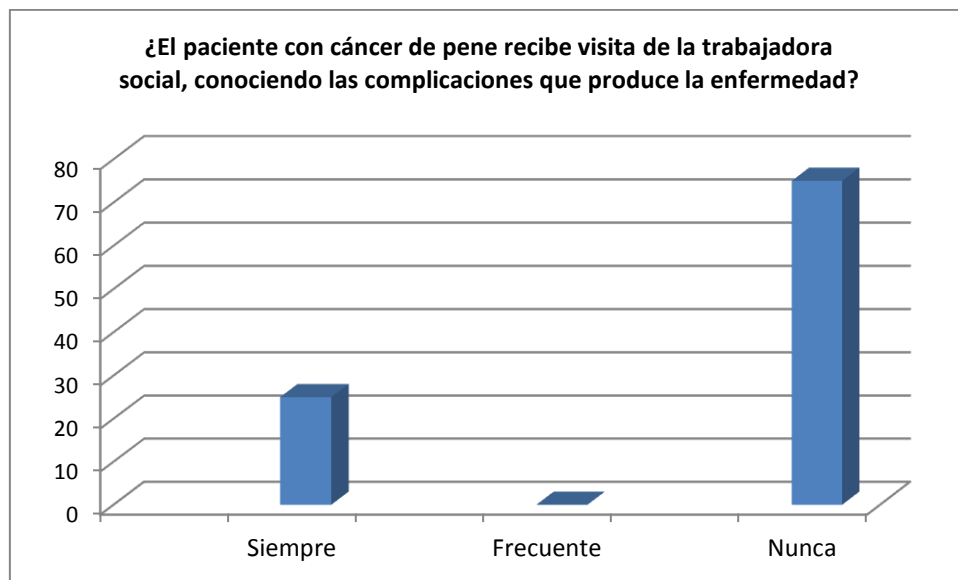
### Discusión

El 100% de los directivos indicaron que la implementación de un programa de atención integral mejoraría mucho la calidad de vida a los pacientes con cáncer de pene, ya que se compromete también a los familiares.

**Tabla N° 6**

Pregunta	Siempre		Frecuente		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿El paciente con cáncer de pene recibe visita de la trabajadora social, conociendo las complicaciones que produce la enfermedad?	1	25	0	0	3	75

### Graficación



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

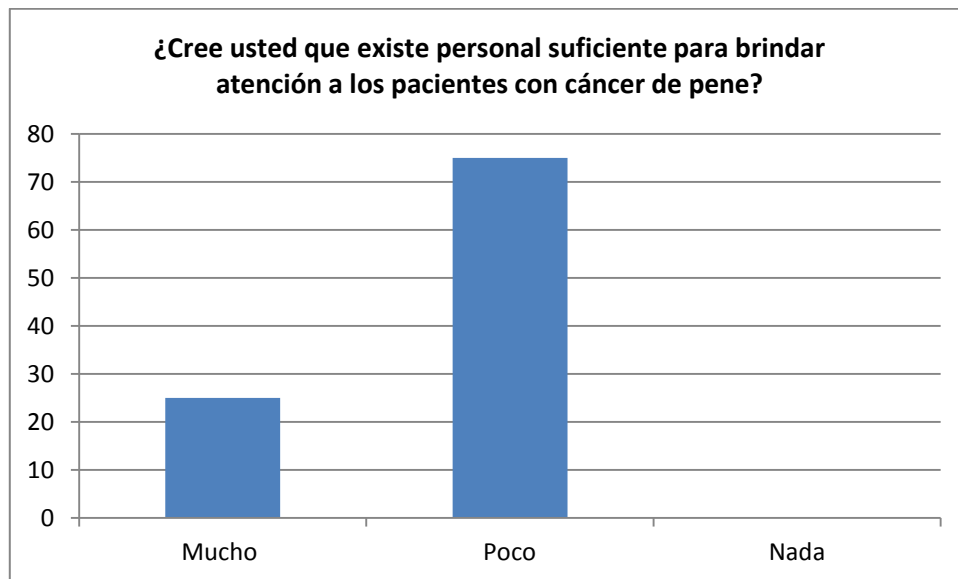
### Discusión

El 75% de los directivos indicaron que la trabajadora social nunca realiza visitas domiciliarias a los pacientes, solo cuando les indican ciertas especialidades, aún mas no conocen sobre las patologías.

**Tabla N° 7**

Pregunta	Mucho		Poco		Nada	
	F	%	F	%	F	%
¿Cree usted que existe personal suficiente para brindar atención a los pacientes con cáncer de pene?	1	25	3	75	0	0

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

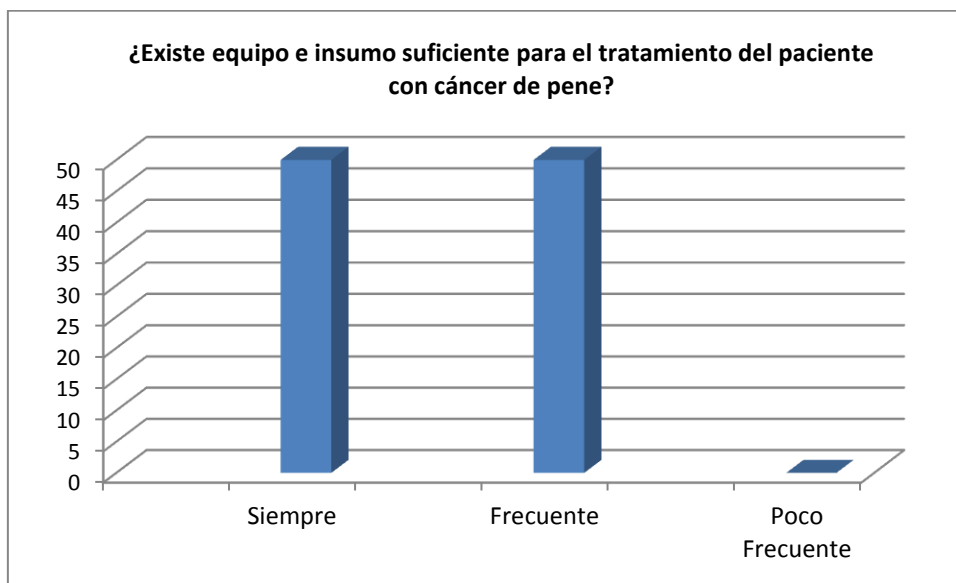
### **Discusión**

El 75% de los directivos indicaron que existe poco personal para la atención al paciente con cáncer de pene, ya que al solicitar personal para la institución, se considera a todos, es decir también a los administrativos.

**Tabla N° 8**

Pregunta	Siempre		Frecuente		Poco Frecuente	
	F	%	F	%	F	%
¿Existe equipo e insumo suficiente para el tratamiento del paciente con cáncer de pene?	2	50	2	50	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

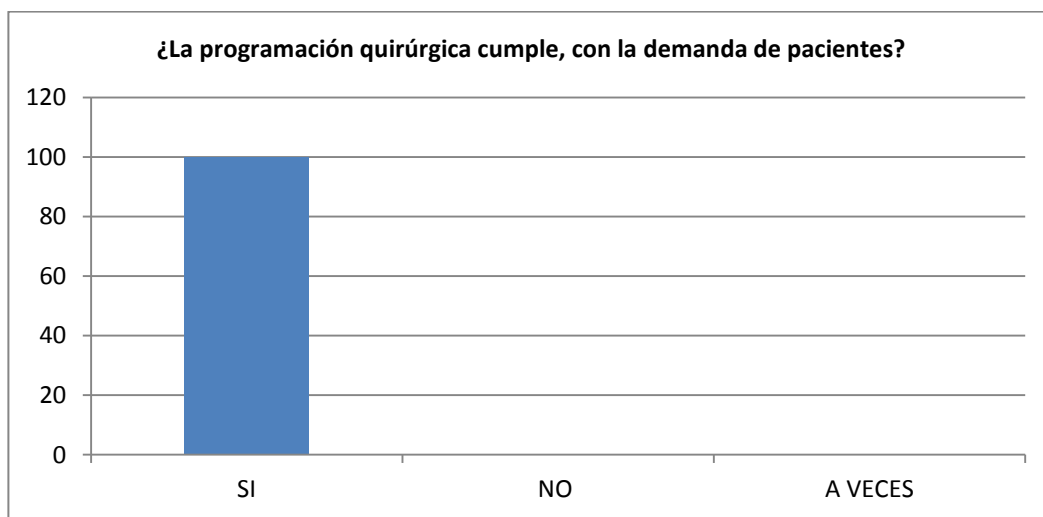
**Discusión**

El 50% de los directivos indicaron que siempre existe equipo e insumos suficientes, para brindar atención y el otro 50% manifestó frecuentemente, esto se debe por que las compras locales se realizan por medio del portal y las licitaciones no se realizan a tiempo.

**Tabla N° 9**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿La programación quirúrgica cumple, con la demanda de pacientes?	4	100	0	0	0	0

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

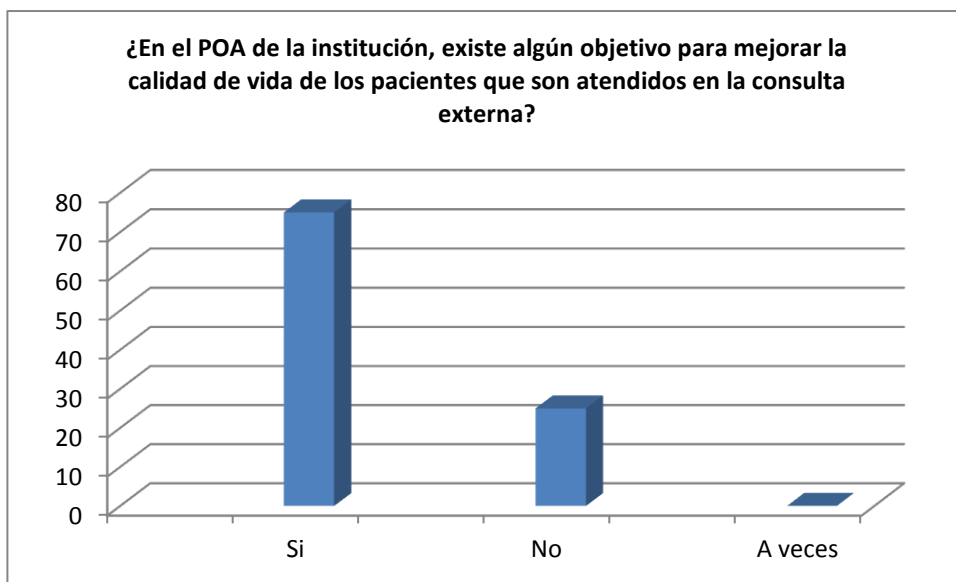
### **Discusión**

El 100% de los directivos indicaron que la programación quirúrgica si cumple la demanda de los pacientes, debido a que se realiza un cronograma semanal de los pacientes que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente.

**Tabla N° 10**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿En el POA de la institución, existe algún objetivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes que son atendidos en la consulta externa?	3	75	1	25	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

**Discusión**

El 75% de los directivos indicaron que dentro del POA de la institución, si existe objetivos para mejorar la calidad de vida, porque la misión del IESS, se encuentra contemplado de mantener a los pacientes con su estrato superior de vida.



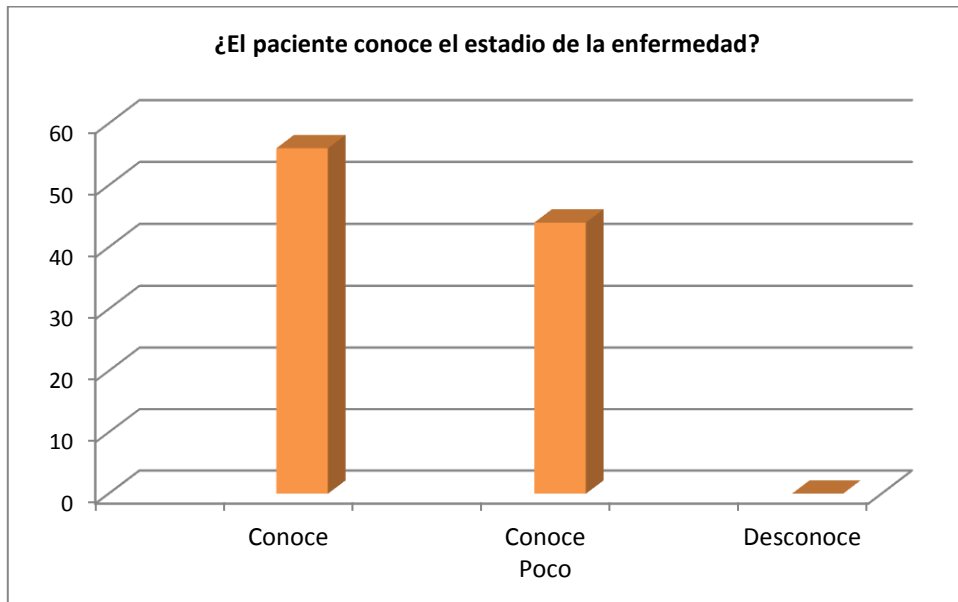
**12.1.2. Encuesta aplicada a los 9 Urólogos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.**

N°	Preguntas
1	¿El paciente conoce el estadio de la enfermedad?
2	¿Le realizan biopsia al paciente con cáncer de pene?
3	¿Realiza la valoración de los sistemas cardiorrespiratorio y genitourinario?
4	¿Realiza los exámenes complementarios?
5	¿Están normatizados los exámenes a realizarse para diagnosticar cáncer de pene?
6	¿Existe un programa de atención integral para pacientes con cáncer de pene?
7	¿Solicita apoyo a la Trabajadora Social?
8	¿El paciente cumple a la cita médica?
9	¿El paciente asiste a la cita médica con familiares?
10	¿Los familiares son participes del tratamiento?

**Tabla N° 1**

Pregunta	Conoce		Conoce Poco		Desconoce	
	F	%	F	%	F	%
¿El paciente conoce el estadio de la enfermedad?	5	56	4	44	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

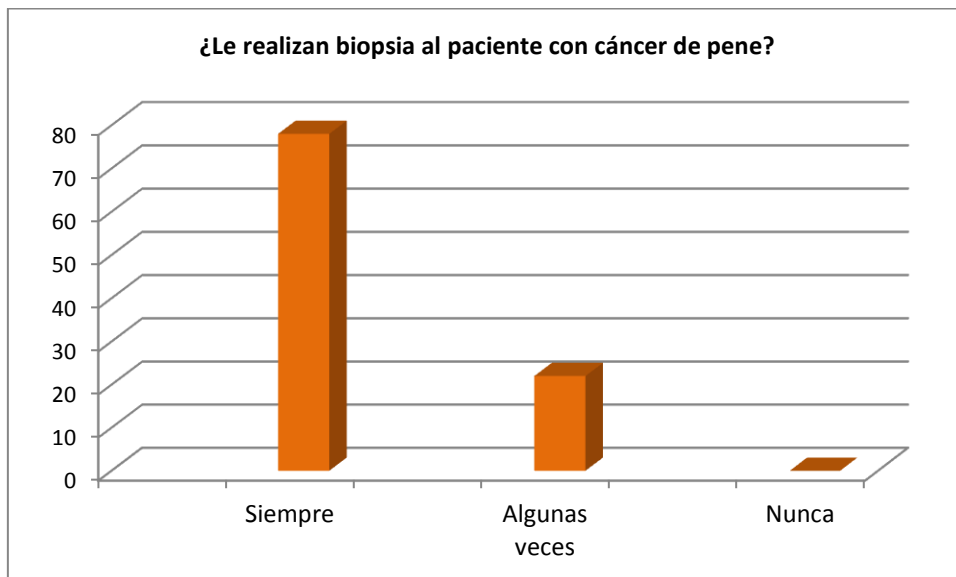
**Discusión**

El 56% de los médicos manifestaron que el paciente conoce el estadio de la enfermedad, porque cuando tienen los resultados de la biopsia les informan y al familiar que les acompaña.

**Tabla N° 2**

Pregunta	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿Le realizan biopsia al paciente con cáncer de pene?	7	78	2	22	0	0

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

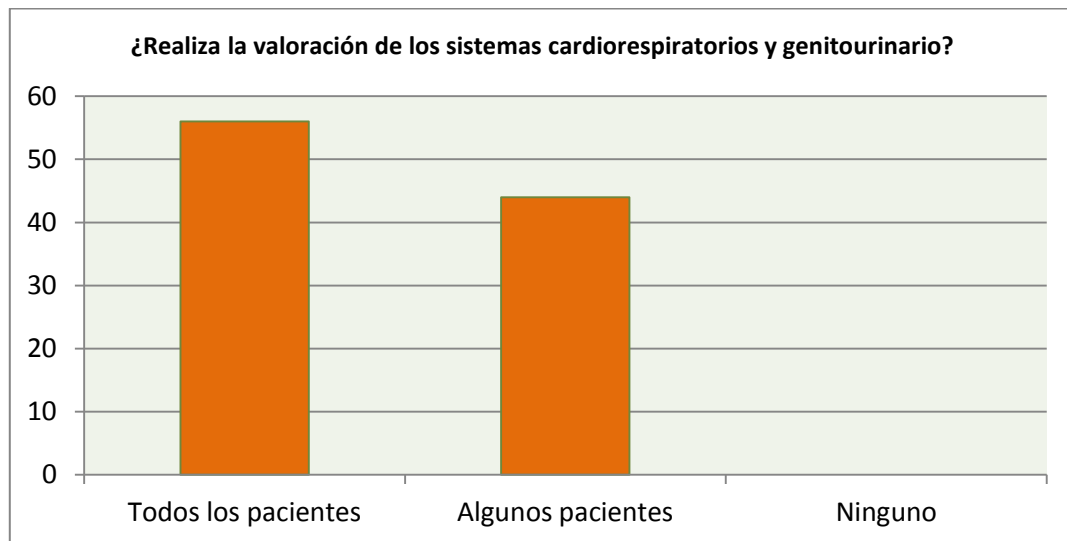
### **Discusión**

El 78% de los médicos manifestaron que siempre le realizan biopsia al pene, para realizar el diagnóstico, y de esta manera poder realizar el tratamiento paliativo o definitivo que el paciente amerite.

**Tabla N° 3**

Pregunta	Todos los pacientes		Algunos pacientes		Ninguno	
	F	%	F	%	F	%
¿Realiza la valoración de los sistemas cardiorrespiratorio y genitourinario?	5	56	4	44	0	0

### Graficación



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

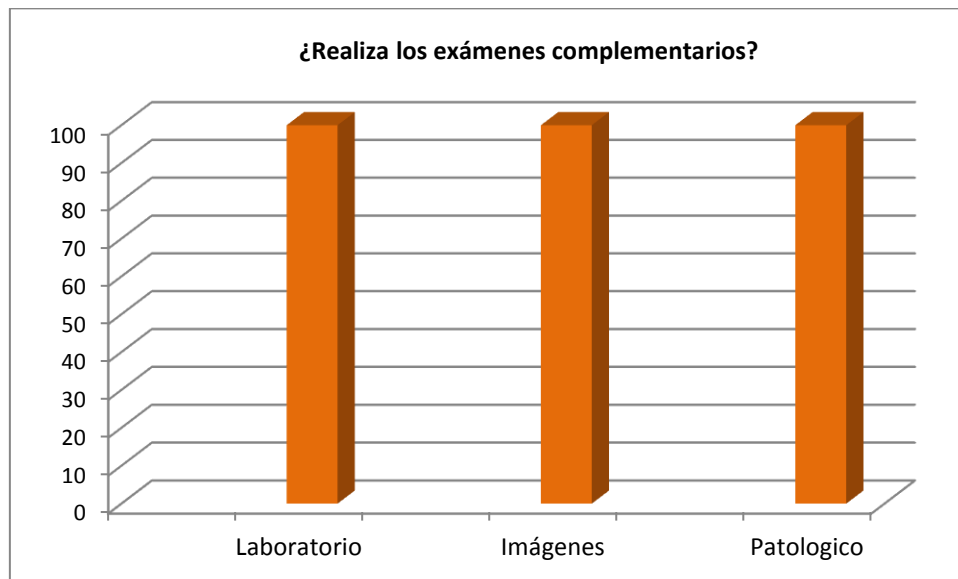
### Discusión

El 56% de los médicos manifestaron que realizan valoración a todos los pacientes, especialmente los sistemas cardiorrespiratorio y genitourinario, ya que estos ayudan a identificar la patología.

**Tabla N° 4**

Pregunta	Laboratorio		Imágenes		Patológico	
	F	%	F	%	F	%
¿Realizan los exámenes complementarios?	9	100	9	100	9	100

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

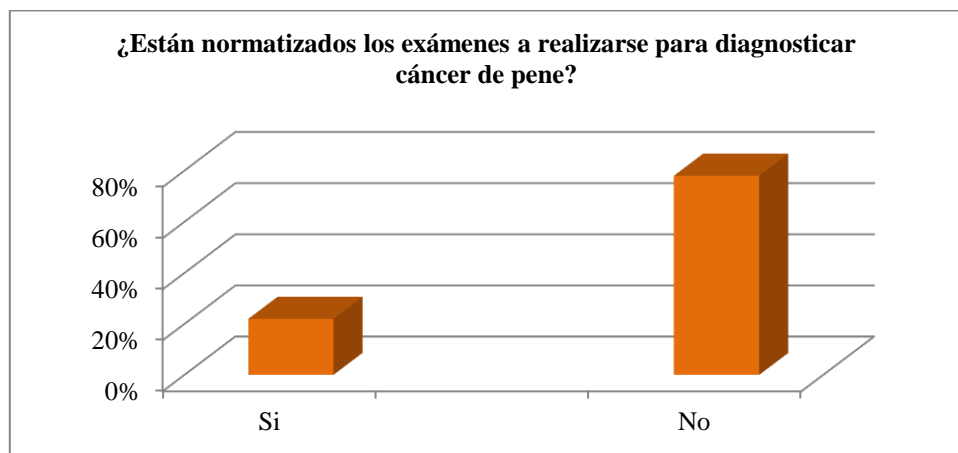
### **Discusión**

El 100% de los médicos manifestaron que si le realizan los exámenes complementario a todos los pacientes.

**Tabla N° 5**

Pregunta	Si		No	
	F	%	F	%
¿Están normatizados los exámenes a realizarse para diagnosticar cáncer de pene?	2	22	7	78

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

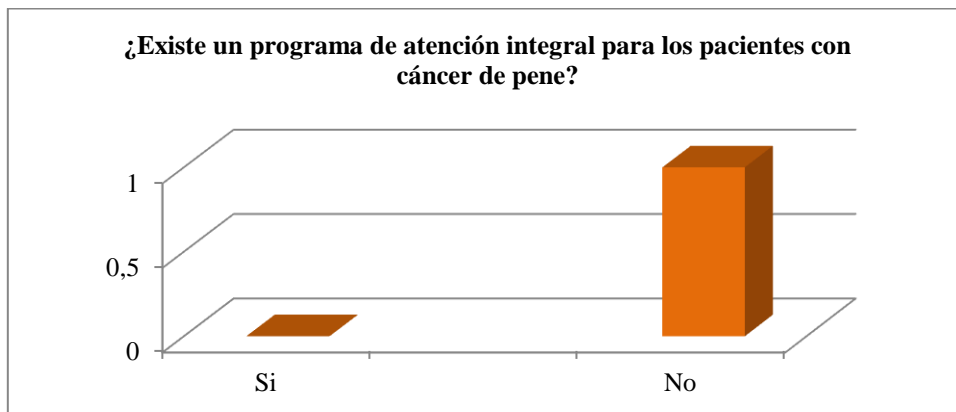
### **Discusión**

El 78% de los médicos manifestaron que no están normatizados los exámenes que deben realizar a los pacientes para diagnosticar el cáncer de pene, ya que no existe un plan integral en la consulta externa.

**Tabla N° 6**

Pregunta	Si		No	
	F	%	F	%
¿Existe un programa de atención integral para los pacientes con cáncer de pene?	0	0	9	100

### Graficación



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

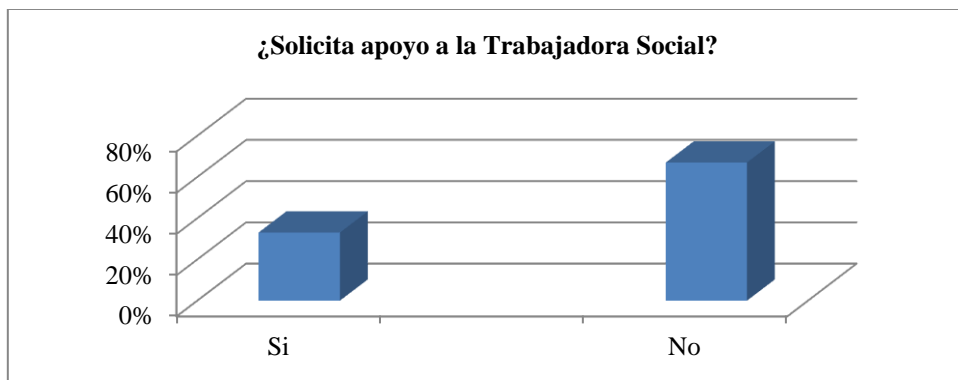
### Discusión

El 100% de los médicos manifestaron que no existe un programa de atención integral para el paciente con cáncer de pene, y por tal razón no existe una calidad de atención óptima.

**Tabla N° 7**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿Solicita apoyo a la Trabajadora Social?	3	33	6	67	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

**Discusión**

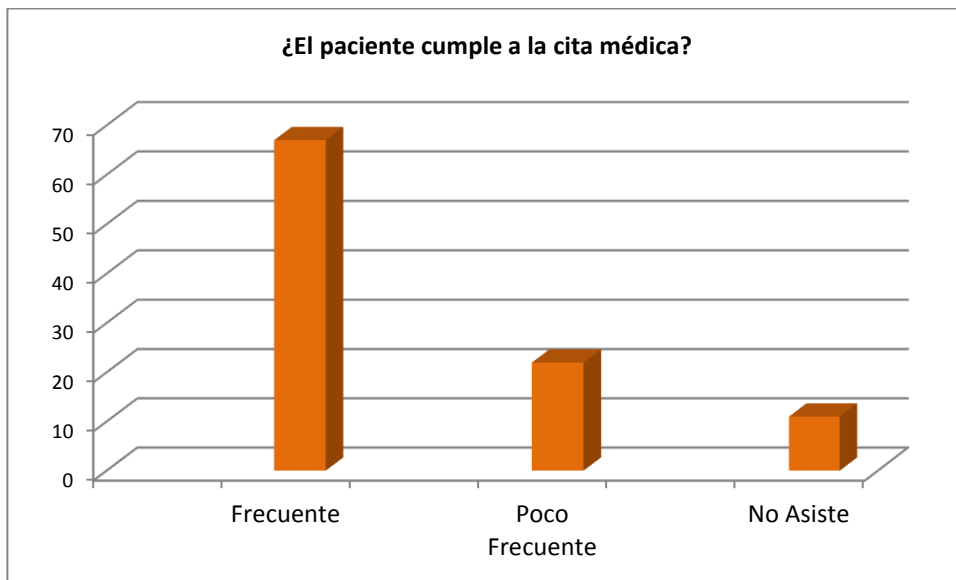
El 67% de los médicos manifestaron que no solicitan apoyo a la trabajadora social, debido a que no hay recursos suficientes para brindar este servicio.



**Tabla N° 8**

Pregunta	Frecuente		Poco Frecuente		No Asiste	
	F	%	F	%	F	%
¿El paciente cumple a la cita médica?	6	67	3	33	1	11

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

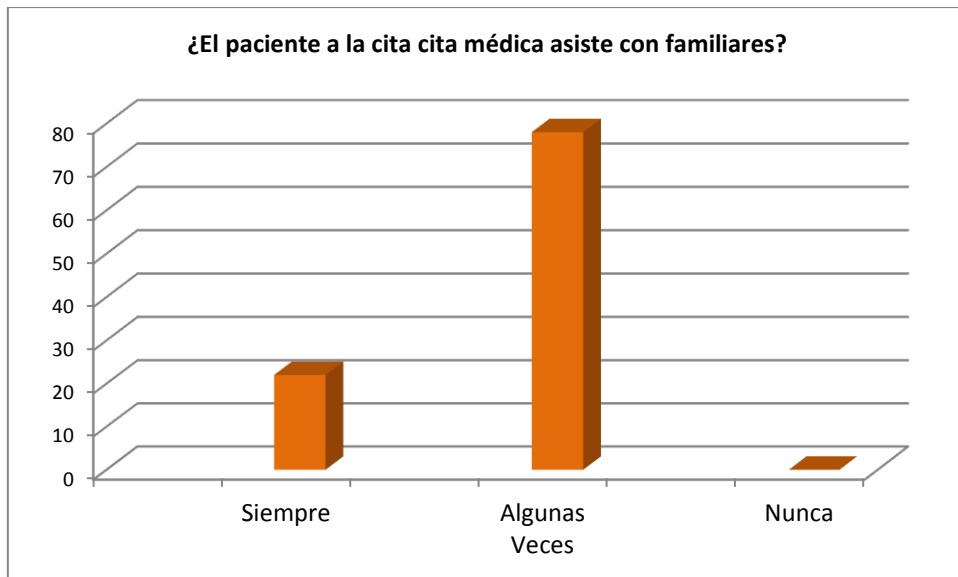
**Discusión**

El 67% de los médicos manifestaron que el paciente frecuentemente cumple a la cita médica, esto se debe por que los pacientes tienen que esperar un lapso de tiempo para poder acceder a una nueva cita médica.

**Tabla N° 9**

Pregunta	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿El paciente asiste a la cita médica con familiares?	6	67	2	22	1	11

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

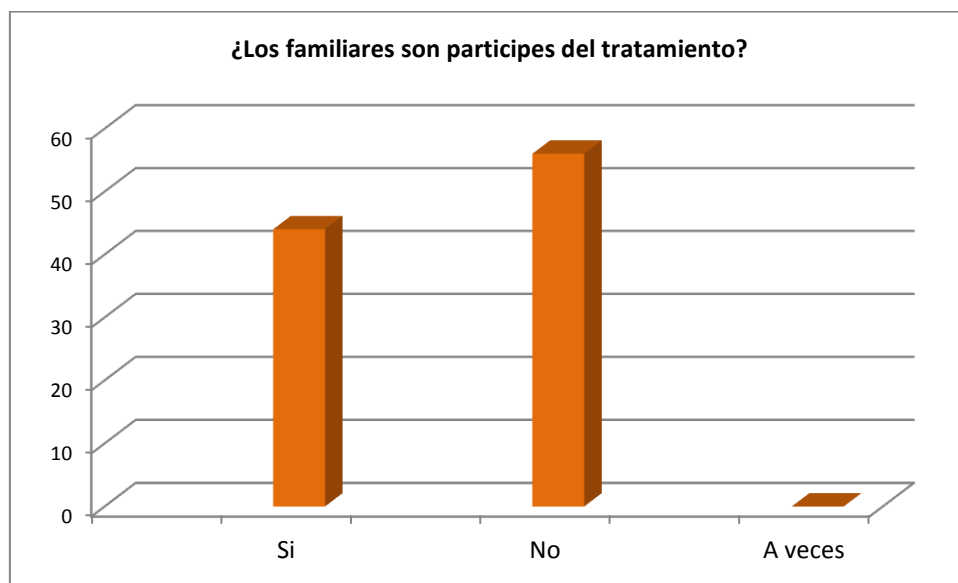
**Discusión**

El 67% de los médicos manifestaron que el paciente con cáncer de pene algunas veces asiste con familiares a la consulta médica, aunque deben asistir acompañados para que sientan apoyo.

**Tabla N° 10**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿Los familiares son participes del tratamiento?	4	44	5	56	0	0

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

### **Discusión**

El 56% de los médicos manifestaron que los familiares de los pacientes con cáncer de pene, no son participe en el tratamiento, debido a que son de escasos recursos económicos y no pueden viajar, ya que como es un centro de mayor especialidad son transferidos de otros de menor complejidad.

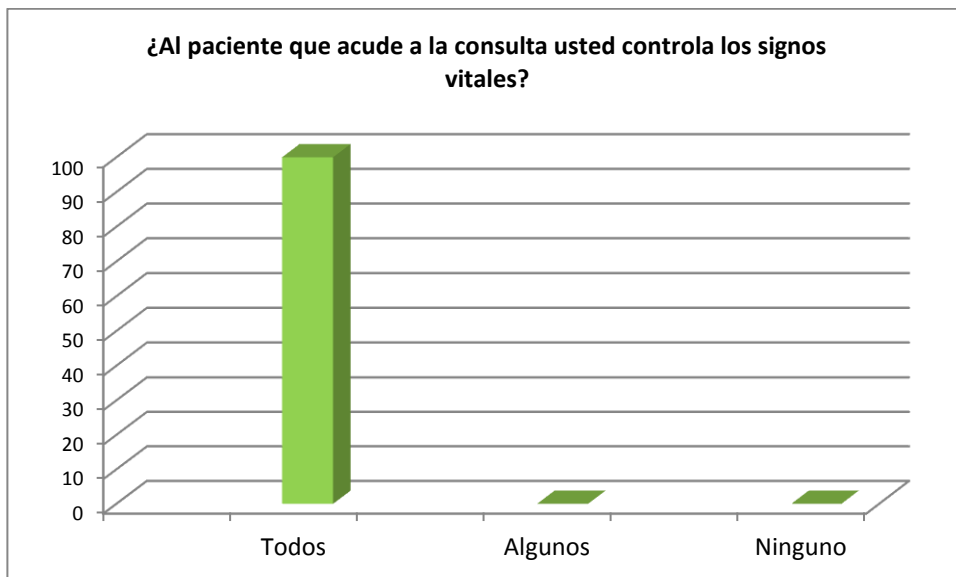
**12.1.3. Encuesta aplicada a 10 Licenciadas de Enfermería del Área de Urología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.**

N°	Preguntas
1	¿Al paciente que acude a la consulta usted controla los signos vitales?
2	¿Al paciente que acude a la consulta usted controla peso?
3	¿Al paciente que acude a la consulta usted revisa los exámenes que le solicitaron?
4	¿Brinda educación post consulta al paciente y al familiar?
5	¿Guía al paciente con cáncer de pene, cuando debe realizar las ínter consultas?
6	¿Informa usted sobre el estadio de la enfermedad?
7	¿Usted permanece al lado del paciente cuando le realizan la biopsia?
8	¿Brinda educación sobre la alimentación a seguir?
9	¿Existe normas para la atención al paciente con cáncer de pene?
10	¿Realiza visita domiciliarias?

**Tabla N° 1**

Pregunta	Todos		Algunos		Ninguno	
	F	%	F	%	F	%
¿Al paciente que acude a la consulta usted controla los signos vitales?	10	100	0	0	0	0

### Graficación



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

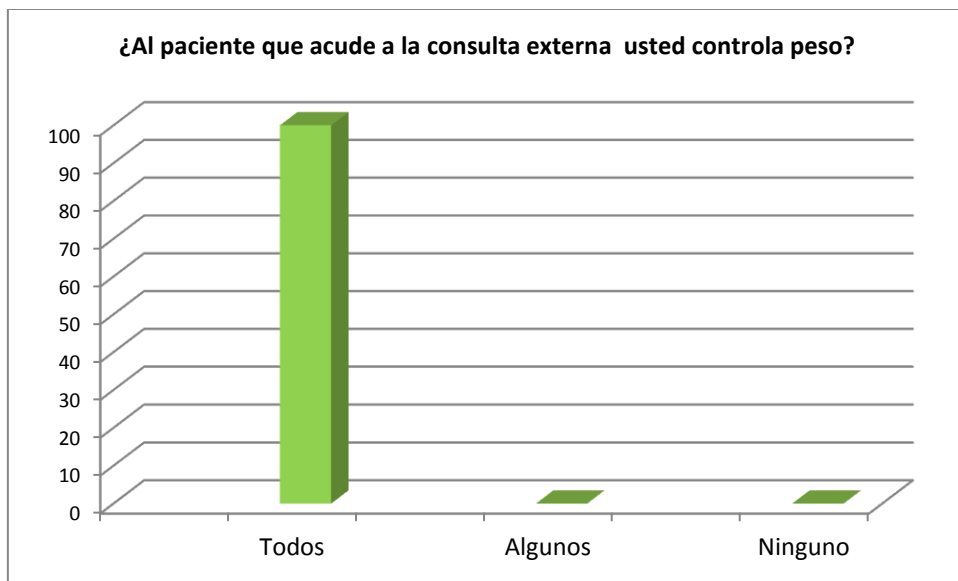
### Discusión

El 100% del personal de enfermería indicó que todos los signos vitales controlan a los pacientes que asisten a la consulta médica, ya que esto está normatizado en el servicio.

**Tabla N° 2**

Pregunta	Todos		Algunos		Ninguno	
	F	%	F	%	F	%
¿Al paciente que acude a la consulta externa usted controla peso?	10	100	0	0	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

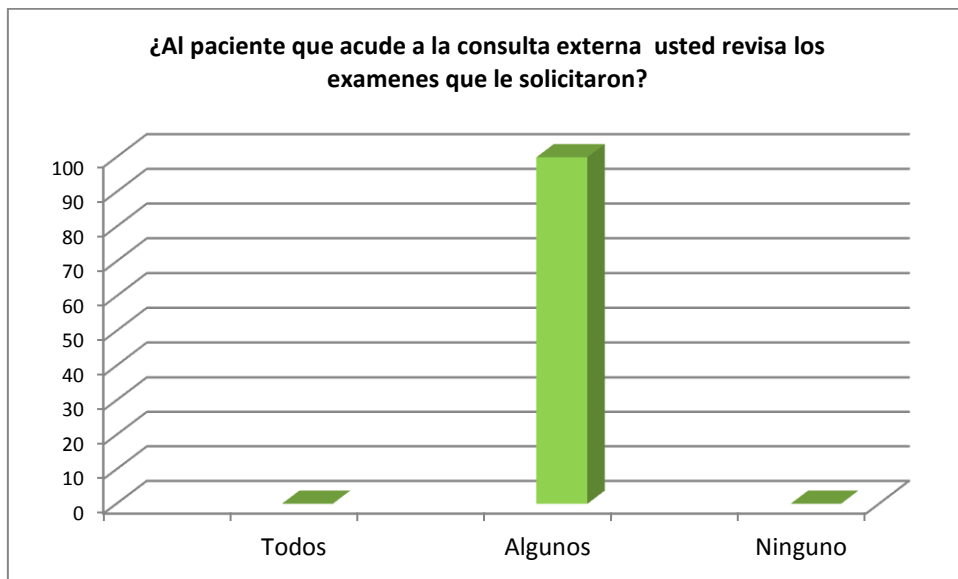
**Discusión**

El 100% del personal de enfermería indicó que a todos le controlan el peso, ya que este dato es importante para que pueda dosificar el médico.

**Tabla N° 3**

Pregunta	Todos		Algunos		Ninguno	
	F	%	F	%	F	%
¿Al paciente que acude a la consulta externa usted revisa los exámenes que le solicitaron?	0	0	10	100	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

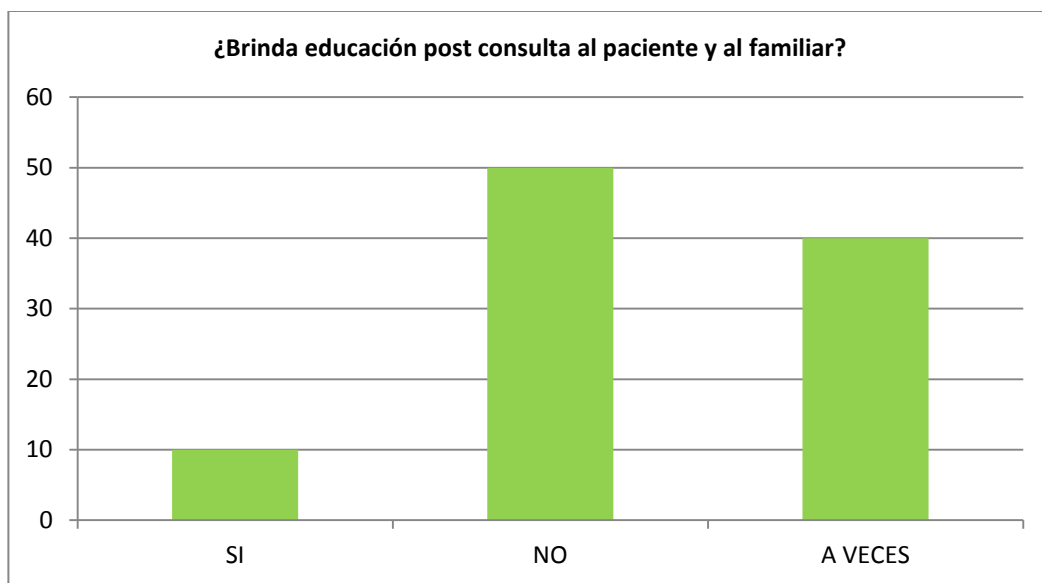
**Discusión**

El 100% del personal de enfermería indicó que algunos le revisan los exámenes, debido a que otros pasan directamente al sistema o le llegan al especialista que lo solicitó.

**Tabla N° 4**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿Brinda educación post consulta al paciente y al familiar?	1	10	5	50	4	40

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

### **Discusión**

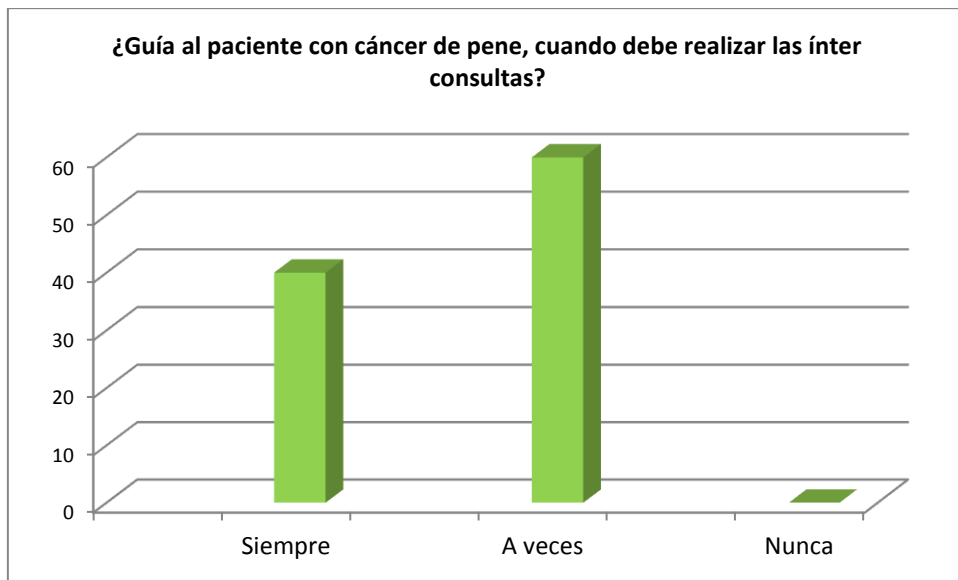
El 50% del personal de enfermería indicó que no brindan educación post consulta al paciente como a la familia, sobre la terapéutica a seguir, como la próxima cita, manifestaron porque el recurso es insuficiente para brindar una calidad de atención.



**Tabla N° 5**

Pregunta	Siempre		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿Guía al paciente con cáncer de pene, cuando debe realizar las interconsultas?	4	40	6	60	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

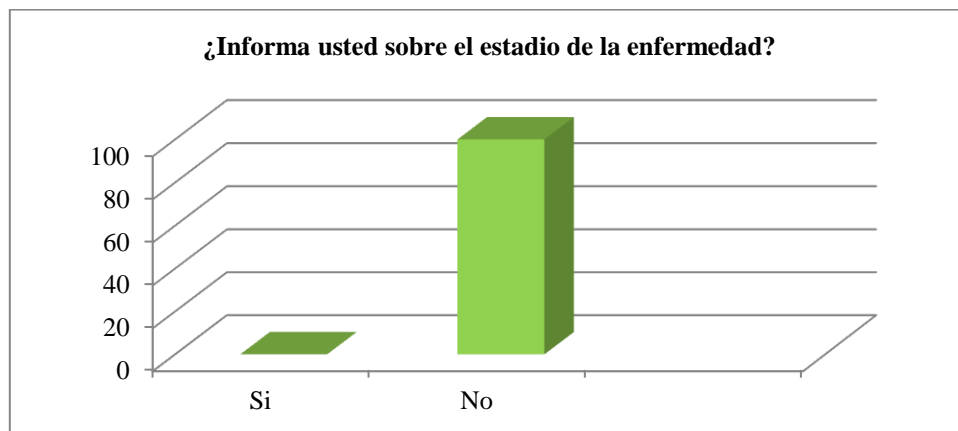
**Discusión**

El 60% del personal de enfermería indicó que a veces guían sobre las interconsultas a los pacientes con cáncer de pene, ya que en ocasiones no se acercan donde ellas/os y en otras no les pueden atender.

**Tabla N° 6**

Pregunta	Si		No	
	F	%	F	%
¿Informa usted sobre el estadio de la enfermedad?	0	0	10	100

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

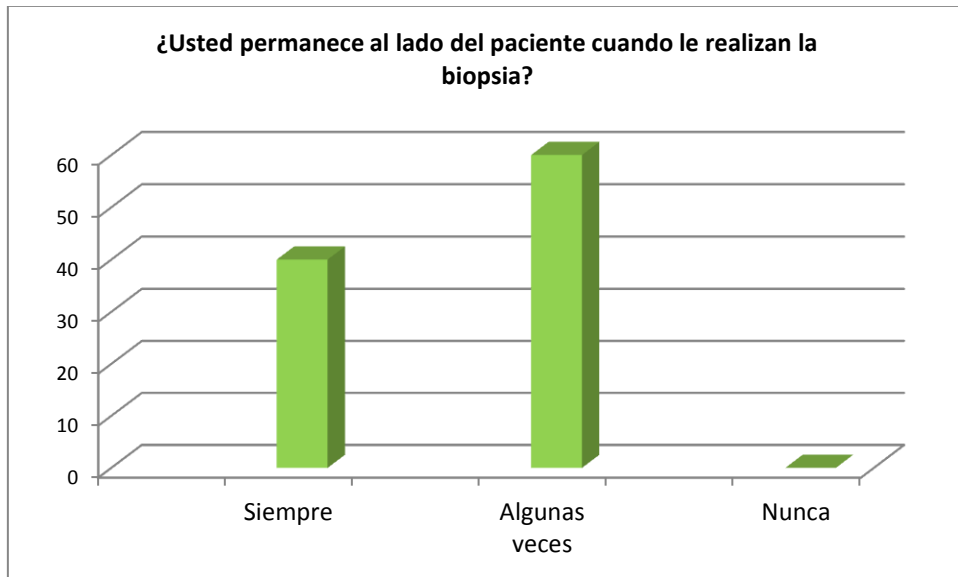
### **Discusión**

El 100% del personal de enfermería indicó que no informan sobre el estadio de la enfermedad, ya que esto le compete al personal médico, aunque los pacientes siempre acuden a realizarles este tipo de pregunta.

**Tabla N° 7**

Pregunta	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿Usted permanece al lado del paciente cuando le realizan la biopsia?	4	40	6	60	0	0

### Graficación



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

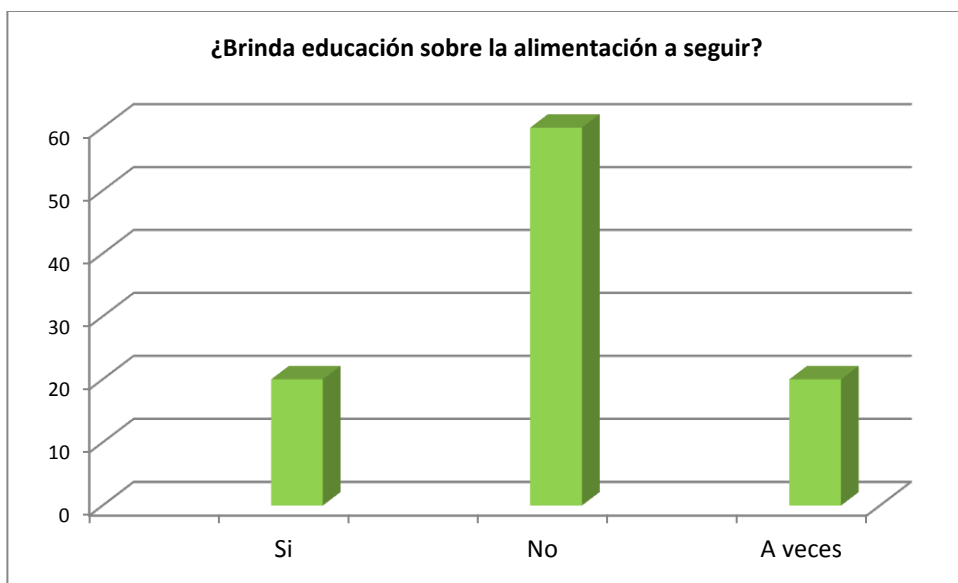
### Discusión

El 60% del personal de enfermería indicó que algunas veces permanecen junto al paciente cuando le realizan la biopsia, debido a la escasez de personal y deben cubrir mas consultorios.

**Tabla N° 8**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿Brinda educación sobre la alimentación a seguir?	2	20	6	60	2	20

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

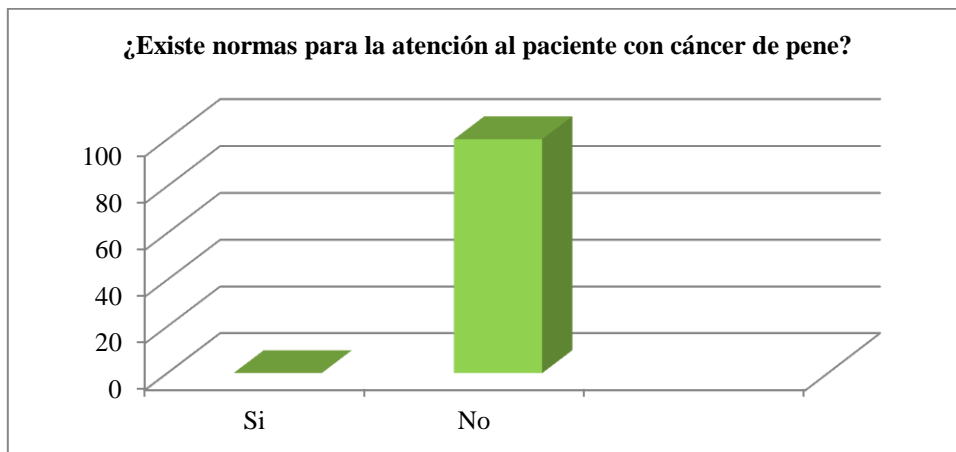
### **Discusión**

El 60% del personal de enfermería indicó que no brindan educación sobre la alimentación que deben adquirir, ya que ni siquiera tienen tiempo de indicar la prescripción que les entregan los médicos para que ingieran los medicamentos.

**Tabla N° 9**

Pregunta	Si		No	
	F	%	F	%
¿Existe normas para la atención al paciente con cáncer de pene?	0	0	10	100

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

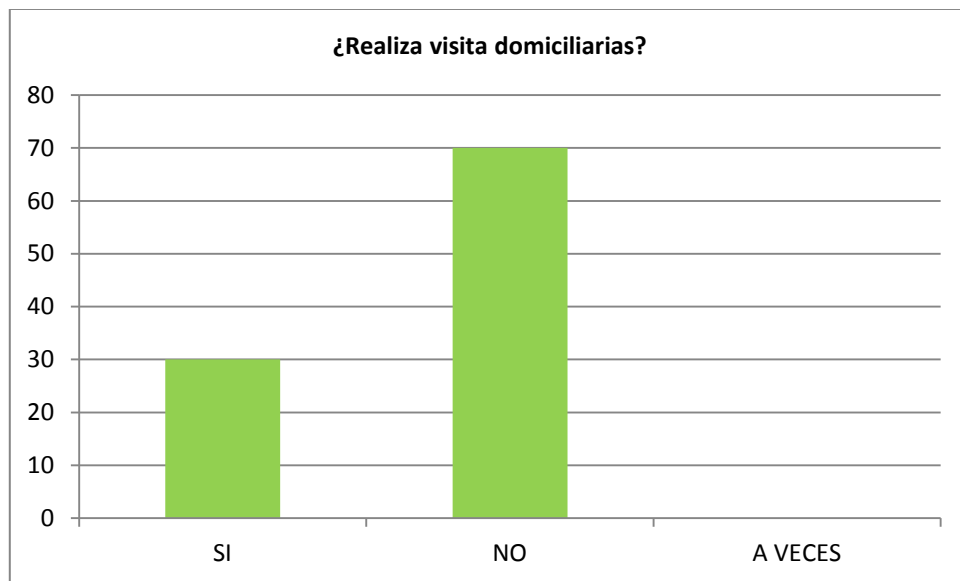
**Discusión**

El 100% del personal de enfermería indicó que no existe normas para la atención del paciente con cáncer de pene y que solo realizan la rutina de preparación del paciente.

**Tabla N° 10**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿Realiza visita domiciliarias?	3	30	7	70	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

**Discusión**

El 70% del personal de enfermería indicó que no realizan visitas domiciliarias a los pacientes con cáncer de pene, porque en ocasiones son de otras provincias.

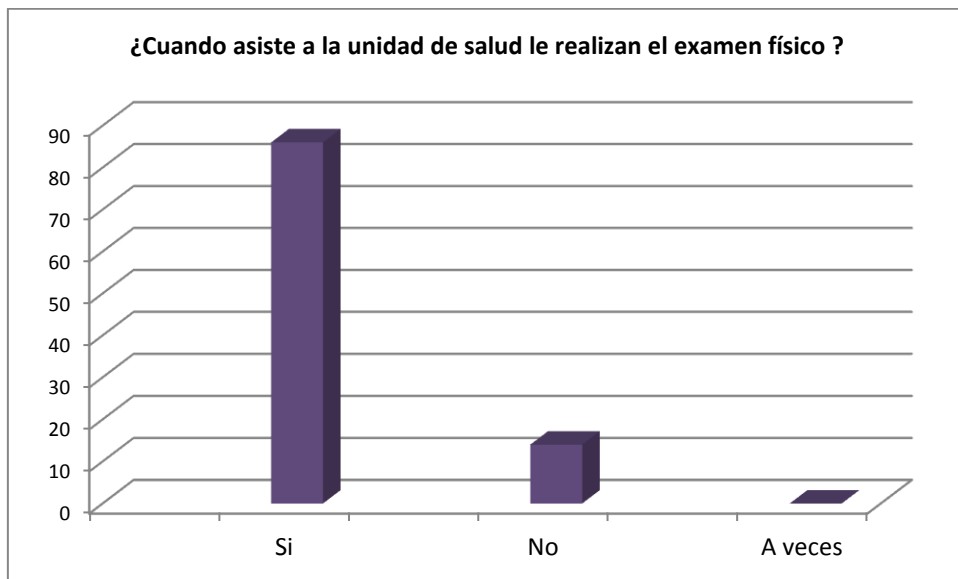
**12.1.4. Encuesta aplicada a 28 pacientes con Cáncer de Pene que acude a la Consulta Externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.**

N°	Preguntas
1	¿Cuándo asiste a la unidad de salud le realizan el examen físico?
2	¿El personal de enfermería le controla los signos vitales?
3	¿El personal de enfermería le controla el peso?
4	¿Le gustaría asistir a capacitaciones referente a su enfermedad?
5	¿Le brinda educación a usted y su familia sobre la enfermedad que padece?
6	¿Le guían cuando le mandan una ínter consultas?
7	¿Le informan sobre el estadio de la enfermedad?
8	¿Usted trabaja?
9	¿Asiste a la consulta con familiar?
10	¿Usted recibe apoyo psicológico por profesionales de la institución?

**Tabla N° 1**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿Cuándo asiste a la unidad de salud le realizan el examen físico?	24	86	4	14	0	0

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

### **Discusión**

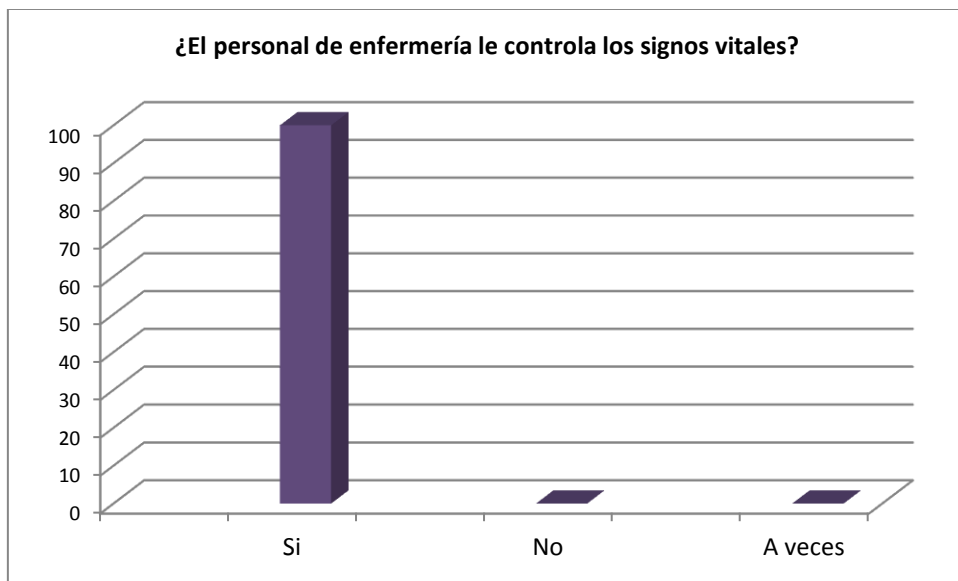
El 86% de los pacientes con cáncer de pene contestaron que si le realizan el examen físico, esto manifestaron porque al interrogatorio les revisan el aparato genitourinario.



**Tabla N° 2**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿El personal de enfermería le controla los signos vitales?	28	100	0	0	0	0

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

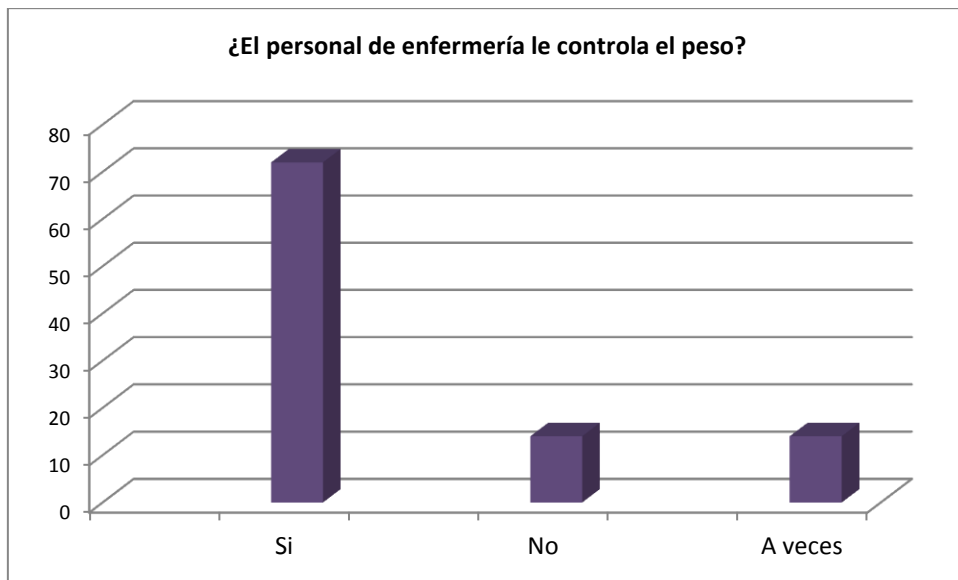
### **Discusión**

El 100% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene indicó que el personal de enfermería si le controlan los signos vitales, cabe indicar que todo paciente que llega a la consulta externa recibe este procedimiento para acceder a la atención médica.

**Tabla N° 3**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿El personal de enfermería le controla el peso?	20	72	4	14	4	14

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

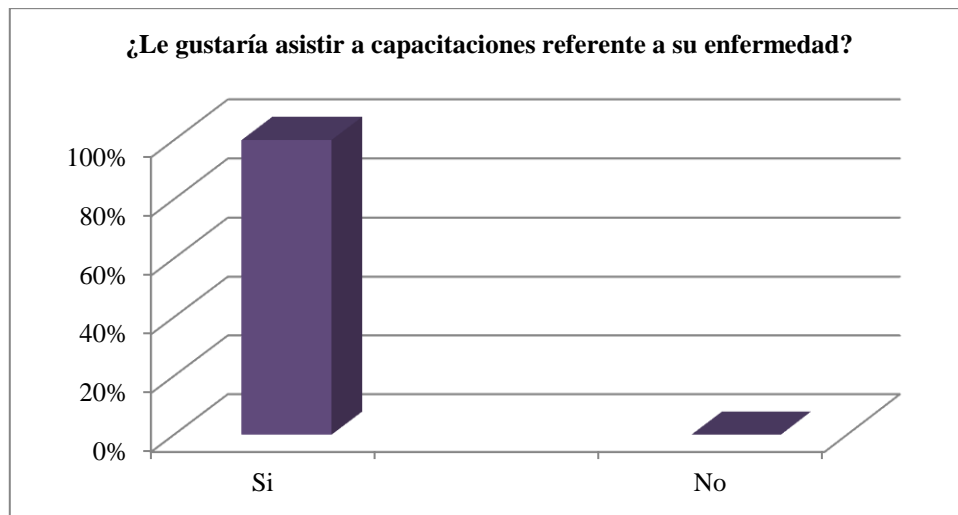
**Discusión**

El 72% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene contestaron que si le controlan el peso el personal de enfermería, ya que esto esta normatizado en la consulta externa.

**Tabla N° 4**

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	F	%	F	%
¿Le gustaría asistir a capacitaciones referente a su enfermedad?	28	100	0	0

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

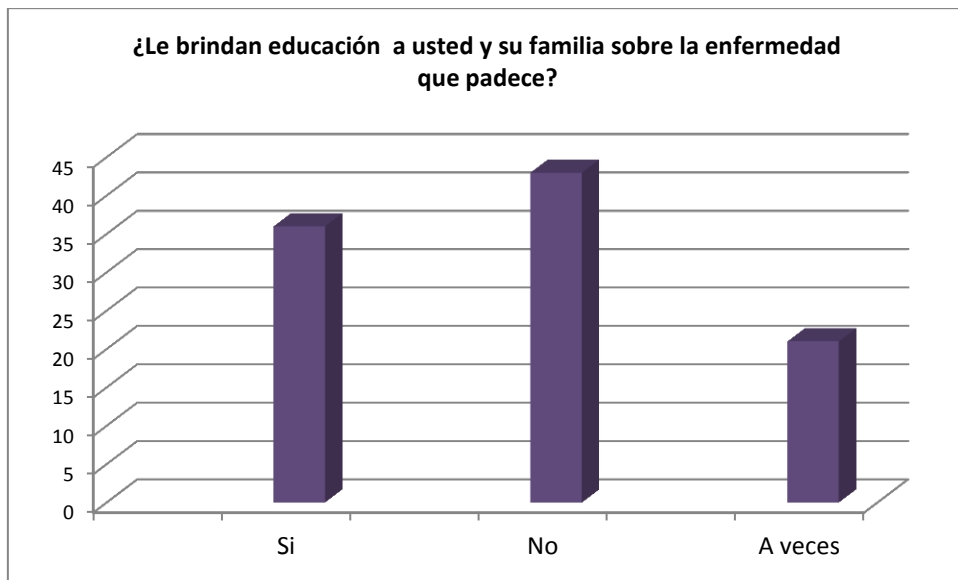
**Discusión**

El 100% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene contestaron que si desean asistir a capacitaciones, porque esto ayudaría a enfrentar la enfermedad.

**Tabla N° 5**

Pregunta	Si		No		A veces	
	F	%	F	%	F	%
¿Le brindan educación a usted y su familia sobre la enfermedad que padece?	10	36	12	43	6	21

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

**Discusión**

El 43% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene contestaron que no le brindan educación sobre la enfermedad.

**Tabla N° 6**

Pregunta	Siempre		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿Le guían cuando le mandan una interconsultas?	12	43	14	50	2	7

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

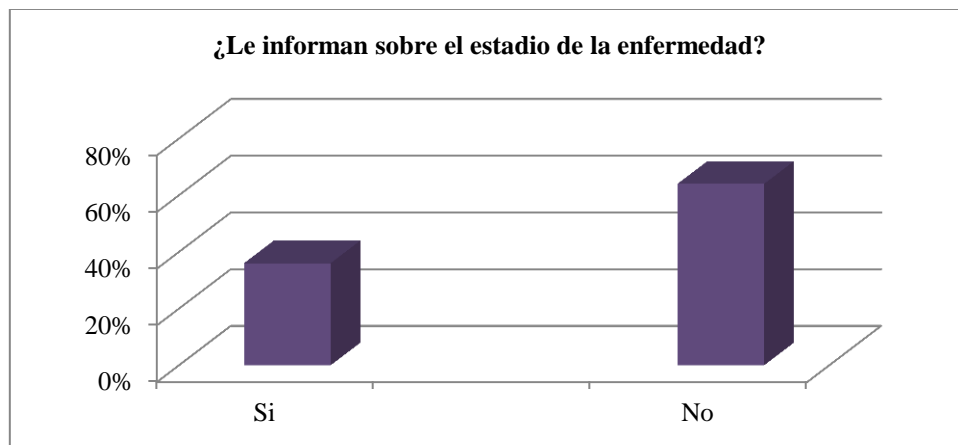
### **Discusión**

El 50% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene contestaron que a veces le guían cuando deben realizar la interconsulta, ya que cuando salen del consultorio no encuentran ningún personal.

**Tabla N° 7**

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
¿Le informan sobre el estadio de la enfermedad?	10	36	18	64

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

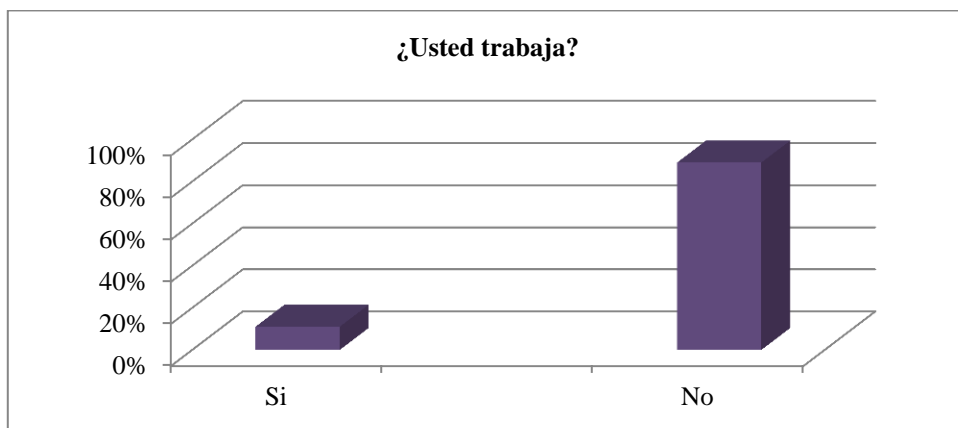
**Discusión**

El 64% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene contestaron que no le informan sobre la enfermedad.

**Tabla N° 8**

Pregunta	Si		No	
	F	%	F	%
¿Usted trabaja?	3	11	25	89

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

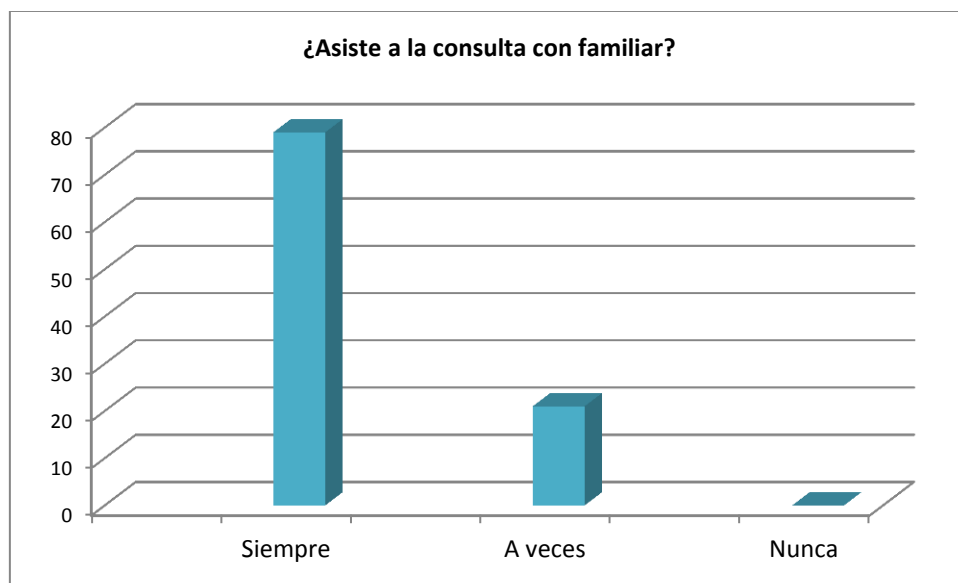
**Discusión**

El 89% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene contestaron que no están trabajando, debido a su problema de salud y han tenido que jubilarse.

**Tabla N° 9**

Pregunta	Siempre		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿Asiste a la consulta con familiar?	22	79	6	21	0	0

### **Graficación**



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

### **Discusión**

El 79% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene contestaron que a la consulta siempre asisten con familiar, debido que en ocasiones les da miedo a lo que el médico les vaya a indicar.



**Tabla N° 10**

Pregunta	Siempre		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
¿Usted recibe apoyo psicológico por profesionales de la institución?	2	7	14	50	12	43

**Graficación**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Dr. Víctor Ronquillo

**Discusión**

El 50% de los pacientes diagnosticado con cáncer de pene contestaron que algunas veces el profesional le brinda apoyo psicológico e indicaron que les gustaría que le dieran consejos y que los escucharan.

## **12.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES ESPECÍFICAS ACERCA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **CONCLUSIONES**

- El aumento de la incidencia de cáncer de pene en nuestra región es alarmante.
- La muestra de pacientes no es numerosa.
- Es necesario desarrollar una educación sanitaria entre la población sobre el auto examen del pene.
- El cáncer de pene es una patología de relativa frecuencia en países con índices de pobreza elevados.
- La evaluación del compromiso metastásico de los ganglios regionales en pacientes con carcinoma de pene constituye un importante factor pronóstico.
- No existe programa de atención integral, ni normas para ser atendidos.

## RECOMENDACIONES

- Realizar monitoreo mensual de la cobertura e incidencia de las patologías urológicas.
- Todos los médicos del área deben realizar el examen físico al paciente, para identificar la patología.
- El personal médico y de enfermería eduque al paciente sobre el autoexamen del pene.
- Que se realicen cursos de actualización al personal médico y enfermería sobre los últimos avances en el diagnóstico y terapéutica de los pacientes con cáncer de pene, para de esta manera brinden información sobre la prevención de las complicaciones.
- Realizar biopsia por congelación al paciente que es sometido quirúrgicamente, para identificar el estadio de la enfermedad.
- Implementar el programa de atención integral y normas para la realización de los exámenes a solicitar.

## **13. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS**

### **PROPUESTA**

#### **13.1 Tema:**

**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PENE EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

#### **13.2 Justificación**

Controlar el cáncer de pene significa mejorar la calidad de vida y el riesgo de enfermedades degenerativas, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables, con un programa integral de atención.

Las acciones de prevención deben estar siempre presentes en los programas de salud, en acciones en la comunidad y en las consultas, que deben incluir, además de la detección de los riesgos y factores de protección

La educación es un medio que ayuda a la comunidad a mejorar los estilos de vida, es la primera causa de prevención y motiva al mayor número de usuarios en la consulta a identificar las afecciones del aparato reproductor.

### **13.3 Fundamentación**

El control médico periódico es un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones.

La detección temprana del cáncer de pene se fundamenta en la posibilidad de la población de acceder al tratamiento, a la intervención quirúrgica y farmacológica de los factores de riesgo.

### **13.4 Objetivos Generales**

- Promover capacitación de las personas con problemas de cáncer de pene.

### **13.5 Objetivos Específicos**

1. Capacitar al personal responsable sobre aspectos preventivos, factores de riesgo, diagnóstico, control de la enfermedad y manejo de las complicaciones.
2. Adquirir destrezas en la comunicación verbal para construir la relación médico-paciente.
3. Incentivar al personal de salud involucrado para mejorar la calidad de vida y atención a los pacientes con cáncer de pene y reducir la morbi-mortalidad.
4. Adquirir una visión integral del diagnóstico clínico y de las formas de acceder a la información clínica relevante.

### **13.6 Importancia**

La práctica de la oncología requiere que el especialista no solo esté capacitado para tratar a su paciente, sino que posea los conocimientos necesarios para identificar

factores de riesgo, aconseje a sus pacientes sobre métodos de prevención y pueda hacer un diagnóstico temprano.

Los programas de educación para especialistas y médicos generales son muy importantes, pero es en los años de pregrado es donde se debe establecer en las facultades de medicina un currículo que capacite al estudiante para entender el problema del cáncer, y así preparar a las generaciones futuras con los conocimientos y la habilidad para enfrentar y controlar el problema más afectiva y efectivamente.

### **13.7 Ubicación contextual**

**Ubicación:** Ciudad de Guayaquil. Hospital Teodoro Maldonado Carbo

**Parroquia:** Guayaquil

**Cantón:** Guayas

**Provincia:** Guayas

**País:** Ecuador

### **13.8 Factibilidad**

Es factible, ya que se encuentra con el apoyo de los directivos del Hospital y por trabajar para la institución, aunque no sea en la misma región.

### **13.9 Descripción de la propuesta**

Enseñanza centrada al paciente, es decir, que la educación de los pacientes debe estar orientada a resolver sus dudas ya que se pretende que los pacientes sean los principales responsables del control de su propia enfermedad.

Aprendizaje Activo “Aprender Haciendo”, es decir, que las sesiones deben enfocarse a conceptos básicos y contar con una amplia participación de los pacientes motivando su intervención.

## **13.10 Seminario**

### **MODULO N° 1:**

#### **CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD**

- ¿Qué es el cáncer de pene?
- ¿Cómo evoluciona?
- ¿Cuáles son sus manifestaciones?
- ¿Cuáles son sus complicaciones?

### **MODULO N° 2:**

#### **COMPONENTES DEL TRATAMIENTO**

- Plan de alimentación
- Actividad física
- Consejos dietéticos

### **MODULO N° 3:**

#### **METAS DEL TRATAMIENTO**

- Valoración integral (anamnesis, examen físico)
- Exámenes complementarios (sangre, ecografías, tomografía, etc.)
- Peso corporal

### **MODULO N° 4:**

#### **DESARROLLO DE HABILIDADES, DESTREZAS Y CAPACIDADES**

- Auto monitoreo y autocontrol (metas del tratamiento, control médico periódico)
- Aprendiendo a revisión del aparato genitourinario del hombre y la mujer.

**ACTIVIDADES DEL PROGRAMA QUE SIN CONSTITUIR INDICADORES  
DEBEN CONTEMPLARSE COMO FACTORES A TENER EN CUENTA  
PARA ELEVAR  
LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.**

1. Realizar el diagnóstico de salud de la institución por lo menos una vez al año.
2. Valorar la incidencia y analizar las causas de los retornos al medio familiar, así como las características del paciente y su familia, dándole seguimiento a través del área de salud mensualmente.
3. Comenzar el análisis de factores de riesgo de violencias, maltratos o negligencias del paciente por la familia y los que lo atienden en el hogar, mediante encuestas mensuales con los siguientes criterios:
  - Violencia: Actos de puedan producir dolor, daño, deterioro o enfermedad.
  - Negligencia:
  - Física: Incapacidad de los cuidadores conciente o inconcientemente para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para su óptimo funcionamiento o para evitar un daño.
  - Psicológica: No proporcionar estímulos sociales a un individuo adulto.
  - Económica: No utilizar, malgastar y desviar los fondos disponibles o recursos necesarios para mantener o restaurar la salud y el bienestar del paciente.
  - Abuso psicológico: Conducta que provoca angustia mental en el adulto.
  - Abuso económico o material: Mal uso de los ingresos o recursos de un paciente para ganancia económica o personal del cuidador.
4. Erradicar el mal uso y abuso de fármacos evitando la automedicación, polifarmacia, antagonismos, sinergias y posibilidades de reacciones adversas especialmente en antibióticos, analgésicos y psicotrópicos en coordinación con los comités Fármaco-Terapéutico.
5. Programar y cumplimentar cursos, jornadas, talleres para el personal profesional y



técnico durante el año.

6. Participar y fomentar investigaciones a todos los niveles e intersectorialmente.

## **VALORACIÓN BIOMEDICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL Y FUNCIONAL**

**Valoración biomédica:** (evaluación integral o multidimensional).

Incluye los diagnósticos médicos actuales y pasados, señalando el impacto de la enfermedad tiene sobre la capacidad funcional global del paciente. Incluye además:

- Valoración nutricional (médico y dietista)
- Riesgo de reacciones adversas a fármacos (médicos)
- Riesgo para úlceras por presión (médico)
- Riesgo de caídas (médico)
- Toma en consideración los aspectos o elementos de rehabilitación física (fisiatra, técnico de rehabilitación física y terapeuta ocupacional).
- Evaluación y examen de los pies (médico y pedólogo) para buscar lesiones locales específicas hiperqueratosis, alteraciones tróficas, trastornos de la sensibilidad, úlceras, deformidades que influyen en la estética y dinámica).

**Valoración psicológica:**

- Consiste en evaluar deterioro cognitivo y alteraciones afectivas que repercuten negativamente en la capacidad funcional del anciano, es decir, en las actividades de la vida diaria.
- Debe evaluarse al ingreso y cuantas veces lo requiera el caso por observación del psicólogo o a solicitud de algún miembro del equipo.

**Evaluación social:**

- Consiste en detectar factores de riesgo psicosociales y disfunciones familiares que influyen negativamente en la funcionalidad del paciente.
- Su objetivo es la identificación de problemas sociales del paciente y su familia, que permitan elaborar estrategias de equilibrio biosocial para ambos.
- En esta evaluación del paciente, se observa la alta prioridad de los problemas sociales actuando sobre la salud de los mismos, razón por la cual es de gran importancia alcanzar

un manejo adecuado, pero a la vez es necesario determinar que aspectos deben recogerse y evaluarse para establecer este diagnóstico.

Cuando exista desequilibrio psicosocial de su núcleo familiar. Se puede citar factores como:

- Sentimientos de soledad
- Marginación familiar
- Adaptación al nuevo régimen de atención
- Incapacidad física y mental
- Tristeza
- Temor a la muerte

Sin embargo esta evaluación social pretende restaurar todos estos factores mediante la interrelación con la familia y crear condiciones institucionales que semejan a las condiciones de vida del medio ambiente de donde procede el paciente, optimizando las negativas que hayan sido detectadas por diagnóstico social.

Debe evaluarse al ingreso, cada seis meses y de acuerdo a las características de cada caso cuantas veces sea necesario.

### **Valoración funcional:**

La valoración funcional es realizada por una enfermera entrenada al efecto. Podemos distinguir dos áreas en esta evaluación:

- Las actividades de la vida diaria básicas
- Las actividades de la vida diaria instrumentadas

Las actividades de la vida diaria básicas son aquellas que miden los niveles más elementales de función física (comer, bañarse, vestirse, moverse, convivencia, uso del sanitario).

El fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional valorarán esta parte de la evaluación multidimensional, de acuerdo a su perfil.

Debe aclararse que esta evaluación constituye la discusión diagnóstica de la historia clínica geriátrica, lo que supone un cambio en la metodología de las historias clínicas tradicionales de medicina,

- Diagnóstico realizado (poniéndose en primer lugar el más incapacitante).

### **VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

Una correcta valoración del estado nutricional en el anciano, deberá basarse en los siguientes pilares:

- Historia Clínica
- Medidas antropométricas
- Estudios bioquímicos

#### **Historia clínica:**

Hacer énfasis en enfermedades y hábitos tóxicos que puedan afectar la nutrición del tales como: neoplasias, enfermedades cardio-respiratorias crónicas, diabetes gastrointestinales, intervenciones quirúrgicas, uso de esteroides, ingestión de medicamentos, depresión, demencia, problemas dentales y alcoholismo.

En el examen físico debe prestarse especial atención a la piel, pelo, uñas, conjuntivas, boca. sistema nervioso para buscar signos de malnutrición, además se debe realizar historia clínica dietética detallada teniendo en cuenta pérdida o ganancia de peso, aspectos cuantitativos y cualitativos en los que respecta a proteínas, grasas y a hidratos de carbono, así como los hábitos dietéticos que si es posible deben modificarse o conservarse por la dietista y el equipo.

### **Medidas antropométricas:**

Las más usadas son: peso, talla, pliegue cutáneo y circunferencia de brazo. El índice de peso - tala o índice de Broca, es bien conocido y puede lograrse a través del mismo el índice de masa corporal que es más fidedigno, mediante la siguiente forma:  $I.M.C. = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla en mts.}^2}$

Con los siguientes resultados:

< 18,5 = déficit energético crónico (desnutrido)

18,5 a 19,9 bajo peso

20 a 24,9 normal

25 a 29,9 sobrepeso

> 30 obesos grado II y III

Esto evaluaría el estado nutricional pero es necesario realizar también la calorización de la dieta para aquellos afectos de estos estados o patologías crónicas que lo precisen (diabetes, nefróticos y otros). Ejemplo: Adulto Mayor con estas características: Talla 165cm    Peso actual 130 Ib

### **Para el estado nutricional:**

Se lleva la talla a metros, en este caso es 1,6 mts y se lleva al cuadrado  $1.6 \times 1.6 = 2.56$ .

El peso en Kg es de 65 Kg (talla -100) Se aplica la fórmula y tenemos:  $I.M.C. = \frac{65}{2.56} = 25,4$  (sobrepeso) 2,56

## **EXAMENES COMPLEMENTARIOS PARA LOS PACIENTES CON CANCER DE PENE**

A todos los residentes dispensarizados por cualquiera de los tres criterios establecidos en el Programa, se les realizará anualmente los siguientes exámenes complementarios:

- Radiología tórax
- ECG
- Hemograma
- Eritrosedimentación
- Glicemia
- Serología
- Orina
- Tomografía
- Biopsia

- Creatinina

- Marcadores tumorales

A los pacientes con cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad, se les realizará también examen de colesterol sérico.

En el caso de los diabéticos, la glicemia se les realizará semestralmente como mínimo. En caso necesario, los exámenes complementarios se realizarán con mayor frecuencia.

#### **14. BIBLIOGRAFÍA**

1. **CROKK J.** et ae, J. Urología. 2002 T. intersticial brachytera penile cáncer: an alternative to amputation 167: 506 - 511
2. **CAMPBELL WALSH** Gittes Permutter. 2002 urologia 7ma. Ed.
3. Comité de Redacción Científica de SHC. 2002 Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SHC).
4. **CRUZ A.** et ae 2000 linfadenectomia en el carcinoma escamoso de pene: revisión de nuestra serie. Actas Esp. Urol 24 709 -714.
5. **HORENBLAS S.** BJU 2001; lymphadenectomy for squamous cell carcinoma of the penis. Part 2: the role and technique of lymph node dissection 88: 473 - 83
6. **KRONN BK,** et ae J. urol 2005; patients with penile carcinoma benefit from immediate resection of clinically occult lymph node metastases.
7. **YNCH D,** et ae 2002 Tumors of the penis. Philadelphia: Saunders, editors Campbell's urology 8 th edition p. 2945 - 82.
8. **MCDOUGAL S.** urology 2005 nov; Advances in the treatment of carcinoma of the penis 66: 114-7.
9. **PLÚA PASTOR.** Primera edición 2006 urología practica Quito Ecuador Editorial Edimec pag. 385 - 389.
10. **SOLSONA E.** 2002 cáncer de pene. Actas urol Esp. 26: 525 - 531
11. **SOLSONA E.** et ae, J. urol 2001; prospective validation of association of local stage and clinically negative inguinal.
12. **TANAGHO EMIL,** 2001 Urología general de Smith México DF. Santa Fe de Bogotá, Editorial el Manual Moderno 24: 430 - 433.
13. [www.nlm.nih.gov/2000medlineplus/spanish/ency/article/001276.htm](http://www.nlm.nih.gov/2000medlineplus/spanish/ency/article/001276.htm).
14. [www.traffon.org/2002prepucio.html](http://www.traffon.org/2002prepucio.html).
15. [www.meb.uni-bonn.de/2004cancernet/spanish/101082.html](http://www.meb.uni-bonn.de/2004cancernet/spanish/101082.html)
16. **YNCH DF,** et ae 2002, Tumors of the penis Philadelphia: Saunders, eds: Campbell's Urology. 8 th ed. pp. 2945 - 82.

**15. Anexos**

# ANEXOS



**Encuesta aplicada a los Directivos**

**ANEXO 01.A**

**ENCUESTA**

**TEMA:** “Implementación de un plan de atención integral a usuarios con cáncer de pene de la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo año 2012”

**Objetivo:** Mejorar la calidad de vida de los usuarios con cáncer de pene que acuden al Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Distinguido Doctor:

Solicito a usted su colaboración para que responda la información en el formulario no necesito su nombre, muchas gracias.

1. Existe un programa de atención integral al paciente con cáncer de pene  
Sí                      No
  
2. Brindan educación continua a los profesionales  
Siempre                      A veces                      Nunca
  
3. Existe profesional capacitado, de acuerdo a la especialidad  
Mucho                      Poco                      Nada
  
4. El paciente con cáncer de pene recibe valoración del equipo multidisciplinario  
Sí                      No                      A veces



5. Cree usted que la implementación de un plan de atención mejoraría la calidad de vida de estos pacientes

Mucho                      Poco                      Nada

6. El paciente con cáncer de pene recibe visita de la trabajadora social, conociendo las complicaciones que produce la enfermedad

Siempre                      Frecuente                      Nunca

7. Cree usted que existe personal suficiente para brindar atención a los pacientes con cáncer de pene

Mucho                      Poco                      Nada

8. Existe equipo e insumos suficientes para el tratamiento del paciente con cáncer de pene

Siempre                      Frecuente                      Poco frecuente

9. La programación quirúrgica cumple, con la demanda de pacientes.

Sí                      No                      A veces

10. En el POA de la institución existe algún objetivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes que son atendidos en la consulta externa

Sí                      No                      A veces



**Encuesta aplicada a los médicos**

**ANEXO 02.A**

**ENCUESTA**

**TEMA:** “Implementación de un plan de atención integral a usuarios con cáncer de pene de la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo año 2012”

**Objetivo:** Mejorar la calidad de vida de los usuarios con cáncer de pene que acuden al Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Distinguido Doctor:

Solicito a usted su colaboración para que responda la información en el formulario no necesito su nombre, muchas gracias.

1. El paciente conoce el estadio de la enfermedad  
Conoce                      Conoce poco                      Desconoce
  
2. Le realizan biopsia al paciente con cáncer de pene  
Siempre                      Algunas veces                      Nunca
  
3. Realiza la valoración de los sistemas cardiorrespiratorio y genitourinario  
Todos los pacientes                      Algunos pacientes                      Ninguno
  
4. Realiza exámenes complementarios  
Laboratorio                      Imágenes                      Patología

5. Están normatizados los exámenes a realizarse para diagnosticar cáncer de pene  
Sí                      No
  
6. Existe un programa de atención integral para los pacientes con cáncer de pene  
Sí                      No
  
7. Solicita apoyo a la Trabajadora Social  
Si                      No                                      A veces
  
8. El paciente cumple a la cita médica  
Frecuente              Poco Frecuente                      No Asiste
  
9. El paciente a la cita médica asiste con familiares  
Siempre                      Algunas veces                                      Nunca
  
10. Los familiares son participes del tratamiento  
Sí                      No                                      A veces



7. Usted permanece al lado del paciente cuando le realizan la biopsia

Siempre

Algunas veces

Nunca

8. Brinda educación sobre la alimentación a seguir

Sí

No

A veces

9. Existen normas para la atención al paciente con cáncer de pene

Sí

No

10. Realiza visita domiciliaria

Sí

No

A veces



**Encuesta aplicada al paciente**

**ANEXO 03**

**TEMA:** “Implementación de un plan de atención integral a usuarios con cáncer de pene de la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo año 2012”

**Objetivo:** Mejorar la calidad de vida de los usuarios con cáncer de pene que acuden al Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Distinguido señor:

Solicito a usted su colaboración para que responda la información en el formulario no necesito su nombre, muchas gracias.

5. Cuando asiste a la unidad de salud le realizan el examen físico

Sí                      No                      A veces

2. El personal de enfermería le controla los signos vitales

Sí                      No                      A veces

3. El personal de enfermería le controla el peso

Sí                      No                      A veces

4. Le gustaría asistir a capacitaciones referente a su enfermedad

Sí                      No

5. Le brindan educación a usted y su familia sobre la enfermedad que padece

Sí                      No                      A veces

6. Le guían cuando le mandan una ínter consultas

Siempre                      A veces                      Nunca

Le informan sobre el estado de la enfermedad

Sí                      No

Usted trabaja

Si                      No

9. Asiste a la consulta con familiar

Siempre                      A veces                      Nunca

10. Usted recibe apoyo psicológico por profesionales de la institución

Siempre                      Algunas veces                      Nunca

# **IMÁGENES DE PACIENTES CON CANCER DE PENE**













