

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSOPERADOS DE
ADENOMECTOMIA PROSTÁTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2016 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

XIOMAR MELANY ORMACHEA SUYO

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA VOCAL

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 232

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 934-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	35
3.1 Recolección de Datos	35
3.2 Experiencia Profesional	35
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	43
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	51
VI. RECOMENDACIONES	52
VII. REFERENCIALES	53
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la Hiperplasia Benigna de Próstata constituye un problema de salud pública fundamental; su prevalencia aumenta a medida que el hombre envejece, por este motivo la situación puede incluso convertirse en un problema más apremiante a medida que la población envejece.

En EE.UU. se realizan unas 400.000 resecciones transuretrales de próstata al año y según estudios realizados a nivel internacional, se evidencia que el 80% de pacientes acuden a la consulta urológica cuando el crecimiento de la próstata ha alcanzado magnitudes que ocasionan problemas urinarios como disuria, polaquiuria y entre ellos, el 20% cursa con retención urinaria que es la complicación más dramática del crecimiento benigno de la glándula prostática.

Debido a la gran incidencia de adenomectomías de próstata tanto a nivel internacional como nacional y conociendo que la población susceptible son los hombres mayores de 50 años que si no se tratan a tiempo pueden padecer de severas complicaciones; se generó la necesidad de realizar el informe de experiencia laboral profesional titulado "Cuidados de Enfermería en paciente post operado de adenomectomía prostática del Servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional del Cusco 2016 - 2017", cuyo objetivo fue describir los cuidados de enfermería en paciente postoperado de adenomectomía prostática del servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional del Cusco 2016 - 2017.

Este informe propone favorecer la práctica de las enfermeras debido a que son las que lideran los cuidados a los pacientes.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la HPB constituye un problema de salud pública fundamental; su prevalencia aumenta a medida que el hombre envejece, por este motivo la situación puede incluso convertirse en un problema más apremiante a medida que la población envejece. (1).

La frecuencia de la HPB ha aumentado en los países desarrollados, debido al envejecimiento de la población por el incremento en la esperanza de vida. La cirugía, el tratamiento más frecuente de la HPB, se realiza desde el siglo pasado. El tratamiento quirúrgico se lleva a cabo para mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad secundaria a la HPB. Se ha estimado que la probabilidad de que a un hombre de 40 años se le practique esta cirugía antes de que llegue a los 80 es de uno de cada 10 en el Reino Unido y uno de cada 3 en EE.UU. Más del 90 % de las intervenciones quirúrgicas se realizan por vía transuretral. En EE.UU. se realizan unas 400.000 resecciones transuretrales de próstata al año. En España, se calcula un número de 40.000 resecciones transuretrales de la próstata anuales. (2)

Según estudios realizados a nivel internacional, se evidencia que el 80% de pacientes acuden a la consulta urológica cuando el crecimiento de la próstata ha alcanzado magnitudes que ocasionan problemas urinarios como disuria, polaquiuria y entre ellos, el 20% cursa con retención urinaria que es la complicación más dramática del crecimiento benigno de la glándula prostática. Así mismo, se tiene que un 29.7 por cada 100.000 hombres de más de 45 años mueren en Alemania del Este debido a las complicaciones del adenoma benigno de próstata. (3)

Dada la alta prevalencia de la Hiperplasia Benigna de Próstata en la población general, constituye un importante factor en términos de morbilidad, mortalidad y gastos en salud. Dicha prevalencia ha sufrido un incremento considerable en los últimos 50 años a medida que la esperanza de vida promedio cada vez va en aumento fundamentalmente en países desarrollados, considerando actualmente que uno de cada 2 varones alcanza la edad a la cual se tiene un 88% de posibilidad de tener una glándula prostática con características morfológicas de HPB, infiriendo que dicho porcentaje es menor en países en desarrollo. (4)

Cada año, sólo en Estados Unidos se registran unos 4 millones de consultas médicas y más de 370,000 hospitalizaciones, según algunos estudios; sin embargo, otros estudios revelan que unos 5 millones de hombres estadounidenses podrían llenar los requisitos para discutir una opción de tratamiento de HPB y esta cifra podría aumentar a 8 millones para el año 2010.(4)

Algo notorio que se aprecia en estudios nacionales es que los síntomas interrumpen las actividades de la vida diaria o el sueño, crean ansiedad o reducen la percepción de una buena salud en general, la calidad de vida puede disminuir perceptiblemente. Los hombres que se ven afectados en un gran porcentaje aún se encuentran en la vida laboral, esto se aprecia porque la próstata comienza a aumentar de tamaño durante la edad madura en la mayoría de los hombres e incluso antes en algunos. Los datos de los cinco estudios de autopsias más importantes (Berry, Coffey, Walsh, 1984) sobre 1.075 glándulas prostáticas, demuestran que el aumento de tamaño que conduce a la hiperplasia benigna de próstata puede iniciarse a los 25 o 30 años con una prevalencia del 10% a esta edad. Al aumentar la edad, la prevalencia de la hiperplasia benigna de próstata histológicamente identificable aumenta de forma que a los 60 años es superior al 50%. A los 85 años, la prevalencia de la HBP es del 90%. (3)

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional de los cuidados de enfermería en pacientes post operado de adenomectomía prostática en el Servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional del Cusco 2016 - 2017.

1.3 Justificación

El presente trabajo está destinado a mejorar los métodos del cuidado de Enfermería, mediante la captación del área crítica del conocimiento en la atención del paciente post operado de adenomectomía prostática.

Dentro del rol asistencial de enfermería está brindar al paciente una atención especializada, basada en la satisfacción de las necesidades como lo menciona la teoría de Virginia Henderson. Esta atención dependerá del grado de conocimientos científicos que maneje la enfermera la cual se verá plasmada en su plan de atención.

En las instituciones de salud a través del equipo de salud, el cuidado se da de manera integral, siendo la enfermera el ente principal de los cuidados brindados al paciente.

Los cuidados que brinda la enfermera se han ido modificando a través del tiempo en relación a los avances científicos y tecnológicos, motivo por el cual es necesario que la enfermera esté actualizada. Los cuidados de enfermería óptimos permitirán la recuperación del paciente favoreciendo que la estancia hospitalaria sea corta. En consecuencia el paciente se integrará prontamente a sus actividades diarias reduciendo los gastos familiares e institucionales.

Por tal motivo podemos decir que la enfermera con sus conocimientos científicos puede aportar significativamente desde todo

punto de vista y este informe laboral profesional aportará algunos conocimientos en favor del paciente, las instituciones de salud y la profesión de enfermería.

En observaciones realizadas en el servicio de cirugía especialidades del hospital regional del cusco; se aprecia que las enfermeras realizan los cuidados de enfermería al paciente postoperado inmediato de adenomectomía prostática de diferente manera cada una, algunas priorizan las funciones vitales y luego esperan un momento para observar la irrigación, otras priorizan tanto las funciones vitales como la irrigación. También se observa que se presentan en algunos casos oclusiones de la sonda Foley las cuales son ordeñadas o se procede a realizar lavados y que el cloruro de sodio de la irrigación permanece vacío por unos minutos.

Por ello es importante describir los cuidados de enfermería en pacientes post operado de adenoma benigno de próstata para detectar las áreas críticas y suplirlas con acciones de diferente índole para evitar las complicaciones en los pacientes que en su mayoría son de edad avanzada y que abarcan un gran porcentaje de la población del país.

Si la enfermera maneja un conocimiento especializado para atender al paciente operado de adenomectomía prostática, esto favorecerá en garantizar una atención especializada generando una adecuada recuperación, todo esto traerá como consecuencia que el paciente se recupere prontamente y esté menos tiempo hospitalizado y sin presentar complicaciones agregadas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Tejados, (2001), Participación de enfermería en la disminución de la morbilidad post operatoria inmediata en pacientes de Cirugía Abdominal, tuvo como objetivos medir la efectividad del modelo de atención post operatoria inmediata del paciente sometido a cirugía abdominal, disminuir las molestias post-operatorias que se presentan en el periodo inmediato que permiten garantizar una evolución post-operatoria óptima, facilitar la recuperación del paciente a través de una evolución con menos complicaciones que se refleje en la deambulación precoz del paciente y disminuir la estancia de internamiento del paciente sometido a cirugía abdominal. En este estudio la autora llegó a la conclusión de que la calidad de atención de enfermería a través del modelo de atención post-operatoria inmediata fue evidente a través de la evolución de los pacientes y que el modelo de atención post-operatoria inmediata permitió una mejor evaluación del paciente observándose una disminución de las molestias post-operatorias, la precoz restitución de su independencia física y seguridad. Así mismo, la autora recomendó que se continúe aplicando el modelo de atención post-operatoria inmediata a fin de elevar la calidad de atención de enfermería y permitir reajustar aquellos aspectos sin relevancia.

Llanco, (1996), Calidad de atención de enfermería a pacientes operados de cirugía vascular en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y de Cemena, tuvo como objetivos principales determinar la satisfacción de los pacientes respecto a la atención que le brindaron las enfermeras de Cemena y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y determinar las características sociodemográficas,

situación laboral y conocimiento de las enfermeras que laboran en recuperación. Para este trabajo la autora se planteó la hipótesis de que la atención del profesional de enfermería basado en la metodología del proceso de atención de enfermería debe ser óptima y a mejor atención del profesional de enfermería mayor satisfacción de los pacientes.

Caballero y Granada, (1998) Atención de enfermería en pacientes Prostatectomizados en el Hospital Bravo Chico, este trabajo tuvo como finalidad identificar la atención de enfermería a pacientes post-operados de hipertrofia prostática y contribuir para que el personal de enfermería brinde una atención reduciendo los riesgos de complicaciones como hemorragia, infección. Llegó a varias conclusiones entre las que destaca que las enfermeras en su mayoría controlan funciones vitales, evalúan el sistema de irrigación, orientan sobre deambulación temprana, realizan higiene de genitales y realizan balance hídrico. En este trabajo las autoras recomiendan brindar orientación oportuna sobre la enfermedad a los pacientes en el preoperatorio, y los cuidados que deben tener en cuenta en el postoperatorio para facilitar su recuperación.

Pasquel, (2005) Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados postoperatorios de pacientes oncológicos del Departamento de Abdomen de los Servicios de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, tiene como objetivos identificar el nivel de conocimientos sobre nociones de cirugías abdominales, manejo de sondas, manejo del dolor y la administración de la alimentación parenteral en los pacientes postoperados del Departamento de Cirugía de Abdomen. Realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Tuvo una población de 62 enfermeras y una muestra obtenida por un método no probabilística de 49 enfermeras. Su trabajo concluyó que las enfermeras tienen un alto

conocimiento en la atención a este tipo de pacientes pero recomienda iniciar investigaciones relacionadas a los conocimientos relacionados al manejo del dolor.

Vilca, (2005), Nivel del Conocimiento de las Enfermeras sobre el proceso de atención en el Hospital Alberto Hurtado Abadía en Tarma tiene como objetivos identificar los conocimientos que tienen sobre el Proceso de Enfermería y la aplicación del mismo. Este estudio es cuantitativo de un nivel aplicativo con un método de corte transversal ya que le permitió identificar el nivel de conocimientos en un periodo determinado. En este estudio la autora llegó a concluir que los enfermeros poseen un nivel de conocimiento medio sobre el Proceso de Atención de Enfermería y la aplicabilidad del mismo. La autora recomendó realizar estudios comparativos en relación a la coherencia entre la parte teórica y práctica de Proceso de Enfermería durante la atención al paciente.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CONCEPCIONES DE ENFERMERÍA:

Para desarrollar estas concepciones presentamos las definiciones de personas que tuvieron un papel importante y vital en el desarrollo de los conceptos dentro de la carrera de enfermería, entonces las siguientes concepciones de enfermería son las siguientes: (15)

Florencia Nightingale se refiere a la Enfermería como la previsión de las condiciones óptimas para potenciar los procesos reparadores de la persona y prevenir la interrupción del proceso reparador.

Virginia Henderson introduce que la función específica de la enfermera es ayudar a los clientes, enfermos o sanos, a llevar a cabo las actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación, o a una muerte en paz, actividades que los clientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Dorotea E. Orem señala como un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son dependientes total o parcialmente (lactantes, niños y adultos) cuando ellos mismos, sus progenitores, sus tutores u otros adultos responsables de su cuidado ya no son capaces de prestarles o controlar su cuidado. Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otro ser humano. La enfermería es la actividad deliberada, una función de la inteligencia práctica de las enfermeras, una función para impulsar las condiciones humanamente deseables de las personas y sus ambientes.

Betty Neuman señala como una profesión singular en el sentido de que se ocupa de todas las variables que afectan a las respuestas del individuo a agentes estresantes, que son de naturaleza intra-, inter-, y extrapersonal. La preocupación de la enfermera es prevenir los efectos nocivos del estrés, o una vez producidos esos efectos, proteger la estructura básica del cliente y obtener o mantener un nivel máximo de bienestar. (15)

Margaret A. Neuman basa su teoría en describir que el objetivo de la enfermería no es promover el bienestar o evitar la enfermedad sino ayudar a las personas a utilizar la fuerza o poder que poseen en su interior, conforme evolucionan hacia estadios superiores de consciencia. (16)

LA ENFERMERA Y LOS CAMBIOS CIENTÍFICO TECNOLÓGICOS:

Los acelerados cambios que vive la humanidad, exigen en primer lugar mantener una formación ética que le permita discernir frente a la gran cantidad de información y acontecimientos de diferente índole que influyen en la vida moderna.

Las diferentes corrientes de pensamiento de la enfermería, coinciden en precisar que su centro de interés es el cuidado de la persona. Ésta es considerada como un ser humano unitario, integral, poseedor de cultura y que pertenece a un entorno familiar y social. Toda persona merece un cuidado científico y humanista que exige del profesional el dominio de competencias científico y técnicas muy importantes para el trabajo a realizar.

Por todo lo expuesto se considera que la enfermera debe estar dispuesta a adquirir conocimientos día a día pero sin desvincularse de la atención humanizada al paciente.

Las teorizadoras de la escuela del cuidado humano creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas, si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

La enfermería es mucho más que Ciencia y Tecnología. Tenemos la convicción de que cualesquiera que sean los avances que el futuro nos reserva, el corazón de la práctica debe y tiene que seguir siendo el mismo: los cuidados proporcionados por un ser humano a otros seres humanos, con conocimiento, sensibilidad y compasión.

CUIDADOS QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA:

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo y el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería. En tal sentido Leininger (1984) refiere que "El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería." De manera que para la el Enfermero el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

Por otra parte la misma autora señala que el Cuidado son "aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación a otro individuo o grupos con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana", por su parte Watson (1988) refiere que "La prestación humana de cuidados supone valores, unavoluntadcompromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar y las consecuencias." De modo que, la Enfermera mediante los cuidados proporcionados demuestra una expresión de interés, de preocupación, compromiso y afecto por las personas enfermas.

Collière (1997) refiere que cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva. De manera que el cuidar es ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta se continúe y se reproduzca, de ahí, que la Enfermera, realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades mediante: las Acciones

La enfermería nunca debe olvidar que cada paciente es una persona, un ser humano y por éste sólo hecho, poseedora de dignidad; una persona que requiere satisfacer a plenitud necesidades específicas y que no es un mero receptor de asistencia sanitaria.

La responsabilidad profesional exige una evaluación de la eficacia de la práctica del profesional de enfermería, en la aplicación de conocimientos científicos y técnicos; y muy especialmente, en la calidez, el respeto, la compasión y la empatía que pone en su servicio al relacionarse con el enfermo o su familia. (17).

CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA:

Las enfermeras debemos de satisfacer todas las demandas de la salud de los individuos, cubrir todas sus necesidades a lo largo de su vida, y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos. Esta es la Filosofía que debemos de tomar todos los profesionales, para posicionar a la enfermería en la sociedad actual. Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención, pero ellos deberán de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada , como el Proceso de Atención de Enfermería.

Utilizar cada día más los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente, porque no somos iguales y cada uno tiene sus necesidades de atención. Enfermería debe de estar ante todo con el enfermo, ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud.

de Cuidado y las Acciones Administrativas.

ACCIONES DE CUIDADO:

Se refiere a aquellas actividades que ejecuta la Enfermera, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades fisiológicas de los pacientes hospitalizados tales como la movilización, los masajes, la higiene y confort, la administración de medicamentos, proporcionarle alimentos y realizarle el control de los líquidos ingeridos y eliminados.

Kozier (1995) señala que las mismas son la ejecución de las estrategias de Enfermería para alcanzar el resultado deseado de los objetivos del cliente y van a estar dadas mediante de los cuidados que la Enfermera proporciona al paciente, los cuales van a depender de su estado de salud y por ende de las necesidades que manifieste, entre ellas: La movilización. Higiene y Confort y la Alimentación.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POST OPERADO DE ADENOMA BENIGNO DE PRÓSTATA:

En el postoperatorio aún se puede producir pérdida de sangre e hipovolemia. Su prevención, detección precoz y tratamiento es de primordial importancia para el bienestar de los pacientes y además puede reducir la necesidad de tener que efectuar transfusiones innecesarias.

Se debe prestar atención a:

- Oxígeno postoperatorio
- Monitoreo de signos vitales y del sitio quirúrgico, incluyendo

drenajes

- Balance de fluidos
- Sistema de irrigación continuo
- Analgesia.

Puede ser necesario prestar consideración a:

- Re-exploración quirúrgica
- Transfusiones post-operatorias

LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS:

Sistema Respiratorio: Se mide la frecuencia respiratoria, deben tener intervalos, capacidad vital, adecuados.

- 1) **Oxígeno:** En el periodo postoperatorio temprano, la hipoxia es un problema común, serán complicados en un paciente que ya tiene niveles de hemoglobina reducidos y en quien la hipovolemia puede estar presente. Es deseable la administración de oxígeno suplementario a todos los pacientes que se recuperan de anestesia general.
- 2) **Monitoreo:** El monitoreo de los pacientes debe continuar postoperatoriamente, dando especial atención a la identificación de los signos clínicos de hipovolemia y pérdida de sangre. La herida y drenajes del paciente deben ser inspeccionados regularmente buscando hematomas y sangrado, y mediciones del perímetro abdominal podrían ser útiles.
- 3) **Balance de fluidos:** Se valorara específicamente evaluando el flujo renal esto reflejara el estado hemodinámico del paciente. Asegurar la normovolemia en el paciente postoperado es

esencial. Los fluidos de reemplazo endovenoso, como ha sido descrito anteriormente, deben cubrir tanto las pérdidas calculadas que ocurren después de la cirugía así como los requerimientos de mantenimiento del paciente.

Durante el post operatorio con frecuencia se observa oliguria, reducción de la capacidad de producir orina. La hormona antidiurética, la aldosterona, la adrenalina y la noradrenalina segregadas durante el estrés conservan el agua y el sodio. Dado que la oliguria prolongada puede provocar una insuficiencia renal, debe informarse al cirujano de toda diuresis inferior a 30 ml por hora. El tratamiento depende de la causa.

- 4) **Función Neurológica:** El sensorio es un reflejo de percusión y la oxigenación cerebral por eso el uso de diferentes escalas como APGAR, GLASGOW etc. que evalúan las situaciones clínicas.
- 5) **Se debe tener en cuenta la posibilidad de infección** tras cualquier procedimiento realizado en el tracto urinario debido a la introducción de instrumentos y sondas. La existencia de una orina turbia, disuria, poliuria, urgencia urinaria y dolor o quemazón al orinar son todos ellos síntomas de infección del tracto urinario. (18)
- 6) **El sistema de Irrigación continuo:** Todo paciente postoperado de adenomectomía prostática sale de sala de operaciones con un sistema de irrigación continuo. Se coloca al paciente una Sonda Foley de tres vías por la uretra. (19). En este sistema se emplea una sonda con luz triple: por una luz drena la orina, por otra se instala la sustancia irrigante y por la tercera se

introduce el agua para inflar el balón. El suero salino para la irrigación se administra con rapidez para reducir el riesgo de coagulación si el drenaje es sanguinolento. Dado que el sondaje conlleva a un mayor riesgo de infección nosocomial, es necesario que el personal de enfermería realice todas las manipulaciones aplicando severas medidas de asepsia. (20)

7) Temperatura: Es alterada por la administración de líquidos y gases fríos; por la exposición del interior al exterior. Se debe colocar cobertores y estufas que dan calor.

8) Analgesia: Un inadecuado alivio del dolor es una causa mayor de hipertensión e intranquilidad en el postoperatorio. Ambos pueden agravar el sangrado y aumentar la pérdida de sangre. Por ello se debe prestar atención a la provisión de una analgesia satisfactoria a través del periodo perioperatorio.

2.2.2 ADENOMA BENIGNO DE PRÓSTATA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

La glándula prostática es una de las glándulas más problemáticas del cuerpo del hombre, siendo con frecuencia el punto de origen de enfermedades infecciosas e inflamatorias.

La hiperplasia prostática Benigna (HPB) o Adenoma de próstata, es el tumor benigno más común en varones mayores de 50 años, la cual conlleva a la interferencia del flujo urinario, Se estima que el 80% de los varones entre 50 y 70 años tienen HPB. La gran mayoría de individuos desconoce acerca de las enfermedades de la glándula prostática, la mayoría la asocia con el envejecimiento, y piensan que es algo con lo que se debe aprender a vivir.

Existe una relación directa entre el tamaño de la próstata, la gravedad de los síntomas en el tracto urinario inferior y la tasa del flujo urinario. Los hombres con una próstata de volumen mayor a 50 gramos son 5 veces más propensos a sufrir de síntomas de moderados a graves que los hombres con una próstata de menor volumen.

La presencia de una glándula prostática aumentada de volumen, síntomas urinarios graves y una tasa de flujo urinario disminuida además se asocia con un alto riesgo de padecer otras complicaciones entre las que se mencionan las infecciones recurrentes del tracto urinario y la insuficiencia renal.

ETIOPATOGENIA:

La causa etiológica de la HPB no es conocida. Parece ser consecuencia de un desequilibrio androgénico producido después de los 50 años en el hombre. La Dihidrotestosterona que es un derivado de la Testosterona, se cree sea el último mediador del crecimiento prostático.

La patogenia producida por la HPB está en relación al grado de obstrucción que produce en el cuello vesical y la uretra posterior que repercute sobre la disminución progresiva pero sin retrocesos de flujo urinario, ocasionando alteraciones en la vejiga de hipertrofia, Trabeculación y diverticulosis vesical, finalmente produce ureterohidronefrosis por reflujo vesicorrenal, ocasionando la más grave complicación de la HPB que es la insuficiencia renal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

La próstata es una glándula genitourinaria masculina, cuyo tamaño normal en el varón adulto es de 4x3x2cm. Localizada justamente debajo de la vejiga, tiene la forma de una nuez y pesa alrededor de 20 gramos. Al nacimiento su peso es de cerca de un gramo y crece lentamente hasta cerca de 4 gramos justo antes de la pubertad. En la pubertad viene un crecimiento rápido hasta cerca de 20 gramos por acción estimulante de las hormonas masculinas. Estas características permanecen constantes por 20 a 30 años cuando se desarrolla la HPB, y el peso puede aumentar de 30 a 50 gramos, se han observado próstatas pesando hasta 100 gramos a más en hombres por encima de 70 años.

La próstata forma parte del aparato reproductor masculino. Se halla localizada entre la vejiga urinaria y el esfínter uretral externo, rodea a la uretra posterior y esa es la razón por la que causa problemas ante su crecimiento. La glándula prostática es perforada por los conductos eyaculadores que vienen de las vesículas seminales. Una de las funciones de la próstata es la de secretar el licor prostático; el propósito principal de este líquido constituir un vehículo de los espermatozoides durante la eyaculación, así como proveerles de nutrientes.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de la HPB se hace principalmente:

- a) Por la clínica
- b) Por el laboratorio
- c) Por estudio de imágenes

SÍNTOMAS:

La HPB raramente ocasiona síntomas antes de los 40 años pero más de la mitad de los hombres a los 60 años y hasta un 90% a los 70 y 80 años tienen síntomas de dificultad miccional llamados de prostatismo. Los síntomas son causados por la compresión anatómica secundaria al crecimiento de adenoma y por el componente dinámico relacionado con el tono del músculo liso de la cápsula prostática.

Inicialmente los síntomas son pobres, pero a medida que avanza la obstrucción aparecen síntomas más importantes: Disminución del calibre y la potencia del chorro urinario, dificultad para iniciar la micción, incapacidad para interrumpir bruscamente la micción (apareciendo goteo post miccional), sensación de vaciamiento vesical incompleto y en ocasiones retención urinaria.

Los factores que pueden desencadenar retención urinaria aguda son:

- a) Postergación de la micción por periodo prolongado (producen atonía vesical).
- b) El infarto prostático o la infección prostática (producción de edema dentro de la glándula).
- c) Ingesta exagerada de alcohol y comidas copiosas.
- d) Operaciones de hemorroides.

SÍNTOMAS DE PROSTATISMO:

Obstructivos:

- Chorro débil
- Micción interrumpida
- Goteo Terminal

- Vaciamiento incompleto de la vejiga
- Retención urinaria.

Irritativos:

- Mayor frecuencia
- Nicturia
- Urgencia
- Incontinencia.

SIGNOS:

Cuando hay retención urinaria la vejiga, que normalmente es un órgano pélvico, puede elevarse por arriba del borde superior de la sínfisis del pubis y palparse como globo vesical. En ocasiones, en especial en obesos, es difícil palparla, pero puede confirmarse por la matidez de la percusión en el área suprapúbica.

El signo más concluyente de diagnóstico de la HPB es el tacto rectal que traduce al examen una próstata simétrica, lisa, aumentada de tamaño, con surco medio borrado y no dolorosa. Este examen se efectúa con el dedo índice y requiere una exploración que abarque los 360 grados. Es importante descartar zonas de induración que sugieran neoplasia.

COMPLICACIONES:

- a) Hipertrofia de la vejiga
- b) Inestabilidad del detrusor
- c) Hematuria
- d) Urolitiasis

- e) Hidronefrosis
- f) Infección urinaria
- g) Retención aguda de orina
- h) Retención crónica de orina
- i) Insuficiencia renal crónica

TRATAMIENTO:

Existe tanto el tratamiento quirúrgico como el tratamiento médico, pero los objetivos del tratamiento son los mismos:

- 1) Mejoría de síntomas objetivos y subjetivos
- 2) Mantenimiento de la función renal
- 3) Prevención de las complicaciones (obstrucción del flujo)
- 4) Producción de efectos colaterales mínimos y tolerables a largo plazo

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Existen dos tipos principales de técnicas quirúrgicas; las invasivas con cirugía abierta y las terapias mínimamente invasivas.

TÉCNICAS INVASIVAS CON CIRUGÍA ABIERTA

En la actualidad su indicación radica la mayor parte de las veces en la imposibilidad de efectuar la resección transuretral de la próstata, ya sea por el tamaño del adenoma prostático, por patología concomitante como un cálculo mediano o grande o simplemente por no contar con la tecnología para realizarla. Su frecuencia es variable por las condiciones antes expuestas; sin embargo, las cifras en

hospitales desarrollados tecnológicamente deben estar en alrededor del cinco o diez por ciento y en descenso.

Las formas de extirpar la próstata por cirugía abierta son tres, pero la vía perineal está en franco desuso. En general, dependiendo de la escuela quirúrgica, se usa la vía transvesical, es decir abriendo la vejiga, o la vía retropúbica, que llega a la próstata a través de su cápsula o pared anterior. Si se comparan la incidencia de complicaciones fistulosas, el retiro de la sonda y el alta hospitalaria, la vía retropúbica sale favorecida. (4)

1. **Adenomectomía Prostática Suprapúbica- transvesical u operación de Freyre:** En este tipo de operaciones existe una apertura de la piel, aponeurosis y planos musculares. Todo es extraperitoneal. Si hay herida operatoria hay posibilidad de infección de ella, de futuras hernias, de dolor y de necesidad de una cicatrización que, todos sabemos, no se concluye firmemente hasta cuarenta a sesenta días. El retorno a la vida laboral se hace pasado el mes o antes, dependiendo del trabajo a realizar. Consiste en la apretura de la vejiga y a través de ella extirpar el tumor obstructivo. Es usualmente reservada para pacientes por un tumor mayor de 60 gramos o en quienes exista otra patología concomitante como cálculo vesical o divertículo vesical que requiere reparación o cuando hay un gran crecimiento del lóbulo medio hacia la cavidad vesical.
2. **Adenomectomía Prostática Retropúbica u operación de Millín:** Consiste en abordar directamente la cápsula prostática y enuclear directamente el tumor sin lesionar la vejiga. Está indicada en adenomas con poco componente intravesical
3. **Resección Transuretral de la Próstata (RTU):** Provee la más confiable técnica quirúrgica con una mejora inmediata de

los síntomas postoperatorios (80 a 90%). El receptor endoscópico con un asa de alambre unida a una unidad de electrocuterío es usado para reseca el tejido bajo visión cistoscópica directa. Actualmente es el tratamiento preferido teniendo la ventaja de la aceptación del paciente en tanto no requiera incisiones en el resto del cuerpo.

- 4. Incisión Transuretral de la Próstata (ITU):** Puede ser apropiado para pacientes quienes tienen una glándula pequeña (30 gramos). En ellos mejoran los síntomas en 80 a 90 % de los casos. Reportan iguales mejorías en el score y flujo urinario en el RTU, con la ventaja de un menor tiempo quirúrgico, menos sangrado, menor tiempo de hospitalización, menos eyaculación retrógrada y menos casos de impotencia.

Sus límites, en cuanto al tamaño a operar, están en directa relación a la habilidad del cirujano porque el tiempo quirúrgico no debe sobrepasar los 60 a 80 minutos. De esta manera, si un cirujano reseca 1 gramo por minuto, sólo puede operar adenomas de hasta 60 gramos por esta vía. Si su habilidad o instrucción le permiten menos, debe restringirse a ello.

La gran razón para establecer un tiempo máximo de la cirugía radica en la necesidad de ejecutar el procedimiento con un asa de corte eléctrica en un medio acuoso. Si hay conducción de la electricidad, no hay corte de tejido. Por ello no puede usarse suero fisiológico. También el medio acuoso debe ser transparente y las soluciones de coloides isotónicas no lo son.

Por todas estas razones se emplea un medio hipotónico respecto del plasma. En el curso de una RTU mientras más tiempo

transcurra, más posibilidades de absorción de un medio hipotónico existen. Debe recordarse que la vejiga no es indiferente al intercambio de agua y electrólitos y que en el desarrollo de una de estas operaciones pueden romperse vasos venosos con paso directo de la solución irrigante a la sangre.

Ocurrido el hecho y si el volumen que pasa al intravascular es importante (un litro o más) se tiende a la hiponatremia, la que a su vez origina los síntomas del llamado Síndrome de RTU: tendencia al compromiso de conciencia, náuseas y vómitos por edema cerebral. La hemólisis de los glóbulos rojos puede comprometer la función renal. El tratamiento de este síndrome es preventivo, resecando lo que se es capaz, infundiendo la solución irrigante a baja presión. Instalado el cuadro, debe haber una rápida y muchas veces masiva reposición de cloruro de sodio y debe recurrirse al uso de diuréticos para eliminar agua.

Terminada la operación, el paciente va por un período corto a una sala de recuperación anestésica, y luego a su pieza donde permanece con sonda por 3 a 4 días. Retirada la sonda, el alta se lleva a cabo en 24 horas. El reintegro al trabajo se produce en lapsos variables, según el tipo de éste, en siete a catorce días.

El dolor es leve y sólo depende del uso de una sonda; el paciente se levanta a las 24 horas y su alimentación es libre desde ese momento. Las complicaciones más frecuentes son la hematuria, que sólo ocasionalmente requiere de instrumentalización o de transfusiones. A más largo plazo puede desarrollarse estenosis de meato urinario (5%) o de cuello vesical, menos frecuentemente.

Con relación a la esfera sexual, la impotencia es rara si no había fallas previas, pero la eyaculación retrógrada es bastante usual. Esto debe ser advertido, toda vez que se están operando enfermos jóvenes que quizás deseen mantener su fertilidad. La satisfacción de los pacientes operados bordea el 90%, aun cuando algunos mantienen una polaquiuria más allá de dos o tres meses, lo cual es razonable para esta operación hecha "interiormente". Se recalca este hecho, porque la ausencia de herida y cicatriz operatoria hace inconscientemente menospreciar la cirugía y resalta molestias que son menores y transitorias.

Técnicas de Ablación Láser: Se emplea el Yag Láser: Su mecanismo consiste en la necrosis y vaporización de los tejidos. Permite giros en ángulos de 49 a 105 grados con respecto al eje direccional, lo que confiere cierta ventaja. Indicado en aquellos pacientes que reciben anticoagulantes debido a que las complicaciones pos sangrado son mínimas.

Dilatación con balón de la próstata: Utiliza un balón con adecuada presión en la uretra prostática. Es más apropiado para pacientes que no tienen lóbulo medio grande. Se hace ambulatoriamente y con anestesia regional. El sangrado es mínimo y con baja morbilidad.

Colocación de Stenes intraprostáticos: Son tubos inertes de material biocompatible que pueden ser colocados transuretralmente y se expanden por sí mismos o pueden ser mecánicamente extendidos para mantener un lumen dentro de la uretra prostática de por lo menos 1 cm. de diámetro. Los riesgos de infección, erosión, migración, incrustación y síntomas de irritación severa

limitan el uso. (4)

RIESGOS:

Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia:

- Reacciones a los medicamentos
- Problemas respiratorios
- Los riesgos que implica cualquier cirugía son:
- Sangrado
- Infección
- Los riesgos adicionales:
- Problemas con el control urinario (incontinencia)
- Dificultad para lograr y mantener una erección
- Pérdida de fertilidad espermática (infertilidad)
- Paso del semen hacia la vejiga y no hacia fuera a través de la uretra (eyaculación retrógrada)
- Estenosis uretral (estrechamiento de la salida urinaria)

EL CONOCIMIENTO

El conocimiento es una relación entre el sujeto cognoscente y el objeto lo conocido; sujeto y objeto son tales solamente en tanto exista la relación cognoscitiva correspondiente.

Mario Bunge define al conocimiento como "Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto" (9), en base a ello tipifica el conocimiento en conocimiento científico y en conocimiento ordinario o vulgar. Al conocimiento científico lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia y al conocimiento vulgar lo relaciona como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la

observación.

En el siglo V a.C., los sofistas griegos cuestionaron la posibilidad de que hubiera un conocimiento fiable y objetivo. Por ello, uno de los principales sofistas, Gorgias, afirmó que nada puede existir en realidad, que si algo existe no se puede conocer, y que si su conocimiento fuera posible, no se podría comunicar. Otro sofista importante pitágoras, mantuvo que ninguna opinión de una persona es más correcta que la de otra, porque cada individuo es el único juez de su propia experiencia. Platón, siguiendo a su ilustre maestro Sócrates, intentó contestar a los sofistas dando por sentado la existencia de un mundo de formas o ideas, invariables e invisibles, sobre las que es posible adquirir un conocimiento exacto y certero. (10)

Aristóteles siguió a Platón al considerar el conocimiento abstracto superior a cualquier otro, pero discrepó de su juicio en cuanto al método apropiado para alcanzarlo. Aristóteles mantenía que casi todo el conocimiento se deriva de la experiencia. El conocimiento se adquiere ya sea por vía directa, con la abstracción de los rasgos que definen a una especie, o de forma indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, de acuerdo con las reglas de la lógica. (10)

Así mismo encontramos que el conocimiento implica una relación de dualidad, el sujeto que conoce y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento entonces como "acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa". (11)

Desde otro punto de vista, el filósofo Salazar Bondi distingue dos formas de definir el conocimiento. Primero considera al conocimiento como un acto y segundo el conocimiento como un producto.

- En la primera definición desde el punto de vista filosófico, el Autor asume que el conocimiento es un acto o proceso psíquico que realizamos en cuanto somos conscientes, y consiste en percibir, intuir y observar un hecho, propiedad o cosa del mundo, directamente por medio de los sentidos. En el conocer, el sujeto toma contacto con el objeto pero de una manera no física, pues la aprehensión o captación cognoscitiva propiamente dicha es de naturaleza psíquica.
- En la segunda definición afirma que el conocimiento es una formación de los hechos, los caracteres o las propiedades de los objetos. Es decir, es producto del acto de conocer. (12)

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución.

Al ocuparse, por ejemplo, del hombre, se puede considerarlo en su aspecto externo y aparente y decir una serie de cosas dictadas por el buen sentido o insinuadas por la experiencia diaria; se puede estudiarlo con espíritu más serio, investigando experimentalmente las relaciones existentes entre ciertos órganos y sus funciones; se puede también formular preguntas en cuanto a su origen, su libertad y su destino; y, finalmente, se puede investigar lo que fue dicho del hombre por Dios a través de los profetas y de su enviado, Jesucristo.

Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma

realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento.

- **Conocimiento empírico.**
- **Conocimiento científico.**
- **Conocimiento filosófico.**
- **Conocimiento teológico.**
- **Conocimiento empírico:** También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es ametódico y asistemático. A través del conocimiento empírico, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello logrado a través de experiencias cumplidas al azar, sin metido y mediante investigaciones personales cumplidas al calor de las circunstancias de la vida; o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad; e, incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva.
- **Conocimiento científico:** Este conocimiento va más allá del empírico:
Por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas. Conocemos una cosa de manera absoluta, dice Aristóteles, cuando sabemos cuál es la causa que la produce y el motivo por el cual no puede ser de otro modo; esto es saber por demostración; por eso, la ciencia se reduce a la demostración.

- **Conocimiento filosófico:** Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia. Oportunamente Jaspers, en su obra: *Introducción a la Filosofía*, coloca la esencia de la filosofía en la búsqueda del saber y no en su posesión
- **Conocimiento teológico:** El conocimiento relativo a Dios, aceptado por la fe teológica, constituye el conocimiento teológico. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale, de modo especial, del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente. (13)

ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS EN ENFERMERÍA

La autora Nancy Burns considera algunas preguntas clave que deben hacerse acerca del conocimiento: ¿qué es el conocimiento?, ¿cómo es el conocimiento?, ¿cómo es el conocimiento que se adquiere en enfermería? En el libro se encuentra que el conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sean una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona (Kaplan, 1964). Durante la carrera de enfermería se adquieren una gran cantidad de conocimientos, tanto en las clases

como a partir de las experiencias clínicas. La enfermera debe aprender, sintetizar, incorporar y aplicar dicho conocimiento para poder después ejercer como enfermera.

La calidad de la práctica clínica depende de la calidad del conocimiento que se haya aprendido. Por ello, es importante que la enfermera se cuestione constantemente sobre la calidad y credibilidad de la nueva información que haya leído u oído. Por ejemplo, ¿Qué intervenciones están basadas en la investigación, y cuales necesitan estudios posteriores para determinar su efectividad? Entonces, para desarrollar idóneamente la práctica clínica es relevante que la enfermera investigue y se nutra de conocimientos actualizados y verificables científicamente, de esta forma su atención será de una calidad indiscutible. (14)

EL CONOCIMIENTO Y LA ENFERMERÍA

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan bases al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano.

El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes.

En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si

actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo, estas interrogantes las mantendrá interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistemas clásicos y de vanguardia. Estos conocimientos fundamentan su saber y les permite enfrentar los diversos problemas clínicos además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería.

En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero.

La profesionalización de enfermería está basada y enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace su cambio diario, continuo y trascendente en la atención, que apoya el proceso de cuidar, por lo que la actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una fuente inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo a las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios.

2.3 Definición de términos

ENFERMERA:

Persona que brinda los cuidados de enfermería al paciente post operado de adenomectomía prostática en el Servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional del Cusco

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Son las acciones destinadas a atender en forma integral englobando las dimensiones biológica, física y psicológica del paciente postoperado de adenomectomía prostática que brinda la enfermera del Servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional del Cusco

CONOCIMIENTOS:

Conjunto de información sobre los cuidado de enfermería en la atención al paciente postoperado de adenomectomía prostática que refieren tener las enfermeras del Servicio de Cirugia Especialidades del Hospital Regional del Cusco

PACIENTE POSTOPERADO DE ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA:

Persona que ha sido sometida adenomectomía prostática por presentar un Adenoma Benigno de Próstata en el Hospital Regional del Cusco y que requiere los cuidados especializados de las enfermeras del Servicio de Cirugia Especialidades del Hospital Regional del Cusco.

ADENOMECTOMIA PROSTATICA.

Operación en la que existe una apertura de la piel, aponeurosis y planos musculares.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

- ✓ Cuestionario
- ✓ Rol de enfermeras del servicio de cirugía especialidades.
- ✓ Número de camas
- ✓ Número de pacientes
- ✓ Historias clínicas
- ✓ Kardex de enfermería
- ✓ Censo de servicio

3.2 Experiencia Profesional

SERUMS: Puesto de salud Alfamayo Inicie mi Serums en el año 2009 y culmine en el año 2010

Fui como jefe del Puesto de Salud me hice cargo de las siguientes estrategias: Inmunizaciones, crecimiento y Desarrollo, Promoción de la Salud, Saneamiento Ambiental TBC, Materno Infantil, Adulto Mayor, leishmania, Malaria, mi población según el Censo era de 402 habitantes; dicha población cuenta con comunidades dispersas algunas con difícil accesibilidad.

Además de cumplir con mis funciones de enfermera realizaba funciones de Médico, obstetra y algunas veces de técnico; las atenciones de medicina en el Puesto de salud de Alfamayo era de 8 a 10 pacientes por día, y las atenciones de enfermería era de 10 a 15 pacientes por día.

Durante el mes un domingo se brindaba atención de salud integral en una de las comunidades de Alfamayo para el cual se solicitaba

al Centro de Salud de Huyro que nos apoye con un personal Médico odontólogo y obstetra, en dicha atención integral se realizaba 30 a 50 atenciones entre las diferentes áreas, se daba tratamiento a los pacientes con TBC y además se hacía seguimiento y se daba charlas los pacientes con dicha patología, en caso de gestantes por ser de alto riesgo de igual manera se hacía seguimiento en caso de no asistir a sus controles de la misma forma en niños menores de 5 años.

Por la ubicación de la población de Alfamayo que es a pie de carretera se tenía varios casos de accidentes de tránsito las que eran de menor complicidad se solucionaba en el Puesto de Salud y las de mayor complejidad se refería al Centro de Salud de Huyro o a Quillabamba o finalmente a Cusco.

La mayoría de la población era adulto mayor con dicha población se trabajaba continuamente sobre todo educándoles a cerca de las diferentes patologías que podían padecer alguno de ellos, también se le explicaba sobre la importancia de lavado de manos entre otros.

Cada fin de mes se hacía entrega de los informes los cuales tenían que ser llevados a la Micro Red en este caso era el centro de Salud de Maranura, cada cierto tiempo nos capacitaba en el Hospital de Quillabamba a veces en el centro de Salud de Maranura también los Municipios de Huyro y Maranura.

Se entregaba alimentos a los niños menores de 5 años, a los pacientes que recibían tratamiento de TBC siempre en cuando pasen por su control o atención.

Durante mi Serums gane mucha experiencia sobre todo como era trabajar en periferie para mi muy diferente a lo en la ciudad en comparación al área asistencial de un hospital Nivel III.

2010 - 2012 trabajo en la Clínica Paredes en el área de hospitalización atendía pacientes nacionales como extranjeros sobre todo pacientes post operados de apendicitis, peritonitis, quistes hidatídicos, fracturas, varices, entre otros.

En el día de trabajo lo primero que se hacía era la entrega de turno para luego pasar visita con los médicos de las diferentes especialidades posterior a la visita se daba el tratamiento correspondiente iniciándose primeramente con tratamiento vía endovenoso, pasando los días y de cuerdo a la mejoría del paciente se le daba tratamiento vía oral, de acuerdo a la evolución del paciente el medico indicaba alta.

La mayoría de los pacientes eran estables rara vez se observaba casos de mortalidad que recuerde eran 2 casos ya que eran pacientes que tenían múltiples enfermedades y además por tratarse de pacientes adultos mayores.

Se realizaba diferentes procedimientos como colocación de sondas nasogástricas, sonda vesical, canalización de vías, control de funciones vitales, curación, administración de nutrición parenteral en bomba de infusión, se hacía registros de balance hídrico, diuresis, control de drenajes, apósitos monitoreo de funciones vitales, etc.

Mi experiencia en la clínica paredes fue fructífera y muy importante

en mi carrera profesional ya que me permite desenvolverse con mayor habilidad y destreza.

Mayo 2012 Hasta la actualidad Hospital Regional del Cusco

Me inicie laborando en el servicio de Emergencia aproximadamente labore en dicho servicio 2 años

El servicio de Emergencia es un servicio muy complejo, se atiende a los pacientes según prioridades sobre todo pacientes de prioridad I, II III muy rara vez pacientes de prioridad IV; dicho servicio cuenta con 8 ambientes: 01 tóxico, 01 de pediatría, 01 SOAT, 01 aislados, 01 mujeres, 01 varones, 01 mixtos, 01 trauma shock en este último ambiente ingresaban pacientes en el cual peligraba su vida muchos de ellos salían del cuadro y otros no, por ejemplo se atendía pacientes en paro cardiorrespiratorio para el cual se realizaba reanimación básica y avanzada, pacientes con hipoglicemia, hiperglicemia, etc.

A los pacientes intoxicados se les hacía lavado gástrico, se les administraba atropina general mente cada 5 minutos según el diámetro pupilar además se les monitorizaba las funciones vitales, también se atendía pacientes con traumatismo encéfalo craneano, diabetes, insuficiencias respiratoria, síndrome doloroso abdominal, EDAS, quemaduras de I, II, III... apendicitis, peritonitis, oclusiones intestinales, fractura, hipertensión, hipotensión, hidatidosis, taquicardias, accidentes de tránsito, heridas por arma de fuego y arma blanca, etc.

Lo primero que se hacía al entrar a trabajar al servicio de Emergencia era revisar el coche de paro y que el resto de equipos

estén operativos

Dentro de las actividades de Enfermería que se realice en el servicio de Emergencia está el control de funciones vitales, administración de medicamentos, colocación de sondas como: orogastrica, nasogástrica, vesical, lavado gástrico, administración de algunos medicamentos por bomba de infusión, aspiración de secreciones, colocación de ventilador mecánico, lavado de sondas vesicales, además se preparaba a los pacientes de cirugía para sala de operaciones.

Los pacientes hospitalizados en el servicio de Emergencia una vez dada la atención en dicho servicio, se le daba de alta o se les hospitalizaba en los servicios de hospitalización como: Cirugía A, Traumatología, Cirugía Especialidades, Ginecología, Neonatología, Medicina A, Pediatría, Medicina C, Neurociencias, en caso de pacientes que necesitaban intervención quirúrgica se les transportaba a sala de operaciones

2014 hasta la actualidad vengo trabajando en el departamento de Cirugía específicamente en el servicio de cirugía especialidades

En este servicio se brinda atención a los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente como por ejemplo: Apendicitis, Peritonitis, Oclusión intestinal, malformación ano rectal, quistes hidatídicos, hipertrofia benigna de próstata, tumor de tiroides, fractura de maxilar, fractura mandibular, varices, fractura de huesos propios de la nariz, traumas oculares abscesos cervicales, etc. Este servicio cuenta con los siguientes especialidades: Cirugía Pediátrica, Urología, Cardiovascular, Cirugía de tórax, Neurocirugía

Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía Cabeza y Cuello.

Lo primero que se realiza después de la entrega de turno es:

- Controlar funciones vitales
- Verificación del coche de paro
- Visita medica
- Registro de kardex de Enfermería
- Asistencia en la curación de pacientes post operados
- Administración de tratamiento indicado
- Procedimientos de Enfermería en los pacientes que lo requieren como por ejemplo colocación de sondas, aspiración de secreciones cura de vías, aspirado gástrico, asistencia en la colocación de drenaje torácico, cambio de frasco de drenajes torácicas, lavado vesicales, preparación de nutrición parenteral, etc.
- Se registra ingresos de pacientes
- Altas de pacientes
- Trasferencias de pacientes a otros servicios según su patología
- Registros de hojas de control de irrigación, diuresis, BHE, de drenajes tubulares y laminares entre otros.

Se lleva y revisa historias clínicas de pacientes que van a ser quirúrgicamente a sala de operaciones, aquellos pacientes que son programados para sala de operaciones so pacientes preparados desde 1 día antes de la intervención quirúrgica se inicia con la programación en sala de operaciones, baño del paciente, se, se prepara la zona que va ser intervenido quirúrgicamente, se prepara medicamentos para intervención quirúrgica, se coloca cartel de

ayunas para sala de operaciones, el día de la intervención quirúrgica del paciente se le controla funciones vitales y se registra en la hoja grafica de la historia clínica, se le canaliza vía periférica con abocat n° 18 en adulto y en niños con abocat n° 22, se le coloca la bata, se le coloca en la camilla y finalmente se traslada al paciente a sala de operaciones y se deja cobertores en dicho servicio, de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica que es aproximadamente de 2 a 4 horas se recoge al paciente de sala de operaciones se le instala en su unida, se le controla funciones vitales, en caso de requerir se le coloca oxigeno por cánula binasal se registra en el kardex de Enfermería las indicaciones post operatorias del paciente, se le administra tratamiento indicado, se apertura y registra el BHE, se monitoriza funciones vitales, se le asiste en sus necesidades, se le brinda confort y comodidad.

Mi experiencia profesional en este servicio es de suma importancia ya que me permite actuar de manera adecuada en las diferentes patologías que se presenta en este servicio

En caso de un paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente de adenomectomia se realiza lo siguiente

PRE - OPERATORIO

PREPARACION DEL PACIENTE

La fase de preparación del paciente incluye las siguientes medidas:

- ✓ Preparación Psicológica: Para disminuir el temor y ansiedad del paciente.
- ✓ Aseo General: Paciente debe ser bañado un día antes de su intervención quirurgica.
- ✓ Rasurado (Tricotomia): Rasurado de la zona a operar un día antes de la intervención quirúrgica.

Día de la intervención quirúrgica

- ✓ Control de funciones vitales y registro en Historia clínica
- ✓ Verificación del peso del paciente en la historia clínica
- ✓ Colocale bata al paciente
- ✓ Colocar cateter endovenoso numero 18
- ✓ Administrar antibiótico 1 hora antes de intervención quirurgica
- ✓ Administrar cloruro de sodio 1000cc a 30 gotas por minuto 1 hora antes de intervención quirurgica
- ✓ Verificar que el paciente no porte prótesis dentaria, lentes de contacto o ningún objeto de metal reloj, etc.
- ✓ Colocar al paciente en camilla para el traslado a sala de operaciones
- ✓ Vendaje de miembros inferiores
- ✓ Cubrir al paciente con cobertores
- ✓ Traslado del paciente a sala de operaciones

POST – OPERATORIO

En esta fase se recoge al paciente de sala de operaciones y se incluye las siguientes medidas:

- ✓ Instalacion del paciente en su unidad
- ✓ Monitoreo de signos vitales y del sitio quirúrgico, incluyendo drenajes
- ✓ Cuidados de la sonda vesical
- ✓ Sistema de irrigación continuo con cloruro de sodio
- ✓ Control en hoja de irrigación
- ✓ Control de diuresis
- ✓ Observar signos de alarma

- ✓ Balance de fluidos
- ✓ Administración de medicamentos: Antibióticos, Analgésicos, etc.
- ✓ Control de hematocrito

3.3 Procesos Realizados En El Tema Del Informe

- Encuestas
- Uso Exell

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

**EDAD DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
2016 - 2017**

EDAD DE LAS ENFERMERAS	ENFERMERAS	
	N°	%
Más de 51 años	5	50
41 – 50 años	2	20
31 – 40 años	2	20
25 – 30 años	1	10
TOTAL	10	100

Elaborado: Xiomar M. Ormachea S.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Al aplicar la encuesta se pudo que determinar que las enfermeras que laboran en servicio de cirugía de Especialidad del hospital Regional del Cusco tienen más de 51 años de edad en un 50% mientras que sólo el 10% tienen de 20 a 30 años de edad, lo que indica que realizan atenciones con experiencia profesional.

TABLA N° 4.2

NIVEL ACADÉMICO DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2016 - 2017

NIVEL ACADÉMICO DE LAS ENFERMERAS	ENFERMERAS	
	N°	%
Especialidad	4	40
Maestría	2	20
Licenciado	4	40
TOTAL	10	100

Elaborado: Xiomar M. Ormachea S.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El nivel de formación académica de las enfermeras del servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional del Cusco es en un 40% con especialidad, 40% licenciados y 20% maestría lo que evidencia que el persona que está laborando en el servicio tiene capacidad y conocimiento en la actividad que desempeña.

TABLA N° 4.3

TIEMPO DE SERVICIO DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2016 - 2017

TIEMPO DE SERVICIO DE LAS ENFERMERAS	ENFERMERAS	
	N°	%
Más de 16 años	2	20
11 - 16 años	2	20
6 - 10 años	4	40
1 - 5 años	1	10
TOTAL	10	100

Elaborado: Xiomar M. Ormachea S.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se pudo determinar que el tiempo de servicio de las enfermeras de Cirugía Especialidades del Hospital Regional del Cusco es de 6-10 años en un 40% y de 1-5 años en 10%, evidenciándose claramente que el personal tiene más de 6 años de experiencia lo que repercute en la forma de atención del paciente post operado.

TABLA N° 4.4

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL
PACIENTE POSTOPERADO DE ADENOMEATOMÍA PROSTÁTICA
SEGÚN INDICADOR DEFINICIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO 2016- 2017**

Nivel de Conocimientos Según Indicador Definición	ENFERMERAS	
	N°	%
ALTO	3	30
MEDIO	6	60
BAJO	1	10
TOTAL	10	100

Elaborado: Xiomar M. Ormachea S.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El nivel de conocimientos sobre los cuidados en pacientes post operados de adenomeatomia prostática según el indicador de definición de las enfermeras del servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional es medio en un 60% y bajo en un 10% lo que indica que no dan una óptima atención al paciente post operado.

TABLA N° 4.5

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL
PACIENTE POSTOPERADO DE ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA
SEGÚN INDICADOR VALORACIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO 2016 - 2017**

Nivel de Conocimientos Según Indicador Valoración	ENFERMERAS	
	N°	%
ALTO	4	40
MEDO	5	50
BAJO	1	10
TOTAL	10	100

Elaborado: Xiomar M. Ormachea S.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según la encuesta se pudo determinar que el nivel de conocimiento en pacientes post operados de adenomectomia prostática según el indicador de valoración de las enfermeras del servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional del Cusco es medio en un 50% y bajo de 10%, lo que evidencia que no se brinda una atención adecuada a los pacientes post operados.

TABLA N° 6

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL
PACIENTE POSTOPERADO DE ADENOMEATOMÍA PROSTÁTICA
SEGÚN INDICADOR DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO 2016 – 2017**

Nivel de Conocimientos Según Indicador Diagnóstico	ENFERMERAS	
	N°	%
ALTO	3	30
MEDIO	6	60
BAJO	1	10
TOTAL	30	100

Elaborado: Xiomar M. Ormachea S.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Se pudo determinar que el nivel de conocimientos sobre los cuidados del paciente post operados de adenomeatomía prostática según el indicar del diagnóstico de las enfermeras del servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional del Cusco es medio en un 60% y bajo en 10%, lo que indica que las actividades que realizan durante la atención en pacientes post operados no es eficiente al 100%.

TABLA N° 4.7

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS EN LOS
CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE
ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
2016 - 2017**

Nivel de Conocimientos	ENFERMERAS	
	N°	%
ALTO	4	40
MEDO	5	50
BAJO	1	10
TOTAL	10	100

Elaborado: Xiomar M. Ormachea S.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El nivel de conocimiento de las enfermeras en el cuidado del paciente post operado de adenomectomia prostática del servicio de cirugía especialidades del hospital regional del Cusco es medio en un 50%, alto en 40% y bajo en un 10%, lo que nos permite percibir que el personal necesita capacitarse para dar una mejor atención al paciente post operado y trabajar con eficacia.

V. CONCLUSIONES

- a) La mayoría de las enfermeras del servicio de cirugía especialidades del hospital regional del cusco tienen un nivel de conocimientos medio. Este dato es de consideración porque tendría implicancias en el desarrollo de los cuidados de la enfermera en paciente post operados; por ello, se requiere que el nivel de conocimientos que maneje la enfermera sea alto y especializado.

- b) Mediante la elaboración y aplicación de guía basada en el proceso de atención de enfermería en pacientes de adenomectomia prostática se concluye que la atención mejorara en base a la evaluación del plan de cuidados lo que fortalece el control adecuado del paciente.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Realizar una investigación relacionada a observar las prácticas de las enfermeras en la atención del paciente post operado de adenomectomía prostática.

- b) Fortalecer y fomentar la capacitación continua y obligatoria a las enfermeras del servicio de Cirugía Especialidades y otorgarles un certificado de participación con nota.

- c) Motivar con incentivos y premios a las enfermeras que demuestren estar capacitándose.

VII. REFERENCIALES

- (1) Escuela Médica de San José. Manual de Urología. Tratamientos Invasivos. Revista de Internet.
- (2) Escuela Médica de San José. Manual de Urología. Tratamientos Invasivos. Revista de Internet.
- (3) Centro Universitario de Salud Pública, Unidad de Investigación de Servicios de Salud, 1996. Cirugía de Hipertrofia Benigna de Próstata, Estándares de uso apropiado. P. 50 – 55
- (4) Trabajo de Urología, la Próstata. Revista de Internet.
- (5) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cirugía Urológica. Tomo IV. Fondo Editorial UNMSM.
- (6) Nancy Angélica Tejado Ovalle. Participación de enfermería en la disminución de la morbilidad post-operatoria inmediata en pacientes de Cirugía Abdominal.
- (7) Rosario Caballero Vargas, María Chávez Cabrera, Carmen Granda Robles. Atención de enfermería en pacientes Prostatectomizados en el Hospital Bravo Chico.
- (8) Sheila Pasquel Soto. Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados postoperatorios de pacientes oncológicos del departamento de abdomen de los servicios de cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2005.

- (9) Martha Vilca Masías. Nivel del Conocimiento de las Enfermeras sobre el proceso de atención en el Hospital Alberto Hurtado Abadía en Tarma en el año 2005.
- (10) Mario Bunge. La Ciencia, su Método y su Filosofía. 1960. (11) Trabajo Monográfico de Epistemología. Revista de Internet.
- (12) East Madigan, Marian. 5° edición. México. Editorial interamericana. 1983.
- (13) A. L. Cervo y P.A. Bervian. Introducción a la filosofía. Manual de filosofía Vol. II, Lima: Santa Rosa, 1961.
- (14) Nancy Burns, Susank. Grove. Investigación en Enfermería, tercera edición, Editorial el Sevier, Madrid, España.
- (15) Barbara Kozier. Fundamentos de Enfermería vol.1. McGraw-Hill Interamericana. Tercera edición 1999
- (16) Ann Marriner Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería, Cuarta edición.1999. Edición en español por Harcourt Brace de España.
- (17) Asociación peruana de facultades y escuelas de enfermería ASPEFEN. Enfermería formación ética para la vida, Perú 1999. p. 30 – 33.
- (18) Lucy Jo Atkinson. Técnicas de Quirófano. 1998, edición en español. Harcourt Brace de España, S.A. p 649 – 652.

- (19) Lidia Novoa Montenegro. Enfermería de quirófano. Arequipa, Perú 1997.
- (20) Beare Myers. El tratado de Enfermería Mosby 1995 edición en español, Mosby-Doyma libros s.a. impreso en Colombia. P. 5-10 y 1070 – 1075.

ANEXOS

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Estimada colega, el presente cuestionario es parte de un trabajo de investigación y tiene como finalidad determinar los conocimientos que tienen las enfermeras referentes a los cuidados del paciente post operado de adenomectomía prostática. El objetivo del trabajo es determinar las áreas críticas del conocimiento con el propósito de crear un manual de cuidados con el fin de brindar atención especializada a los pacientes. Agradezco su colaboración y les informo que sus respuestas serán de carácter anónimo y confidencial.

II . INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de preguntas con alternativas, usted debe marcar con un aspa (X) la alternativa que crea correcta, también llenar con letra clara donde corresponda.

III DATOS GENERALES

1. Edad:

25 – 30 años ()

31 – 40 años ()

41 - 50 años ()

más de 51 años ()

2. Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

3. Nivel académico:

Licenciado (a) ()

Post grado: Maestría: () en:

Especialidad: () en:

4. Tiempo de servicio en la profesión:
De 1 a 5 años () De 6 a 10 años ()
De 11 a 16 años () Más de 16 años ()

IV DATOS ESPECÍFICOS:

1. **¿Cómo define Adenoma de Próstata?**

- a) Es el cáncer de la próstata que tiene que ser tratado quirúrgicamente para mejorar el flujo urinario.
- b) Es el tumor benigno común en varones mayores de 50 años y conlleva a la interferencia del flujo urinario.
- c) Es un proceso cuya etiología depende de la edad de los varones y de las hormonas.
- d) Es el proceso benigno que obstruye el trigono vesical en los varones mayores de 50 años.

4. **¿Cuál es la definición de adenomectomía prostática?**

- a) Es la intervención quirúrgica que extirpa la próstata para curar el cáncer.
- b) Es la intervención quirúrgica para extraer la totalidad o parte de la glándula prostática.
- c) Es la intervención quirúrgica para extraer toda la próstata, las vesículas seminales y ganglios.
- d) Es la intervención quirúrgica que se realiza en pacientes con cáncer de próstata.

3. **¿Cuáles son las técnicas operatorias más frecuentes para realizar una adenomectomía prostática?**

- a) Prostatectomía suprapúbica, RTU, prostatectomía perineal, prostatectomía abierta, prostatectomía retropúbica.
- b) RTU, prostatectomía abierta, prostatectomía perineal,

prostatectomía vesical, prostatectomía retropúbica.

- c) Prostatectomía perineal, prostatectomía suprapúbica, prostatectomía lateral, prostatectomía endoscópica.
- d) Prostatectomía transuretral, prostatectomía suprapúbica, prostatectomía retropública, prostatectomía perineal.

4. Consiste en la apertura de la vejiga y a través de ella extirpar el tumor obstructivo:

- a) Prostatectomía retropúbica.
- b) Prostatectomía transuretral
- c) Prostatectomía suprapúbica
- d) Prostatectomía perineal

5. La irrigación en el paciente post operado de adenomectomía prostática debe ser:

- a) Intermitente para evitar el taponamiento de la sonda.
- b) Continúa para favorecer la disuria.
- c) Intermitente para evitar la hemorragia.
- d) Continúa para evitar la formación de coágulos.

6. La solución que se utiliza en la irrigación es:

- a) Agua destilada b) Glicina
- c) Suero fisiológico d) Dextrosa al 5%

7. La complicación más frecuente de la prostatectomía en el post operatorio inmediato es:

- a) Infección
- b) Distensión abdominal
- c) Obstrucción por coágulos
- d) Hemorragia

8. Son algunos insumos necesarios para instalar la irrigación continua:

- a) Sonda Foley de dos vías, bolsa colectora de orina, frasco de suero fisiológico.
- b) Sonda Foley de tres vías, bolsa colectora de orina, frasco de suero fisiológico.
- c) Sonda Foley de tres vías, bolsa colectora de orina, frasco de Cloruro de Sodio al 9%
- d) Sonda Foley de tres vías, jeringa para colectar la orina, frasco de suero fisiológico.

9. Es la primera valoración que realiza la enfermera al paciente post operado de adenomectomía prostática:

- a) Valoración del sistema de irrigación.
- b) Valoración de signos vitales.
- c) Valoración del sistema neurológico.
- d) Valoración de la permeabilidad de la vía aérea.

10. Al aplicar la valoración en un paciente post operado de adenomectomía prostática lo hacemos de acuerdo a:

- a) Respuestas humanas dominios, patrones disfuncionales.
- b) Patrones funcionales, dominios, taxonomía.
- c) Dominios, respuestas verbales, respuesta funcional.
- d) Patrones funcionales, respuestas humanas, dominios.

11. Lo más importante en la valoración de enfermería relacionada al sistema de irrigación es:

- a) La distensión abdominal.
- b) La permeabilidad de la sonda vesical.
- c) El tipo de solución que se está irrigando.
- d) El balance hídrico del paciente.

12. Uno de los datos valorados en un paciente post operado de adenomectomía prostática sería:

- a) Presencia de irrigación vesical permanente, paciente despierto.
- b) Paciente con sonda vesical con presencia de herida.
- c) Presencia de orina hematórica, presencia de irrigación vesical permanente.
- d) Paciente con antecedentes familiares de enfermedad oncológica, presencia de irrigación.

13. Cuando en la Ud. nota obstrucción de la sonda vesical, esto puede producir al paciente:

- a) Distensión abdominal, riesgo de infección, disminución del globo vesical.
- b) Aumento del dolor, aumento del riesgo de hemorragia, globo vesical.
- c) Distensión abdominal, aumento del drenaje vesical hematórico, balance hídrico positivo.
- d) Disminución de la presión arterial, taquicardia, disminución del globo vesical.

14. Es un Diagnóstico de enfermería idóneo para un paciente post operado inmediato de adenomectomía prostática:

- a) Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdidas sanguíneas, irrigación vesical.
- b) Dolor crónico relacionado a proceso postoperatorio.
- c) Alteración de la integridad física relacionado a traumatismo quirúrgico.
- d) Autoestima deteriorada relacionada a cirugía realizada.

15. Un Diagnóstico Potencial de enfermería más frecuente en un paciente post operado de adenomectomía será:

- a) Riesgo de aspiración relacionado con estado de consciencia.
- b) Riesgo de infección relacionado con sistema de irrigación vesical.
- c) Riesgo de hemorragia relacionado a obstrucción de sonda vesical.
- d) Riesgo de ansiedad relacionado al ambiente desconocido.

16.Cuál es el primer enunciado del Diagnóstico de enfermería:

".....relacionado al ambiente quirúrgico desconocido y el pronóstico de la enfermedad"

- a) Ansiedad y dolor
- b) Inquietud y somnolencia
- c) Ansiedad y temor
- d) Temor y miedo

17. ¿Cuál sería su Intervención si un paciente post operado no elimina diuresis por la sonda vesical?

- a) Realiza el lavado vesical con jeringa de 10ml o 20ml.
- b) Ordeñar la sonda y realizar lavado vesical.
- c) Cambiar la sonda vesical inmediatamente.
- d) Llama al médico y prepara el equipo para cambio de sonda vesical.

18. Con respecto al manejo de la bolsa colectora:

- a) Se vacía el contenido cuando ha llenado un 100% del volumen para tener un balance exacto.
- b) Se vacía el contenido en el momento que se nota la presencia de coágulos para evitar que se obstruya.
- c) Se vacía el contenido antes que se llene completamente para evitar el reflujo ascendente.
- d) Se vacía el contenido cuando el contenido ha alcanzado los 1000ml

para realizar el balance.

19. A la sospecha de hemorragia, Ud. valora:

- a) Temperatura, pulso, estado de consciencia.
- b) Pulso, dolor, presión arterial.
- c) Presión arterial, diuresis, temperatura.
- d) Pulso, frecuencia cardiaca, presión arterial.

20. ¿En qué momento debe iniciarse la analgesia al paciente quirúrgico de adenoma prostático?

- a) En el intraoperatorio
- b) En el preoperatorio
- c) En el postoperatorio
- d) No se debe usar

21. La característica del drenaje vesical que indican a la enfermera una probable complicación severa es:

- a) Drenaje transparente.
- b) Drenaje hematórico.
- c) Drenaje seroso con coágulos.
- d) Drenaje turbio.

22.Cuál es el Objetivo para el siguiente Diagnóstico de enfermería:

“Alteración del bienestar y dolor relacionado a la de herida operatoria y procedimientos invasivos”:

- a) El paciente referirá dolor sólo en el momento de la inspiración.
- b) El paciente referirá dolor sólo en el momento de la espiración.
- c) El paciente será capaz de referir dolor mínimo durante el post operatorio inmediato; un EVA = 0 – 3.
- d) El paciente será capaz de referir dolor mínimo en el post operatorio inmediato; un EVA = 7 - 10

23. El Objetivo: *“El paciente será capaz de referir disminución del dolor”, será medido a través de:*

- a) Escala Analógica Visual de 3 a 10
- b) EVA de 0 - 10
- c) Escala de Aldrete de 0 - 10
- d) Escala de Glasgow de 0 a 15

24. Cuál es el enunciado que demuestra que se alcanzó el siguiente Objetivo:

“El paciente disminuirá riesgo de traumatismo durante el post operatorio inmediato”

- a) Paciente no refiere dolor después de ser atendido de flebitis en la zona de la punción.
- b) Paciente refiere no sentir dolor después jalar la sonda vesical al momento de movilizar la pierna.
- c) Paciente presenta piel y mucosa libre de lesiones.
- d) Paciente presenta apósitos secos y limpios en la zona operatoria.