

Acompañamiento telefónico de pacientes post prostatectomía radical: revisión sistemática¹

Luciana Regina Ferreira da Mata²

Ana Cristina da Silva³

Maria da Graça Pereira⁴

Emilia Campos de Carvalho⁵

Objetivo: evaluar y sintetizar las mejores evidencias científicas de ensayos clínicos aleatorizados sobre acompañamiento telefónico de pacientes post prostatectomía radical, a partir de informaciones sobre las llamadas telefónicas son efectuadas y los efectos clínicos y psicológicos para los individuos que recibieron esa intervención. **Método:** la búsqueda fue efectuada en las bases electrónicas Medline, Web of Science, Embase, Cinahl, Lilacs y Cochrane. De las 368 referencias encontradas, cinco fueron seleccionadas. **Resultados:** dos estudios testaron intervenciones dirigidas al apoyo psicológico y tres testaron intervenciones dirigidas a los efectos físicos del tratamiento. La intervención psicoeducativa para la gestión de la incertidumbre referente a la enfermedad y al tratamiento mostró evidencias estadísticamente significativas, redujo el nivel de la incertidumbre y de la angustia generada por esta. **Conclusión:** fue posible determinar los efectos benéficos del acompañamiento telefónico, siendo una herramienta útil para el acompañamiento de pacientes post prostatectomía.

Descriptores: Prostatectomía; Educación en Salud; Teléfono; Alta del Paciente.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Efectividad de un programa de educación para la atención domiciliar de los pacientes sometidos a prostatectomía radical: ensayo clínico randomizado" presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 141377/2010-0.

² Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becario del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

³ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Universidade Federal de São João del Rei, Divinópolis, MG, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

⁵ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Emilia Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: ecdcava@usp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La educación del paciente en el postoperatorio es fundamental para proveer conocimiento adecuado al individuo para el autocuidado en el ambiente domiciliario, y así reducir la ocurrencia de complicaciones tras el alta y mejorar su recuperación y calidad de vida⁽¹⁾.

Las intervenciones educativas relacionadas a la preparación del individuo para el alta hospitalario deben tener como prioridades: aumento del conocimiento del individuo sobre el autocuidado y promoción de cambio de comportamiento para estímulo al autocuidado⁽¹⁾.

El diagnóstico de cáncer de próstata puede resultar en angustia y estrés al paciente, principalmente relacionado a la incertidumbre respecto al tratamiento y a la recuperación⁽²⁻³⁾. La prostatectomía radical es el procedimiento más utilizado entre los diferentes tratamientos para este tipo de cáncer, pero puede causar cambios en la calidad de vida, ya que el paciente puede sufrir de incontinencia urinaria e impotencia sexual, entre otros síntomas, derivadas del procedimiento quirúrgico⁽³⁻⁴⁾.

Educación y asesoramiento son elementos regulares e indispensables en la prestación del cuidado a hombres sometidos a este tipo de cirugía, tanto en el pre como en el postoperatorio. Estos elementos deben ser dirigidos al fornecimiento de las mejores informaciones referentes a la preparación de los pacientes para los cuidados relacionados a la herida operatoria y al manejo de la sonda vesical de demora en domicilio, y también al enfrentamiento de los efectos colaterales físicos, tales como incontinencia urinaria y disfunción eréctil, y el consecuente sufrimiento psicológico que estos efectos traen a los hombres y sus esposas⁽³⁻⁵⁾.

Como resultado de la disminución de la permanencia hospitalaria, hay pocas oportunidades para orientación de los pacientes y respuestas a sus preocupaciones^(3,6-7). Además, grande parte de las complicaciones ocurre en el domicilio⁽¹⁾. Así, el acompañamiento tras el alta hospitalario es esencial para que el paciente y su familia estén preparados para el autocuidado y para cambios en el estilo de vida. Otro beneficio es la creación de vínculo entre el equipo de salud y los pacientes, lo que puede propiciar mayor confianza en los profesionales y sentimiento de seguridad antes preocupaciones y dudas^(2,8).

Información escrita, rol de elementos de enseñanza aplicados en el hospital para garantizar la consistencia de la educación al paciente, involucramiento de la pareja en sesiones de enseñanza y el acompañamiento por teléfono tras su salida del hospital han sido identificados como estrategias importantes para el desarrollo de programas educativos⁽⁹⁾, incluso para alta⁽¹⁾.

Intervenciones relacionadas a la educación en el postoperatorio de prostatectomía radical, incluso el acompañamiento por teléfono, pueden potencializar la recuperación física del individuo, el bienestar emocional y la adhesión al autocuidado tras el alta hospitalario ya que, consciente de lo que irá enfrentar y como hacer para minimizar los efectos, el paciente se sentirá más seguro⁽³⁾. La estrategia de acompañamiento y enseñanza practicada por profesionales de salud vía teléfono fornece un apoyo valioso a los pacientes y permite reforzar las orientaciones para alta, manejo de síntomas, troca de informaciones, identificación previa de señales de complicaciones, además de la clarificación de dudas y preocupaciones. El principal objetivo de este tipo de intervención es aumentar la adhesión a los cuidados post-alta y facilitar la transición entre el hospital y el regreso para casa. Eso disminuye el estrés y aumenta el conocimiento de los pacientes para lidiar con los síntomas, lo que resulta en un aumento de la confianza en la relación paciente-profesional y de calidad del servicio tras el alta hospitalario⁽⁷⁻⁸⁾.

El método de acompañamiento por teléfono ha sido usado principalmente como una forma de seguimiento de aquellos pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, no caracterizados como pacientes de gran riesgo, permitiéndoles llevar una vida tan normal como posible y lejos del ambiente hospitalario. Es una estrategia de cuidado considerada mejor para el servicio, porque reduce la carga de trabajo en el sistema convencional de acompañamiento en ambulatorio, permitiendo que los profesionales se concentren en el cuidado a pacientes que realmente necesitan de atención hospitalaria^(6,10), lo que consecuentemente también reduce los gastos con posibles readmisiones⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Hay una variedad de aspectos que abarcan el seguimiento por teléfono, por ejemplo la frecuencia, la duración y el momento del alta en que inicia la llamada, el profesional que la efectúa, el objetivo de los contactos telefónicos, el formato y el contenido tratado⁽⁷⁻⁸⁾.

Ante esas consideraciones, se consideró pertinente evaluar y sintetizar las mejores evidencias científicas sobre el acompañamiento telefónico de pacientes post prostatectomía radical y obtener informaciones sobre como las llamadas telefónicas son efectuadas y los efectos clínicos y psicológicos para los individuos que recibieron esa intervención.

Métodos

Se trata de una revisión sistemática de la literatura que busca reunir todas las evidencias disponibles, según los criterios de elegibilidad pre-especificados, para responder

a una pregunta de investigación específica. Utiliza método sistemático, proporcionando resultados más confiables a partir del cual es posible extraer conclusiones y tomar decisiones⁽¹²⁾.

Con base en el método para revisión de la Cochrane, las etapas seguidas en esta revisión sistemática fueron: definición de la pregunta de investigación y de los criterios de inclusión, búsqueda y selección de los estudios, recolecta de datos, evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos, análisis de los datos, identificación de vieses, resumen y presentación de los resultados en tablas, interpretación de los resultados y presentación de las conclusiones⁽¹²⁾.

Así, la pregunta orientadora para alcanzar el objetivo propuesto fue: "¿Cuáles los efectos del uso del teléfono en el seguimiento de pacientes tras prostatectomía?".

Los criterios de inclusión de los artículos fueron: ensayos clínicos (incluyendo estudios no controlados, estudios controlados y ensayos clínicos aleatorizados y controlados)⁽¹³⁾, publicados en inglés, portugués o español, desarrollados con pacientes sometidos a prostatectomía radical y que utilizaron la llamada telefónica como la intervención para acompañamiento post-alta. No fue limitado el tiempo de publicación en la búsqueda porque se trata de un diseño de estudio específico, aumentando así su fuerza de evidencia científica.

La búsqueda de los estudios fue efectuada en seis bases electrónicas: *Medical Literature Analysis and*

Retrieval System on-line (Medline), *Web of Science*, *Excerpta Médica* (EMBASE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) y en el *Cochrane Central Register of Controlled Trials* de la Cochrane Library.

Fueron utilizados los descriptores controlados del vocabulario MeSH del *U.S. National Library of Medicine* (NLM) "prostatectomy", "telenursing", "telephone" y "hotlines". Fue adoptado el operador booleano AND para combinaciones restrictivas del descriptor "prostatectomy" con los demás. A partir de las referencias de los artículos seleccionados, fue efectuada la búsqueda manual de artículos que no fueron encontrados en las bases de datos.

Mediante los descriptores citados arriba, fueron encontrados 368 artículos. Sin embargo, entre estos, 363 fueron excluidos: tema diferente (179); duplicidad (143); teléfono para recolecta de datos (30); diseño de estudio diferente - cuatro descriptivos, dos cualitativos y una revisión narrativa (7); editorial (1); protocolo de investigación (1); idioma - japonés (1); acompañamiento telefónico en hombres con cáncer de próstata sin especificar tratamiento (1). Se subraya que, a partir de la estrategia de búsqueda de estudios por las referencias de los artículos seleccionados, no fue encontrado ningún ensayo clínico. La Tabla 1 describe los motivos de la exclusión de los artículos y sus respectivas bases de datos.

Tabla 1 - Selección de publicaciones de bases de datos, según los criterios establecidos para la exclusión de estudios. Brasil, 2013

Criterios de exclusión	PubMed (n=76)	CINAHL (n=13)	Web of Knowledge (n=84)	EMBASE (n=183)	Cochrane (n=9)	Lilacs (n=3)	Total
No relacionado al tema	50	3	22	102	0	2	179
Teléfono para recolectar datos	16	3	4	7	0	0	30
Idioma	1	0	0	0	0	0	1
Duplicidad	0	5	54	74	9	1	143
Protocolo de Investigación	1	0	0	0	0	0	1
Estudio descriptivo	4	0	0	0	0	0	4
Estudio cualitativo	2	0	0	0	0	0	2
Editorial	1	0	0	0	0	0	1
Revisión narrativa	0	1	0	0	0	0	1
Acompañamiento cáncer	0	0	1	0	0	0	1
Total de artículos excluidos	75	12	81	183	9	3	368
Muestra	1	1	3	0	0	0	5

Para extraer los datos, fue utilizado un instrumento basado en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, que identifica los siguientes datos: título, revista, banco de datos, año de publicación, local

de recolecta de datos, objetivo, detalles metodológicos, intervenciones, medidas de desfecho y análisis estadístico, resultados, implicaciones para la práctica, nivel de evidencia y *score* de Jadad⁽¹⁴⁾.

El score de Jadad evalúa la calidad metodológica del estudio⁽¹⁴⁾. Un punto es concedido para cada respuesta positiva caso el estudio sea descrito como aleatorizado, si es doble ciego y si hay descripción de las exclusiones y pérdidas de la muestra estudiada. Adicionalmente, atribuye otro punto para cada elemento caso la aleatorización y el cegado sean adecuados. Sin embargo, si considerados inadecuados, es retirado un punto de cada elemento. El total puede variar entre cero y cinco. Notas mayores o iguales a tres revelan estudios con calidad metodológica adecuada.

Resultados

De los cinco artículos seleccionados, uno fue encontrado en la base de datos PubMed⁽¹⁵⁾; uno en CINAHL⁽¹⁶⁾; y tres en la Web of Knowledge⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Los periódicos en que los estudios fueron publicados son: Urologic Nursing⁽¹⁶⁾; Urology⁽¹⁵⁾; Cancer⁽¹⁸⁻¹⁹⁾; y International Journal of Urological Nursing⁽¹⁷⁾. La Figura 1 describe detalladamente todos los estudios respecto al objetivo, muestra, datos sobre la intervención por teléfono, resultados e implicaciones.

Autor, año, país	Objetivo / Muestra	Detalles relacionados a la intervención por teléfono	Resultados	Implicaciones respecto al uso del teléfono
Moore et al, 2008, Canadá	<p>Testar la efectividad del Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico (PFMT) semanal por fisioterapeuta para incontinencia versus un único entrenamiento de PFMT y apoyo por contacto telefónico.</p> <p>Grupo Controle (apoyo): 99 Grupo Intervenção (PFMT): 106</p>	<p>Enfermera urológica, cuatro semanas después de la cirugía, con duración media de 15 minutos y frecuencia semanal en los tres meses iniciales; y mensuales después de ese período, hasta completar un año.</p> <p>Entrenamiento PFMT, informaciones sobre manoseo del catéter, infección urinaria, medicación, función eréctil, recuperación emocional y asesoramiento.</p>	<p>Síntomas urinarios y la calidad de vida (International Prostate Symptom Score – IPSS / QOL): leves síntomas en el preoperatorio; regreso al nivel basal en ocho semanas*; QOL: peor respuesta durante las primeras cuatro semanas (período de mayor incontinencia)*</p> <p>Percepción de la incontinencia (Cuestionario tipo Likert): en un año, fue relatado como “no problemática” por el 55% Grupo Control y 53% grupo intervención; “un poco problemática” por 41% y 38%; y “muy problemático” por 4% y 9%, respectivamente.</p> <p>Costes: menores con el grupo control (recibió apoyo).</p>	<p>Instrucciones verbales y escritas aliadas al acompañamiento telefónico se revelaron tan eficaces cuanto el PMFT intensivo practicado por terapeutas, pero más económico. Apoyo e incentivo recibidos fueron más valorizados durante las primeras 12 semanas.</p>
Mishel et al, 2002 Estados Unidos	<p>Testar la efectividad de una intervención por teléfono directamente al paciente o ampliada a un familiar para gestión de la incertidumbre relacionada a la enfermedad y al tratamiento.</p> <p>239 hombres (134 caucasianos y 105 afro-americanos)</p>	<p>Enfermera entrenada, semanal durante ocho semanas consecutivas. Una entrevista semiestructurada evaluó las preocupaciones e incertidumbres relacionadas al cáncer.</p> <p>Informaciones sobre sus problemas; ejercicios de Kegel para incontinencia y métodos para la impotencia; habilidades de una comunicación asertiva; encorajó los familiares a discutir los síntomas y ofreció informaciones sobre como ayudar en su gestión.</p>	<p>Reformulación cognitiva (subescala del Self Control Scale): grupo intervención complementado comparado al grupo control en los primeros cuatro meses† (P= 0,009).</p> <p>Comunicación paciente x profesional (Cuestionario):*</p> <p>Conocimiento sobre cáncer (Cancer Knowledge Scale):*</p> <p>Control de los efectos colaterales del tratamiento (Symptom Distress Scale): †(P=0,02); esa diferencia fue mayor entre los caucasianos en el grupo intervención complementado (P=0,02). El número medio de síntomas relatado por el grupo intervención comparado al grupo control del cuarto al séptimo mes fue menor† (P= 0,02). La intensidad de los síntomas relatados disminuyó a lo largo del tiempo para todos los grupos (P=0,001), no difiriendo entre los grupos intervención.</p> <p>Disfunción eréctil:*</p> <p>El período de los cuatro meses iniciales fue considerado más oportuno para intervención psicoeducativa por ser más crítico.</p>	<p>Intervención directa o ampliada a un familiar resultó en mejora significativa en la gestión de la incertidumbre.</p> <p>GRUPO INTERVENCIÓN relató control sobre el flujo de orina del inicio al cuarto mes del estudio. Aunque era eficaz en la resolución de problemas, está intervención no influyó en la intensidad de los síntomas.</p>
Campbell et al 2007 Estados Unidos	<p>Evaluar la viabilidad y efectividad del entrenamiento de habilidades de enfrentamiento con relación a la enfermedad (CST) en hombres afro-americanos y en sus compañeras íntimas.</p> <p>Grupo Control: 18 Grupo Intervención: 12</p>	<p>Psicólogos doctores en seis sesiones semanales con una hora de duración cada.</p> <p>Informaciones sobre cáncer de próstata, sus efectos físicos de largo plazo y en la vida de la pareja; habilidades para la gestión de los síntomas, resolución de problemas y comunicación; técnicas de relajamiento muscular; y plan de manutención del enfrentamiento.</p>	<p>Auto-eficacia (Self-Efficacy for Symptom Control Inventory – SESCOI):*</p> <p>Auto-eficacia compañeras (Self-Efficacy for Symptom Control Inventory – SESCOI):*, sin embargo, los miembros del grupo intervención demostraron menor depresión y fatiga y mayor vigor.</p> <p>Calidad de vida de las compañeras (Profile of Mood States-Short Form POMS-SF y el Caregiver Strain Index CSI):*, grupo intervención declararon efecto moderado de depresión y fatiga, mayor vigor y menor tensión.</p> <p>87% de las parejas del grupo intervención describieron la intervención CST como benéfica.</p>	<p>Entre las habilidades enseñadas, la comunicación fue considerada como la más valiosa.</p> <p>Esta forma de intervención es una promesa para mejorar la fase postoperatoria. Demostró potencial para ayudar en la vida de la pareja íntima.</p>

La figura 1 continúa en la próxima pantalla

Autor, año, país	Objetivo / Muestra	Detalles relacionados a la intervención por teléfono	Resultados	Implicaciones respecto al uso del teléfono
Jensen et al, 2011 Dinamarca	Investigar la eficacia de consultas telefónicas (TC) por enfermeras en el postoperatorio inmediato tras prostatectomía radical; su optimización en la rehabilitación y la satisfacción del paciente. Grupo Control: 49 Grupo Intervención: 46	Enfermeras clínicas especializadas tres días tras el alta, con duración de 15 minutos utilizando una entrevista semiestructurada.	Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios: Satisfacción, sentido de seguridad y incomodidad postoperatoria: * Eficacia global: * Incomodidad intestinal: reducido en el 24%† (P=0,03). Casi el 70% de los hombres de ambos grupos relataron problemas de incontinencia y la constipación estaba presente en el 40% de ellos. Más que el 50% relató dolor y el 75% desempeño limitado en las actividades. 26% relató la necesidad de la atención de otros profesionales. La rehabilitación fue significativamente mejor en aquellos que consideraron la TC como útil en el grupo intervención.	Los pacientes en general fueron suficientemente educados en la gestión de cuestiones clínicas en el postoperatorio. Acompañamiento telefónico puede ser considerado un servicio adicional en la rehabilitación.
Inman, et al, 2011 Estados Unidos	Determinar si el acompañamiento educacional por teléfono (TFU) tras prostatectomía radical aumenta la comprensión del paciente sobre la gestión de sus cuidados en casa; si disminuye su búsqueda por recursos de salud; si aumenta la satisfacción e identificar las posibles preocupaciones de los pacientes 30 días después del alta. Grupo Control: 30 Grupo Intervención: 30	Enfermera urológica, tres a cinco días tras el alta, con duración de 10 minutos. Protocolo contenía preguntas "¿cómo está haciendo?"; "¿ya tuvo problemas o preocupaciones desde su alta?". Según la necesidad, el refuerzo era ofrecido. Evaluó la comprensión sobre la gestión del cuidado en domicilio, el uso de recursos y posibles dudas.	Comprensión del paciente sobre gestión de su salud y medicamentos (The 3-item Care Transitions Measure CTM-3): * 34% del grupo control (10/29) y 17% del grupo intervención (5/30) identificaron tópicos que les gustaría haber recibido antes del alta. Aunque los materiales escritos trataran de informaciones significativas sobre cuidados postoperatorios, fueron identificadas otras preocupaciones a través de la experiencia vivida de cada participante. Incluso con las informaciones siendo enseñadas de forma verbal y escrita, muchos pacientes relataron dificultades en recordarles. Llamadas telefónicas fueron efectuadas más veces por participantes del grupo control, que también tenían un número mayor de dudas sobre sus cuidados. La mayoría de las preocupaciones relatadas por los participantes pueden ser sanadas por la enfermería.	La estrategia aumentó la recordación del paciente respecto a las informaciones recibidas cuando del alta hospitalario y sanó otras preguntas advenidas de su vivencia en casa. Fue relatada por los pacientes como útil y redujo la necesidad de utilizar otros recursos.

* Sin diferencia estadísticamente significativa

† Con diferencia estadísticamente significativa

Figura 1 - Características de los ensayos clínicos incluidos en la revisión sistemática respecto al acompañamiento telefónico tras prostatectomía radical

En la evaluación de los estudios mediante la escala de Jadad, tres^(15,17-18) alcanzaron la nota tres, ya que eran aleatorizados, describían de manera satisfactoria el proceso de aleatorización y relataban las pérdidas en la muestra; dos^(16,19) alcanzaron la nota dos, ya que no describían la forma de aleatorización. Se destaca que ninguno de los cinco estudios era doble ciego.

Dos artículos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ testaron, mediante el acompañamiento telefónico, intervenciones dirigidas al apoyo psicológico. Uno testó la gestión de la incertidumbre debida a la falta de conocimiento y preocupaciones, ofrecida directamente al paciente y ampliada a un familiar⁽¹⁸⁾, y otro un entrenamiento de habilidades para enfrentamiento de los efectos adversos del tratamiento⁽¹⁹⁾.

Los demás estudios⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ testaron intervenciones dirigidas a los efectos físicos del tratamiento, tales

como el entrenamiento muscular del suelo pélvico para incontinencia urinaria⁽¹⁵⁾ y refuerzo de las informaciones fornecidas cuando del alta para gestión del cuidado en domicilio⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Contenido de las llamadas

En dos estudios⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, el contenido de las llamadas fueron informaciones sobre cáncer de próstata, los síntomas advenidos del tratamiento, métodos para administrarlos y la enseñanza de habilidades para mejorar la comunicación. Uno de ellos⁽¹⁹⁾ también enseñó técnicas de relajamiento y formuló un plan para enfrentamiento de la enfermedad y tratamiento.

Otros contenidos tratados fueron el entrenamiento muscular del suelo pélvico asociado con informaciones sobre manoseo del catéter urinario, prevención de infección

urinaria, medicación, disfunción eréctil, recuperación emocional y asesoramiento⁽¹⁵⁾.

Algunos autores describieron la utilización de un protocolo para el acompañamiento telefónico, con preguntas sobre la gestión del cuidado en domicilio y sobre dudas o preocupaciones⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Profesionales responsables y duración de las llamadas

Las llamadas telefónicas dirigidas a los efectos físicos fueron efectuadas por enfermeras urológicas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. En dos estudios, fue efectuada una llamada, tres a cinco días después del alta, con duración entre 10 y 15 minutos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾; otro estudio inició las llamadas cuatro semanas después de la cirugía, con duración media de 15 minutos y frecuencia semanal durante los tres meses iniciales y posteriormente mensuales, durante un año, totalizando 21 llamadas⁽¹⁵⁾.

Las intervenciones por teléfono relacionadas a factores psicológicos, por otro lado, fueron efectuadas por enfermeras que recibieron capacitación⁽¹⁸⁾ y por psicólogos⁽¹⁹⁾, con frecuencia semanal, totalizando seis a ocho llamadas. La duración de las llamadas fue citada solamente en uno de los estudios⁽¹⁹⁾, en que psicólogos efectuaban la intervención en una hora. Se destaca que los autores de ambos estudios no citaron el período inicial de la intervenciones.

Resultados medidos

Los resultados medidos fueron incontinencia urinaria⁽¹⁵⁾; calidad de vida^(15,19); preocupaciones/incertidumbres^(16,18); control de los efectos adversos del tratamiento⁽¹⁸⁾; auto eficacia⁽¹⁹⁾; gestión del cuidado en domicilio⁽¹⁶⁾; uso de recursos médicos en el período postoperatorio⁽¹⁶⁾; satisfacción⁽¹⁶⁻¹⁷⁾; seguridad respecto a los cuidados a ser realizados en domicilio⁽¹⁷⁾ y rehabilitación con relación al manejo del catéter urinario, tratamiento de heridas, dolor, función intestinal y actividades de vida diaria⁽¹⁷⁾.

Para evaluar la incontinencia urinaria fue utilizado *24 Hour Pad* y el *Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)*⁽¹⁵⁾. Los resultados no fueron significativos entre los grupos, pero se detectó que el período de mayor incontinencia son los cuatro meses iniciales.

Para evaluar la incertidumbre/preocupaciones, se utilizó las escalas *Mishel Uncertainty in Illness Scale* y *Self-Control Scale* con sus sub-escalas "reformulación cognitiva" y "resolución de problemas" asociadas a una entrevista semiestructurada⁽¹⁸⁾, además de auto relato⁽¹⁶⁾. La incertidumbre declinó significativamente ($P=0,01$), con diferencias entre los grupos para reformulación cognitiva ($P=0,005$) y resolución de problemas ($P=0,009$), principalmente en los cuatro meses iniciales

($P=0,05$)⁽¹⁸⁾. Las preocupaciones relatadas fueron los efectos colaterales del tratamiento, como incontinencia y problemas de erección⁽¹⁸⁾; además de espasmos en la vejiga, hinchazón escrotal, dolor, constipación, nivel de actividad física⁽¹⁶⁾ y la comunicación con el profesional⁽¹⁸⁾ (Figura 1).

La calidad de vida fue evaluada mediante el *International Prostate Symptom Score - IPSS*⁽¹⁵⁾, *Expanded Prostate Cancer Index Composite - EPIC* (con sus dominios sobre la función urinaria, función intestinal, función hormonal, entre otros) y el *Physical Function and Mental Health Scales of the Short Form-36 Health Survey - SF-36*⁽¹⁹⁾. No fueron encontradas diferencias significativas entre los grupos en los estudios analizados, pero se constató que, después de un año, la incontinencia urinaria no más interfería en la calidad de vida ($P=0,001$)⁽¹⁵⁾, y que la función intestinal demostró efecto significativa, ante la disminución en el incómodo consecuente al tratamiento ($P=0,042$)⁽¹⁹⁾.

Mediante el instrumento *Symptom Distress Scale*, se evaluó el control de los efectos adversos del tratamiento⁽¹⁵⁾. De acuerdo con los elementos específicos sobre cáncer de próstata, hombres del grupo de intervención demostraron un mejor control del flujo urinario ($P=0,03$), principalmente durante los primeros cuatro meses del estudio ($P=0,01$) (Figura 1).

El uso de recursos médicos durante el período postoperatorio⁽¹⁶⁾ fue verificado a partir del auto-relato. Sesenta por ciento de los hombres del grupo control utilizaron recursos no planeados, tales como visitas al médico, contra 47% del grupo intervención, siendo que, entre estos, cuatro (28,5%) utilizaron los recursos antes de recibir la intervención. Respecto a la rehabilitación⁽¹⁷⁾, reducciones fueron clínicamente relevantes en los dominios control del dolor (23%), manejo del catéter urinario (18%) y tratamiento de heridas (13%).

Discusión

El tratamiento para el cáncer y sus efectos adversos implican en incertidumbres y sufrimiento psicológico a los individuos. Intervenciones con objeto de reducir esos efectos son válidas para mejorar la calidad de vida del paciente. Una investigación desarrollada en Estados Unidos con pacientes sometidos a trasplante de células madre verificó la efectividad de una terapia cognitivo-comportamental vía teléfono ofrecida por psicólogos y alcanzó como resultado la reducción en el estrés post-traumático generado por el procedimiento y su consecuente angustia y depresión⁽²⁰⁾. Mejoras significativas también fueron observadas en un estudio de la muestra donde fue posible reducir la

incertidumbre y consecuentemente la angustia generada por la prostatectomía radical ($P= 0,01$)⁽¹⁸⁾.

Respecto a las complicaciones físicas, la incontinencia urinaria es la que ocurre con mayor frecuencia y afecta la autoestima del paciente, favoreciendo la ocurrencia de dermatitis e infecciones urinarias constantes⁽⁵⁾. Para corregir esta alteración existen diferentes tipos de tratamiento, clasificados en conservativos e invasivos. La forma más común de tratamiento conservativo es el entrenamiento muscular del suelo pélvico, que consiste en contracciones repetidas y progresivas de la musculatura para refuerzo del suelo pélvico y consecuente mejora de la función vesical. Evidencias muestran que pacientes que practican sesiones de este entrenamiento revierten ese cuadro más rápidamente, comparados a aquellos que no reciben cualquier tipo de intervención⁽²¹⁾.

No hay un consenso en la literatura respecto al período inicial de entrenamiento o cuantos ejercicios o sesiones son necesarios. Tampoco hay relatos sobre el beneficio del acompañamiento telefónico adicionalmente a esa intervención. Uno de los estudios de la muestra utilizó el acompañamiento telefónico como adicional a un único entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, practicado cuatro semanas después de la prostatectomía radical⁽¹⁵⁾ y constató que esa junción se mostró tan eficaz cuanto el entrenamiento directamente con el paciente, además de generar menor carga y propiciar la resolución de sus dudas.

Un aspecto relevante indicado por uno de los estudios⁽¹⁵⁾ fue el período de mayor criticidad para la incontinencia urinaria, que fueron los cuatro meses iniciales después de la cirugía. Este hallazgo fue reafirmado por otro artículo de la muestra, que consideró este período como el más pertinente para una intervención psicoeducativa⁽¹⁸⁾.

La incontinencia urinaria y la disfunción sexual derivadas de la cirugía también influyen negativamente en la relación conyugal y la calidad de vida de la pareja, con el desarrollo de sufrimiento psíquico, fatiga y cambios en la vida social y sexual, siendo necesarias intervenciones que minimicen esos efectos⁽⁵⁾.

Con este propósito, un estudio de la muestra testó habilidades de enfrentamiento relacionados a la enfermedad en pacientes y sus esposas⁽¹⁹⁾, constatando que, incluso sin identificar diferencias significativas entre los grupos, mejoraron la depresión y fatiga de las mujeres que recibieron la intervención, aumentando el vigor de la pareja. Investigadores americanos corroboran este hallazgo después de verificar que una intervención practicada por enfermeras a través de visitas y contacto telefónico, utilizando un protocolo estandarizado, obtuvo una modesta mejora en la función sexual y en la relación

conyugal del casal, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos⁽³⁾.

Otra cuestión importante tratada en los estudios de la muestra es la relación entre el acompañamiento telefónico y la disminución de la búsqueda por recursos de salud⁽¹⁶⁾. Aunque resultados significantes no hayan sido encontrados, los pacientes del grupo intervención utilizaron menos recursos en el período postoperatorio, reduciendo el número de readmisiones y, consecuentemente, produciendo economía para el sector de salud. Un hospital en Estados Unidos, tras experimentar el acompañamiento telefónico de sus pacientes, principalmente aquellos sometidos a cirugías cardíacas, constató una disminución en las readmisiones y un aumento en la satisfacción de sus clientes⁽¹¹⁾.

El refuerzo de las orientaciones fornecidas durante el alta hospitalario también es viabilizado mediante contacto telefónico, facilitando el difícil proceso de transición entre el alta y el cuidado domiciliario. Investigadores chinos constataron la viabilidad del acompañamiento telefónico por enfermeras especialistas en el cuidado a pacientes post-estomas intestinales⁽²²⁾. Además de reforzar las informaciones que fueron concedidas en el período del alta, este fue un momento oportuno para resolución de problemas, como la corrección del manoseo inadecuado del estoma. Uno de los estudios de la muestra también reafirma esta viabilidad, e identificó que los pacientes prostatectomizados, aunque recibiendo informaciones orales y escritas en el alta hospitalario, se olvidan de las orientaciones y viven otras preocupaciones en el domicilio que no fueron esclarecidas durante la hospitalización⁽¹⁶⁾.

Consideraciones finales

Tras analizar los cinco estudios de la muestra, es posible resumir el uso del teléfono como estrategia de acompañamiento post-alta con objeto de evaluar el conocimiento del paciente, discutir las preocupaciones y ofrecer ayuda para enfrentarlas, monitorear síntomas físicos y psicológicos, y también incentivar cambios comportamentales y en el estilo de vida.

Solamente el estudio que testó una intervención psicoeducativa para la gestión de la incertidumbre referente a la enfermedad y al tratamiento mostró evidencias estadísticamente significativas relacionadas al acompañamiento telefónico post-prostatectomía, con reducción significativa del nivel de la incertidumbre y de la angustia generada por esta.

Sin embargo, se pudo identificar que el uso del teléfono en el seguimiento de pacientes post-prostatectomía cuando comparados a los avances del

grupo control también redujo la búsqueda por servicios de salud, ayudó en el control de los efectos adversos como la incontinencia urinaria, reforzó informaciones que fueron ofrecidas cuando del alta, sanó las dudas derivadas de la experiencia del cuidado domiciliario, redujo alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión en los pacientes y sus esposas y enseñó habilidades para la gestión de la disfunción sexual.

La diversidad de las intervenciones practicadas y los diferentes desenlaces mensurados en los estudios de la muestra imposibilitaron el análisis estadístico de los resultados encontrados. Tal diversidad también dificultó inferir sobre cual el mejor momento, cantidad y frecuencia para realización de las llamadas telefónicas.

Sin embargo, se consideró importante realizar el presente estudio para determinar los efectos benéficos del acompañamiento telefónico en esta modalidad quirúrgica. Con la reducción del período de internación, el tiempo para fornecimiento de orientaciones para el alta ha sido diminuto y, así, el acompañamiento telefónico resulta una herramienta útil para que enfermeros y demás profesionales puedan actuar en este período de transición, con el fin de proporcionar mejora de la calidad de vida en salud de los pacientes y de sus familiares.

Referencias

1. Fredericks S, Guruge S, Sidani S, Wan T. Postoperative Patient Education: A Systematic Review. [Revisão]. *Clin Nurs Res*. [Internet]. 2010. [acceso 10 nov 2012]; 19(2):144-64. Disponible em: <http://cnr.sagepub.com/content/19/2/144>
2. D Lambert S, Girgis A, Turner J, McElduff P, Kayser K, Vallentine P. A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: Rationale and design. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet]. 2012. [acceso 5 jan 2013]; 10:119. Disponible em: <http://www.hqlo.com/content/10/1/119>
3. McCorkle R, Siefert ML, Dowd MF, Rohinson JP, Pickett M. Effects of Advanced Practice Nursing on Patient and Spouse Depressive Symptoms, Sexual Function, and Marital Interaction after Radical Prostatectomy. *Urol Nurs*. 2007; 27(1):65-77.
4. Chambers SK, Schover L, Halford K, Clutton S, Ferguson M, Gordon L, et al. ProsCan for Couples: Randomised controlled trial of a couples based sexuality intervention for men with localized prostate cancer who receive radical prostatectomy. *BMC Cancer*. [Internet]. 2008. [acceso 25 nov 2012]; 8:226. Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/226>
5. Bicalho MB, Lopes MHB. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: Revisão integrativa. [Revisão]. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012. [acceso 12 dez 2012]; 46(4):1009-14. Disponible em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/32.pdf>
6. Anderson B. The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. *Br J Nurs*. [Internet]. 2010. [acceso 20 nov 2012]; 19(17):1085-90. Disponible em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197245695001344
7. Flanagan J. Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything. *AORN J*. [Internet]. 2009. [acceso 18 nov 2012]; 90(1):41-51. Disponible em: <http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092%2809%2900259-2>
8. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home. [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2006. [acceso 2 nov 2012]; 18(4). Disponible em: <http://www.thecochranelibrary.com>
9. Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(2):296-306.
10. Thompson-Coon J, Abdul-Rahman A, Whear R, Bethel A, Vaidya B, Gericke CA, et al. Telephone consultations in place of face to face out-patient consultations for patients discharged from hospital following surgery: A systematic review [Revisão]. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2013. [acceso 14 abril 2013]; 13:128. Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/128>
11. Naffe A. Postdischarge follow up phone call. *Heart & Lung*. [Internet]. 2012. [acceso 12 fev 2013]; 41(99):102. Disponible em: <http://bhvh.cardiologydomain.com/images/uploaded/BHVV/Naffe.pdf>
12. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2 [updated September 2009]*. The Cochrane Collaboration [Internet]. 2009. [acceso 3 nov 2012]. Disponible em: www.cochrane-handbook.org
13. Glossary of Terms in the Cochrane Collaboration. Version 4.2.5 [updated May 2005]. The Cochrane Collaboration [Internet]. 2005. [acceso 2 nov 2012]. Disponible em : <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>
14. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Control Clin Trials*. [Internet]. 1996. [acceso 7 nov 2012];

- 17(1):1-12. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197245695001344>
15. Moore KN, Valiquette L, Chetner MP, Byrniak S, Herbison GP. Return to continence after radical retropubic prostatectomy: A randomized trial of verbal and written instructions versus therapist-directed pelvic floor muscle therapy. *Urology*. [Internet]. 2008. [acesso 11 dez 2012]; 72(6):1280-6. Disponível em: <http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295%2807%2902605-2/pdf>
16. Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs*. [Internet]. 2011. [acesso 10 dez 2012]; 31(2):83-91. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/746332>
17. Jensen BT, Kristensen SA, Christensen SV, Borre M. Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: A randomised controlled trial study. *Int J Urol Nurs*. [Internet]. 2011. [acesso 11 dez 2012]; 5(3):123-30. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-771X.2011.01130.x/pdf>
18. Mishel MH, Belyea M, Germino BB, Stewart JL, Bailey DE, Robertson C, et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. *Cancer*. [Internet]. 2002. [acesso 13 dez 2012]; 94(6):1854-66. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.10390/pdf>
19. Campbell LC, Keefe FJ, Scipio C, McKee DC, Edwards CL, Herman SH, et al. Facilitating research participation and improving quality of life for African American prostate cancer survivors and their intimate partners. A pilot study of telephone-based coping skills training. *Cancer*. [Internet]. 2007. [acesso 9 dez 2012]; 109(2 Suppl):414-24. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.22355/pdf>
20. Duhamel KN, Mosher CE, Winkel G, Labay LE, Rini C, Meschian YM, et al. Randomized clinical trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy to reduce post-traumatic stress disorder and distress symptoms after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2010. [acesso 12 mar 2013]; 28(23):3754-61. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/28/23/3754.full.pdf>
21. MacDonald R, Fink HA, Huckabay C, Monga M, Wilt TJ. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: A systematic review of effectiveness. [Review]. *BJU Int*. [Internet]. 2007. [acesso 12 mar 2013]; 100(1):76-81. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-410X.2007.06913.x/pdf>
22. Zheng MC, Zhang J, Qin HY, Fang YJ, Wu XJ. Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: Views and experiences of patients and enterostomal nurses. *Eur J Oncol Nurs*. [Internet]. 2013. [acesso 4 abr 2013]; 17(2):184-9. Disponível em: <http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889%2812%2900053-1/pdf>