

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



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST-PROSTATECTOMÍA
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL
JOSÉ CAYETANO HEREDIA ESSALUD- PIURA, 2014 - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

VILMA LUZ UNTIVEROS MONTALVAN

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 247

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1704-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Teórico	10
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	33
3.1 Recolección de Datos	33
3.2 Experiencia Profesional	33
3.3 Procesos Realizados del Informe	34
IV. RESULTADOS	39
V. CONCLUSIONES	43
VI. RECOMENDACIONES	44
VII. REFERENCIALES	45
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

El presente informe denominado **INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE PACIENTES POST PROSTATECTOMIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA**, tiene como propósito informar el trabajo profesional de las enfermeras en el servicio de Cirugía de especialidades EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA del hospital III José Cayetano Heredia de Es salud Piura.

El presente informe muestra el contexto en el cual desarrollan sus actividades las enfermeras en la atención de pacientes postprostatectomizados dentro de un complejo contexto de sobrecarga laboral, con pacientes con múltiples patologías crónico-degenerativas, con hacinamiento, y con falta de respuesta del llamado al médico de emergencia, por las tardes y en las guardias nocturnas para resolver problemas de obstrucción de sondas de eliminación urinaria, pese al registro en la historia clínica de su no acercamiento a la evaluación del paciente, los cuales conllevan a la intervención humanitaria y hasta muchas veces exponiéndonos al riesgo de la situación legal de la enfermera al tener que realizar un procedimiento médico para resolver dicha problemática suscitada en el paciente, procedimiento por el cual he logrado múltiples agradecimientos durante mi experiencia profesional.

El informe se desarrolló mediante la utilización de las técnicas como la observación y el análisis documentado de la combinación de la teoría con la práctica las cuales se enriquecen y fortalecen recíprocamente en el desempeño profesional.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática.

Dado el incremento de la longevidad también se ha visto notablemente el incremento de las anomalías prostáticas tales como la hiperplasia prostática benigna, padecimiento de la próstata que pocos varones conocen pero que, a la vez, es muy frecuente en personas de 40 años o más y que afecta el funcionamiento de sus sistemas urinario y sexual, por lo que disminuye en forma considerable su calidad de vida, dichas personas acuden a los establecimientos de salud y muchas de ellas por lo avanzado de la enfermedad requieren de la intervención quirúrgica para terminar con dicha problemática, adicional al problema de la hiperplasia prostática se encuentra el cáncer de próstata en el cual la sintomatología es muy parecida a la hiperplasia prostática pero su pronóstico es menos favorable comparado con la hiperplasia. (1)

Actualmente se realizan diferentes tipos de tratamiento tales como las farmacológicas, quirúrgicas y las de soporte. dentro de los cuidados enfermeros se encuentra el cuidado de la permeabilidad del sistema urinario del paciente que lo requiere tanto en el pre como en el postoperatorio siendo el objetivo evitar su obstrucción el enfermero tendrá una serie de cuidados y principios para lograr

dichos resultados (2), sin embargo no siempre este objetivo es logrado por múltiples factores motivo por el cual me interese en realizar el presente informe de experiencia profesional respecto a los cuidados de enfermería en pacientes post prostatectomizados del hospital Cayetano Heredia ESSALUD Piura.

1.2. Objetivos

Describir los cuidados de enfermería en el paciente post-prostatectomía del servicio de cirugía de especialidades del hospital Cayetano Heredia Es salud Piura.

1.3. Justificación:

El presente informe se justifica porque en el servicio de cirugía especialidades la unidad de urología tiene como mayor incidencia de pacientes quirúrgicos a los prostatectomizados, los cuales requieren de cuidados de profesionales con un amplio marco teórico-conceptual procedimental y actitudinal, ya que la cirugía de próstata involucra un estado de cambio en las capacidades físicas e ideológicas del paciente que muchas veces no logra afrontar eficazmente una de las complicaciones más comunes en dicho paciente como es la obstrucción del sistema de irrigación continua.

Además se ha observado que en algunos turnos se presentan mayores casos de obstrucción de los sistemas de irrigación continua de los pacientes con patología prostática que en otros debido a la inadecuada vigilancia del sistema de irrigación permanente, la no existencia y discusión continua de protocolos, avances científicos y otros derivados de las capacitaciones multidisciplinarias.

Por lo que el presente informe permitirá lograr avances respecto a los siguientes aspectos:

TEÓRICO, permitirá profundizar el área de los conocimientos y saberes respecto a los cuidados que requieren los pacientes operados de próstata

PRACTICO permitirá aumentar las destrezas de los profesionales, estudiantes y o familiares respecto a las intervenciones en el cuidado del paciente con cirugía de próstata

ECONÓMICO dado que el nivel de conocimientos y destrezas influyen en el cuidado eficiente, este a su vez disminuye las complicaciones lo que conlleva a un ahorro y reducción de costos tanto para la institución como para la familia

SOCIAL, beneficiara a la familia que tiene dentro de su hogar un integrante con cirugía de próstata, su reincorporación y rehabilitación será más precoz si se brinda un cuidado multidisciplinario y conociendo los diversos factores que contribuyen en la recuperación y rehabilitación e independencia funcional del paciente

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Castro y De La Concepción, (2014) en su estudio titulado: "Atención de enfermería en la resección transuretral de próstata en el servicio de urología del instituto de nefrología enero del 2000 a diciembre del 2004", tuvo como objetivo conocer las principales complicaciones, así como las acciones de enfermería necesarias para tratar y prevenir estas complicaciones siendo este personal el que más cerca está del paciente en el post operatorio. Como resultado obtuvimos que la complicación más frecuente fue la hematuria en el 21.87% de los casos y el lavado vesical fue la acción de enfermería más frecuente realizada. (3)

Carrillo Victoria en su tesis titulada "Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos y mediatos al paciente post operado de resección trans uretral de próstata hospitalizado en el servicio de urología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco De Seguridad Social 2006", dentro de las principales conclusiones a las que se llegaron en este estudio son las siguientes. El 100% del personal de enfermería del servicio de urología no conoce en qué consiste el procedimiento y sus complicaciones lo que repercute que el cuidado de enfermería no se brinde con conocimiento científico y en forma oportuna en el

post operatorio inmediato y mediato. Un porcentaje significativo (76%) considera importante vigilar por dolor y el estado de conciencia del paciente post operado de Resección Transuretral de Próstata, esto se convierte en un factor favorable para brindar un cuidado de calidad. (4)

Varillas Cuentas, B. (2006), en su tesis "Calidad del cuidado de enfermería en el control de las complicaciones en pacientes post operados inmediatos de cirugía prostática, en el Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen- ESSALUD Setiembre – Diciembre del 2005". El objetivo fue determinar la calidad del cuidado de enfermería y el control de complicaciones más frecuentes en pacientes post operados inmediatos de cirugía prostática.

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fue la observación y el análisis documental, los instrumentos fueron una ficha de registro de complicaciones y una lista de cotejo que permitió monitorizar el cuidado brindado en el pre y post operatorio, la validez de dichos instrumentos se obtuvo mediante el juicio de expertos y la confiabilidad según el coeficiente Kuder Richarson (0.84).

Los resultados de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al paciente post operado inmediato de cirugía prostática en el control

de las complicaciones observadas, se encuentra entre los niveles regular y bueno.

Entre las conclusiones más importantes se señala que el cuidado de enfermería fue de nivel regular, el comportamiento de riesgo de complicaciones se eleva considerablemente en la etapa post operatoria por las alteraciones hemodinámicas que ocurren en el organismo y otras variables como la edad del paciente y el tipo de cirugía, siendo las complicaciones presentadas las hematurias leves, moderadas y en menor proporción las hematurias severas y los desequilibrios hidroelectrolíticos (5)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Hiperplasia prostática benigna

a. Generalidades

La hiperplasia adenomatosa benigna de la glándula Prostática peri-uretral o agrandamiento de la próstata, se denomina hiperplasia prostática benigna o HPB, un problema común en casi todos los hombres a medida que envejecen, es frecuente en varones mayores de 50 años, que produce grados variables de obstrucción de la salida de la vejiga. Su etiología es desconocida, pero puede implicar alteraciones del equilibrio hormonal asociadas al envejecimiento.

b. Síntomas y Signos

Los síntomas de la obstrucción a la salida de la vejiga incluyen polaquiuria progresiva, con urgencia y nicturia, debidas al incompleto vaciamiento y a la rapidez con que se vuelve a llenar la vejiga.

Aparece una micción intermitente y entrecortada con disminución de la fuerza y del tamaño del chorro miccional. Puede sobrevenir una sensación de vaciamiento incompleto, goteo terminal, incontinencia casi continua por rebosamiento o retención urinaria completa.

Al tacto rectal la próstata puede estar aumentada de tamaño con una consistencia gomosa y a menudo perdida del surco mediano. Sin embargo el tamaño puede ser engañoso. Una próstata pequeña al tacto rectal puede estar suficientemente agrandada para producir una obstrucción.

Las congestión de las venas superficiales de la uretra prostática y del trigono puede producir hematuria secundaria a la rotura mientras el paciente se esfuerza en evacuar.

El escozor a la micción y los escalofríos y la fiebre indican una infección urinaria.

Pueden producirse episodios de retención urinaria aguda completa consecutivamente a los intentos prolongados por retener la orina.

La vejiga urinaria distendida puede ser palpable o percutible en la exploración física.

La retención urinaria prolongada parcial o incompleta puede producir insuficiencia renal progresiva y azoemia.

c. Diagnóstico

La hiperplasia Prostática benigna con obstrucción de la salida de la vejiga se sospecha sobre la base de los síntomas y signos. Una próstata indurada y dolorosa a la presión sugiere prostatitis, mientras que una próstata nodular de dureza pétreo suele indicar carcinoma o en ocasiones cálculos Prostáticos.

El antígeno Prostático específico esta moderadamente elevado en el 30-50% de los pacientes afectados de una hiperplasia Prostática benigna, dependiendo del tamaño de la próstata y del grado de obstrucción.

En la obstrucción prolongada se observa dilatación de los uréteres e hidronefrosis.

La cistografía post-miccional indica la cantidad de orina residual, y el sondaje permite un drenaje preliminar para estabilizar la función renal y controlar adecuadamente la infección urinaria.

La cistoscopia permite estimar el tamaño de la glándula y el acceso quirúrgico apropiado, ofreciendo además una oportunidad para diferenciar entre una contractura del cuello vesical, una prostatitis crónica y otros fenómenos obstructivos.

La instrumentación debe evitarse hasta haber decidido la terapéutica definitiva, ya que la manipulación puede inducir un aumento de la obstrucción, traumatismos e infección.

El diagnóstico al igual que en el Carcinoma Prostático se basa en los hallazgos clínicos (tacto rectal), Antígeno Prostático Específico, Biopsia por Punción, Fosfatasa Ácida Prostática y Ultrasonido Transrectal.

d. Tratamiento

Cuando la obstrucción de la salida de la vejiga se acompaña de infección urinaria o azoemia, la terapéutica inicial debe ser médica, dirigida a estabilizar la función renal, hay que interrumpir los medicamentos anticolinérgicos y simpaticomiméticos y erradicar la infección.

El drenaje con catéter, ya sea uretral o suprapúbico, puede ser conveniente en la obstrucción avanzada de la salida de la vejiga. En la vejiga distendida y crónicamente obstruida es aconsejable

una descompresión lenta y puede producirse una diuresis post-obstructiva.

El tratamiento con bloqueadores alfa que incluyen el Doxozosin, el Prazosin y el Terazosin, producen una relajación de los músculos de la próstata y dan una mejoría de los síntomas entre el 59 y 86% de los pacientes pero sus problemas inmediatos van del 3 al 43% e incluyen principalmente hipotensión, cefalea y mareos.

El tratamiento con inhibidores específicos de la enzima 5^a. reductasa, la cual permite el paso de la testosterona a un andrógeno más potente, la dihidrotestosterona es un medicamento que reduce el tamaño de la próstata lo cual es logrado por desestimulación hormonal, produce una mejoría de los síntomas del 54 al 78% y tiene efectos secundarios en 14 a 19% de los pacientes, que incluyen disminución de la libido e impotencia sexual.

El tratamiento definitivo es quirúrgico, se recomienda en todos los casos en que los pacientes presentan los siguientes síntomas:

- No pueden orinar.
- Bloqueo y acumulación de orina que llega hasta los riñones y los daña.
- Infecciones urinarias frecuentes.
- Sangrado severo a través de la uretra.

- Cálculos en la vejiga.

La resección transuretral de la próstata (RTUP) es el procedimiento quirúrgico de elección y presenta la ventaja que es aceptado por el paciente, ya que no requiere una incisión y se asocia a una baja morbilidad. Es un procedimiento quirúrgico endoscópico con anestesia raquídea, indicado frente al diagnóstico de adenoma de próstata o hiperplasia prostática benigna de volúmenes moderados, o en casos de pacientes con riesgo anestésico elevado.

La Resección Transuretral de Próstata (RTUP) consiste en resecar tejido prostático para disminuir los síntomas de obstrucción urinaria, se realiza a través de la uretra (conducto que comunica la vejiga con el exterior, útil para evacuar la orina), mediante un instrumento llamado resector endoscópico que permite visualizar la intervención mediante un monitor a través de una endocámara. Los fragmentos de tejido prostático resecados se envían para estudio anatomopatológico (biopsia).

Aun en manos expertas puede haber un mínimo de complicaciones como hemorragias, ruptura vesical, estenosis de uretra, infección de trato urogenital, después de una adecuada RTUP casi siempre hay una eyaculación retrograda. Una sonda vesical permanece en

vejiga 72 Hrs. Con irrigación para confirmar un flujo sin obstrucción y sangrado.

La adenomectomía prostática retropúbica o transvesical. Las hipertrofias prostáticas benignas mayores pueden tratarse por cirugía abierta, utilizando el acceso suprapúbico o retropúbico que permite la enucleación del tejido adenomatoso desde dentro de la cápsula quirúrgica.

Todos los métodos quirúrgicos requieren un drenaje postoperatorio con catéter durante algunos días. El pronóstico es excelente y el paciente suele mantener la potencia sexual preoperatoria, que habitualmente se asocia a eyaculación retrógrada. Se está estudiando el papel de la dilatación de la próstata con balón en algunos pacientes. (6)

2.2.2. Cáncer de próstata

a. Generalidades

Es el cáncer que empieza en la glándula prostática. La próstata es una pequeña estructura con forma de nuez que forma parte del aparato reproductor masculino. Este órgano rodea la uretra, el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo.

b. Epidemiología y factores de riesgo

El cáncer de próstata es la causa más común de muerte por cáncer en hombres mayores de 75 años de edad. Este tipo de cáncer rara vez se encuentra en hombres menores de 40 años de edad.

Las personas que están en mayor riesgo incluyen:

- Hombres que consumen demasiado alcohol.
- Granjeros, pintores.
- Hombres que consumen una dieta rica en grasa, especialmente animal.
- Hombres obesos.
- Trabajadores de plantas de neumáticos.
- Hombres que han estado expuestos al cadmio.

El cáncer de próstata es menos común en personas que no comen carne (vegetarianos).

c. Síntomas

Con el cáncer de próstata incipiente, a menudo no hay ningún síntoma.

- Demora o lentitud para iniciar la micción.

- Goteo o escape de orina, con mayor frecuencia después de la micción.
- Chorro urinario lento.
- Esfuerzo al orinar o no ser capaz de vaciar toda la orina.
- Sangre en la orina o el semen.

Cuando el cáncer se ha diseminado, puede haber dolor o sensibilidad ósea, con mayor frecuencia en la región lumbar y los huesos de la pelvis.

d. Pruebas y exámenes

Un tacto rectal anormal puede ser la única señal del cáncer de próstata.

Se necesita una biopsia para saber si usted tiene cáncer de próstata. Una biopsia es un procedimiento para extraer una muestra de tejido de la próstata. La muestra se envía a un laboratorio para su análisis.

El médico puede recomendar una biopsia si:

- El nivel de antígeno prostático específico se encuentra alto, incluso antes que haya algún síntoma.
- El tacto rectal revela una superficie dura e irregular.

Los resultados de la biopsia se reportan usando lo que se denomina el grado y puntaje de Gleason.

El grado de Gleason indica qué tan rápido se podría diseminar el cáncer. Se clasifican los tumores en una escala de 1 a 5. Se pueden tener diferentes grados de cáncer en una muestra para biopsia. Los dos grados más comunes se suman entre sí. Esta suma da el puntaje de Gleason. Cuanto más alto sea el puntaje de Gleason, mayor será la probabilidad de que el cáncer se pueda diseminar más allá de la glándula prostática:

- Puntajes de 2 a 5: cáncer de próstata de grado bajo.
- Puntajes de 6 a 7: cáncer de grado intermedio (o en la mitad). La mayoría de los cánceres de la próstata se ubican en este grupo.
- Puntajes de 8 a 10: cáncer de grado alto.

Se pueden hacer los siguientes exámenes para determinar si el cáncer se ha diseminado:

- Tomografía computarizada
- Gammagrafía ósea
- Resonancia magnética

La prueba de sangre del PSA también se utilizará para vigilar el cáncer después del tratamiento.

e. Tratamiento...

El tratamiento depende de muchos factores, que incluyen su puntaje de Gleason y su salud en general. El médico hablará con usted sobre sus opciones de tratamiento.

Si el cáncer no se ha propagado por fuera de la glándula prostática, los tratamientos comunes incluyen:

- **Cirugía (prostatectomía radical)**
 - **Radioterapia**, por ejemplo braquiterapia y terapia de protones
- Si usted es mayor, el médico puede recomendarle simplemente vigilar el cáncer con pruebas de PSA y biopsias.
- **Hormonoterapia** se utiliza principalmente para cáncer que se ha propagado más allá de la próstata. Esta opción ayuda a aliviar los síntomas y previene el crecimiento y diseminación de cáncer en el futuro. Sin embargo, no cura el cáncer.

Si el cáncer de próstata se disemina incluso después de haber probado con hormonoterapia, cirugía o radiación, el tratamiento puede incluir: Quimioterapia e inmunoterapia (medicamento que provoca que el sistema inmunitario ataque y destruya las células cancerosas)

La cirugía, la radioterapia y la hormonoterapia pueden afectar el desempeño sexual. Los problemas con el control urinario son posibles después de la cirugía y la radioterapia. Hable sobre sus inquietudes con su proveedor de atención médica.

Después del tratamiento para el cáncer de próstata, se le vigilará muy de cerca para constatar que el cáncer no se disemine. Esto implica chequeos de rutina, que incluyen exámenes de sangre del antígeno prostático específico (generalmente cada 3 meses a 1 año).

El pronóstico depende de si el cáncer se ha diseminado por fuera de la glándula prostática y del grado de anormalidad de las células cancerosas (puntaje de Gleason).

2.2.3. Cuidados de enfermería en el postoperatorio de cirugía de próstata.

a. Periodo post operatorio

Es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica, finalizar con la muerte. El post operatorio puede dividirse en inmediato y mediato.

Periodo post operatorio Inmediato Es la atención que se le da al paciente desde las primeras horas luego de una cirugía hasta un día después de la operación implica ayudarlo en forma continua a recuperarse de los efectos de la anestesia, valorar su estado fisiológico con frecuencia, vigilar si hay algunas de estas complicaciones: hipotensión, hipertensión, fiebre y luego tratar el dolor y aplicar las medicinas concebidas para alcanzar los objetivos a largo plazo de independencias en los cuidados personales.

Periodo post operatorio Mediato

Continúa luego de las 24 horas y se empieza por la movilización del paciente para evitar complicaciones secundarias a la cirugía.

(7)

b. Descripción de los cuidados de enfermería

El enfermero es el personal más importante en el postoperatorio de la cirugía del tracto urinario inferior, por ser el encargado de enfrentar y ayudar a dar solución a las complicaciones que puedan existir. Por lo que se hace necesario mencionar algunos cuidados de Enfermería específicos de esta cirugía.

1-Recibir al paciente procedente de la unidad quirúrgica y realizar medición de signos vitales enfatizando tensión arterial y pulso.

2-Mantener sondas vesical y drenajes permeables.

3-Si el paciente viene con cistoclasia se debe mantener vigilancia extrema manteniendo un ritmo de 20 a 40 gotas por minutos si no hay sangramiento importante, para evitar que exista retención urinaria por coágulos.

4- En caso de retención urinaria por coágulos donde haya necesidad de realizar lavados vesicales o cambio de sonda se harán teniendo en cuenta todas las medidas de bioseguridad para evitar infección.

5-Vigilar que el paciente no ingiera alimentos hasta cuatro horas después de haber salido de la unidad quirúrgica.

6-Enviar al laboratorio de urgencia los chequeos de hematocrito y sodio que sean indicados, vigilar que se realice la extracción y reclamar los resultados.

7-Cumplimiento estricto de la hidratación prescrita por el médico y la administración de antibioticoterapia y analgésicos.

8-Apoyo emocional a pacientes y familiares explicándole los aspectos referentes a la cirugía haciendo énfasis en la importancia del reposo en el momento del alta (8)

La preparación quirúrgica comienza la tarde previa a la cirugía cumpliendo las medidas asépticas establecidas en protocolo de

intervención quirúrgica (rasurado de genitales, enema de limpieza, higiene / ducha preoperatoria e higiene bucal con antiséptico, administración de profilaxis antimicrobiana y profilaxis tromboembólica subcutánea).

Al finalizar el turno de noche preparamos la historia clínica y comprobamos que el paciente lleva puesta la pulsera identificativa de grupo sanguíneo, la retirada de prótesis y joyas y que ha realizado higiene bucal con antiséptico .

Si el paciente es portador de sonda vesical se le conectará a bolsa de diuresis de circuito cerrado para evitar así el riesgo de infecciones nosocomiales.

La noche anterior se dejará al paciente en ayunas y comenzaremos con la administración de fluidoterapia para mantener un buen estado de hidratación previo a la cirugía.

Cuidados de enfermería en el Postoperatorio inmediato de prostatectomía.

Las actividades a realizar van a estar centradas en el cuidado del paciente, cubriendo las necesidades alteradas que se han identificado derivadas del mismo proceso quirúrgico y la prevención de las posibles complicaciones:

- Hemorragia/hematuria.

- Hipotensión/shock hipovolémico.
- Dolor: por espasmo vesical o por distensión vesical derivada de una obstrucción del catéter.
- Síndrome pos-RTU (síndrome hiponatrémico).
- Alteraciones respiratorias.
- Efectos secundarios de la anestesia raquídea:
 - _ Hipotensión.
 - Cefaleas: por pérdida de LCR.
 - Lumbalgias y dolor de espalda (pospunción).

Para evaluar el estado hemodinámico del paciente realizaremos control de constantes a su llegada a planta y posteriormente cada 3 horas hasta su estabilización. En la tarde tomaremos temperatura y realizaremos extracción de sangre para control analítico.

Uno de nuestros principales objetivos es mantener la permeabilidad del catéter. Durante el tiempo que se mantiene el suero de lavado (irrigador) realizaremos un balance de entrada y salida de cada suero, ya que éste nos puede indicar una posible retención del mismo. Los signos que nos pueden indicar una obstrucción son:

- El paciente está sudoroso, refiere dolor abdominal localizado en hipogastrio y deseos de orinar.

- El ritmo de entrada del suero lavador no coincide con el ritmo de salida a bolsa de orina.
- Se produce un escape de orina por perisonda
- Escaso débito en la bolsa de orina.
- Retención urinaria (a la palpación, globo vesical). En caso de obstrucción realizaremos una irrigación o lavado manual para evacuar los coágulos sanguíneos que la ocasionan. Una vez comprobada la permeabilidad de la sonda se le indicará al paciente que no realice ningún esfuerzo cuando tenga la sensación de orinar, enseñándole a su vez ejercicios de relajación y administraremos analgesia, según pauta de tratamiento. Si en la valoración posquirúrgica el paciente es portador de tracción en sonda vesical nos indicará que se ha producido un sangrado en quirófano y que ha sido controlado mediante hemostasia por compresión, (la tracción de la sonda se retirará a las 24 horas para evitar úlceras por presión

Instruiremos al paciente y familia de los cuidados del catéter vesical, suero de lavado, fluidoterapia y de los signos de alarma.

Debido a que este paciente es intervenido bajo anestesia raquídea, le mantendremos en posición Fowler, en reposo

absoluto, hasta pasadas las 24 h de la cirugía. Le insistiremos en la importancia de movilizar extremidades inferiores en la cama.

La dieta del paciente se iniciará a las 6 horas posteriores a la intervención con una tolerancia a líquidos, y si ésta es correcta, se retirará la fluidoterapia, indicándole la importancia de un buen aporte hídrico tanto para mantener la permeabilidad del catéter como para minimizar los posibles efectos secundarios de la anestesia raquídea.

Cuidados de enfermería en el postoperatorio mediato de prostatectomía

Al día siguiente de la cirugía el paciente va a presentar una serie de alteraciones:

En relación al baño, higiene, evacuación, aseo, los cuidados Vestido y arreglo personal se realizarán siguiendo el protocolo de paciente encamado.

Se instruirá al paciente de la importancia de ingesta hídrica, ya que al presentar buena tolerancia se le retira la fluidoterapia.

A su vez retiramos vía IV después de administrar última dosis de antibiótico por vía parenteral, pasando a vía oral.

realizaremos los cuidados de sonda vesical, dirigidos a evitar infecciones. Mantener bolsa de diuresis por debajo del nivel de la vejiga, sin que ésta toque el suelo.

- Vaciar bolsa de diuresis cada ocho/doce horas.
- Higiene del meato.
- Vigilar color y aspecto de orina.

La medición y registro de temperatura se realizará cada 12 horas. Un objetivo que va a ser continuo en todo este proceso es mantener la permeabilidad del catéter vesical.

Ante la presencia de dolor referido por el paciente, la primera medida a tomar es comprobar la permeabilidad del catéter vesical. Una vez comprobada la permeabilidad se le indicará al paciente, que no realice ningún esfuerzo cuando tenga la sensación de orinar, enseñándole a su vez ejercicios de relajación y administrándole analgesia, según pauta de tratamiento comprobando su efectividad.

La movilización del paciente no la realizaremos hasta las 17 horas si el paciente no presenta cefalea (secundaria a anestesia raquídea) o hematuria importante, acostándole a las 21 h. Se instruirá al paciente y familia del manejo de dispositivos terapéuticos (sonda vesical y suero irrigador).

El objetivo que va a ser continuo en todo este proceso es mantener la permeabilidad del catéter vesical, realizando lavados vesicales manuales en caso de obstrucción. Si el paciente presenta orina clara y el catéter es permeable, se puede retirar el suero de lavado.

En el segundo día postoperatorio al paciente se le facilitará ayuda hasta que sea capaz de asumir los autocuidados (baño/higiene).

Instaremos al paciente a la deambulación proporcionándole la ayuda que precise e insistiremos en la importancia de la actividad física.

Realizaremos los cuidados de sonda vesical, dirigidos a evitar infecciones y traumatismos.

Se comprueba la permeabilidad de la sonda vesical y la coloración de la orina, si todo está correcto se procede a retirar el suero de lavado.

En el tercer día postoperatorio el paciente será independiente en su autocuidado, en este día se ejecuta el alta del paciente tras la retirada de la sonda vesical. Se le informará de lo que va a sentir durante y tras la retirada de la sonda vesical, para ello le pediremos que siga los consejos y colabore. Las posibles complicaciones que se pueden presentar tras la retirada de la sonda son:

- Incontinencia urinaria funcional, hasta que se restablezca su función urinaria normal, por lo que se enseñará al paciente ejercicios de continencia.
- La retención urinaria es poco frecuente, pero si esto ocurre, se procederá al sondaje vesical.
- Hematuria.
- Uretrorragia. Se le entregarán por escrito explicándolas detalladamente recomendaciones al alta.

Le recomendaremos los EJERCICIOS DE KEGEL para mejorar su continencia urinaria debido a que permite reforzar la musculatura perineal. Los ejercicios de Kegel consisten en:

- Contracciones repetidas de los músculos perineales.
- Iniciar y detener la micción voluntariamente.
- Realizar fuerza como para defecar, relajar y después tensar los músculos perineales.
- Estos ejercicios se realizarán con constancia, al menos cinco veces al día y un mínimo de veinticinco veces cada vez.

Recomendaciones al alta

Se estima que el tiempo de recuperación de una intervención de 21 a 28 días.

- Si después de la retirada de la sonda vesical nota escozor, necesidad de orinar con frecuencia o que ha perdido el control de la micción no debe alarmarse. Estos síntomas desaparecerán cuando la vejiga recupere su «tono»
- No debe realizar esfuerzos. No debe levantar objetos pesados
- Debe dar paseos cortos
- Debe evitar montar en caballo, bicicleta, moto
- Tampoco se recomienda largos viajes en coche
- Se recomienda una ingesta de líquidos abundante (como mínimo tres litros de agua al día)
- Si nota la presencia de sangre en orina, aumentar la ingesta de líquidos hasta que la orina aclare. Si ve que no aclara o que continúa sangrando, acudir a su centro de salud.(9)

2.2.4 Teorías de enfermería aplicadas en el cuidado del paciente con patología quirúrgica prostática:

Teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem

Los cuidados personales de los trastornos de salud que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida.

Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia. Para la implementación de las actividades Orem desarrolló tres sistemas de Compensación:

- Total, requiere que se actúe en lugar de él.
- Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.
- De Apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender a realizar sus propios cuidados.

Jean Watson “Teoría del cuidado humano”. En esta teoría enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos. (10)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos:

El presente informe se realizó con el apoyo de la unidad de estadística, historias clínicas de pacientes hospitalizados, libro de ingreso y censo diario la programación de las cirugías del servicio de cirugía especialidades.

3.2 Experiencia profesional:

Mi experiencia profesional empieza luego de 3 años de mi licenciatura en el hospital de Collique en lima hace 39 años luego de 8 años de experiencia en centro quirúrgico y cirugía me traslade al hospital Cayetano Heredia EsSalud Piura en donde me desempeñe 10 años en el área de centro quirúrgico, luego permaneció 5 años en emergencia rotando luego también por servicios de PADOMI, medicina, pediatría, almacén y finalmente por espacio de 15 años continuo laborando en el área de cirugía especialidades, dentro de las cuales he sido encargada de la jefatura del servicio de cirugía en varios ocasiones.

Durante mi experiencia profesional en el servicio de cirugía especialidades el área que más me impacto es el de urología en los pacientes postoperados de próstata, los cuales en su mayoría egresan de sala de operaciones con sistemas de irrigación vesical continua y una de sus principales complicaciones es la obstrucción de este sistema el cual causa mucho dolor y angustia al paciente que además de sufrir la

experiencia dolorosa de la cirugía realizada tenga que sufrir el dolor ocasionado por la obstrucción vesical. Dada mi amplia experiencia en este servicio y ante el persistente llamado al médico de emergencia cuando se produce la obstrucción de la sonda vesical he realizado el procedimiento de lavado vesical eficazmente logrando el alivio y confort del paciente, además he logrado educar a los internos de medicina y demás colegas a realizar el procedimiento por el bien del paciente a pesar de que en nuestro país este procedimiento es un procedimiento médico, no siendo así en otros países, el humanismo del que nos habla nuestra teórica Jean Watson me motiva a brindar el alivio a mis pacientes que sufren por esta complicación en ausencia del médico, y lo más importante que me conlleva a sensibilizar a todo el equipo de enfermería a prevenir la obstrucción vesical y manejar eficazmente el sistema de irrigación vesical continua monitorizando conjuntamente signos vitales, análisis de laboratorio e indicaciones médicas y en todo el proceso manteniendo la asepsia.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

3.3.1. Descripción del servicio

El servicio de cirugía especialidades perteneciente al hospital Cayetano Heredia Es salud ubicado en el tercer piso comprende 8 subespecialidades cuenta con una dotación de 2 enfermeras más dos

técnicos de enfermería en cada turno para un total de 46 pacientes los cuales pertenecen a las subespecialidades de neurocirugía, traumatología, urología, cirugía oncológica plástica y cardiovascular, otorrinolaringología y cirugía dental. Con un total de 46 camas hospitalarias en los cuales recibimos pacientes de todas las subespecialidades.

3.3.2. Intervenciones de enfermería en el cuidado del paciente postprostatectomía

- Monitorizar el estado de hidratación, ingesta y eliminación de líquidos, realizar el balance hídrico
- Monitorizar la hemodinamia del paciente sus constantes vitales, color de la piel temperatura de las extremidades en busca precoz de complicaciones y manejo oportuno
- Realizar un balance de entrada y salida de cada suero, ya que éste nos puede indicar una posible retención del mismo.
- Vigilar signos de una obstrucción vesical: El paciente está sudoroso, refiere dolor abdominal localizado en hipogastrio y deseos de orinar.
- En caso de obstrucción realizaremos una irrigación o lavado manual para evacuar los coágulos sanguíneos que la ocasionan.
- Instruiremos al paciente y familia de los cuidados del catéter vesical, suero de lavado, fluidoterapia y de los signos de alarma.

- Debido a que este paciente es intervenido bajo anestesia raquídea, le mantendremos en posición Fowler, en reposo absoluto, hasta pasadas las 24 h de la cirugía.
- Le insistiremos en la importancia de movilizar extremidades inferiores en la cama.
- Administrar analgesia y antibióticoterapia por vía parenteral inicialmente y luego vía oral.
- Realizaremos los cuidados de sonda vesical, dirigidos a evitar infecciones y traumatismos
- Mantener bolsa de diuresis por debajo del nivel de la vejiga, sin que ésta toque el suelo.
- Supervisar el vaciado de la bolsa de diuresis ante de su llenado total.

3.3.3. Limitaciones

- Personal técnico y profesional de enfermería que no vigila constantemente la irrigación vesical del paciente operado
- Médicos de la especialidad que no destruyen oportunamente los sistemas de irrigación vesical o médicos de servicio de emergencia que no acuden oportunamente al llamado ante un caso de obstrucción de drenaje urinario.

- Desabastecimiento de ciertos insumos como las sondas vesicales triple vía, cistoflos demasiado pequeños para la recolección de la diuresis, entre otros.

3.3.4. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA

La enfermera en este servicio trabaja también en conjunto con la familia ya que le enseña para que colabore con la recuperación de su paciente como es la higiene corporal y perineal, cambios posturales, algunos pacientes salen de alta portando sonda Foley por lo tanto se le educa y se les concientiza, para prevenir posibles complicaciones.

3.3.4. LA SATISFACCIÓN PERSONAL PROFESIONAL

La vocación de servicio y el humanismo así como el nivel de conocimientos y el compromiso de nuestro cuidado logran retribuirnos la sensación satisfactoria al ver el alivio y recuperación de los pacientes que son dados de alta, tal es el caso del siguiente paciente que logramos brindar alivio con nuestros cuidados.

Paciente adulto mayor de sexo masculino Ingresa al servicio de Cirugía B postoperado de cáncer de próstata. En la analítica destaca anemia (Hemoglobina 4 mg/dl). A su ingreso al servicio y plaquetopenia. A la exploración física fascie quejumbrosa, palidez (+++/++++), presenta catéter venoso periférico permeable para administración de medicamentos e irrigación vesical continua y

características del drenaje de orina hematúrica, con múltiples oportunidades de obstrucción y recambio de catéter en el preoperatorio, presenta edematización de ambos miembros inferiores.

El cuidado brindado consistió en la monitorización continua de los signos vitales, la hidratación, la transfusión de paquetes globulares de sangre y de plaquetas, el lavado vesical, las medidas de asepsia en cada procedimiento el apoyo emocional la administración del tratamiento analgésico y antibioticoterapia, entre otros los cuales fortalecieron las relaciones del equipo de enfermería con el paciente y familia convirtiéndose en un icono para el cuidado de enfermería en pacientes postoperados de prostatectomía.

V. RESULTADOS

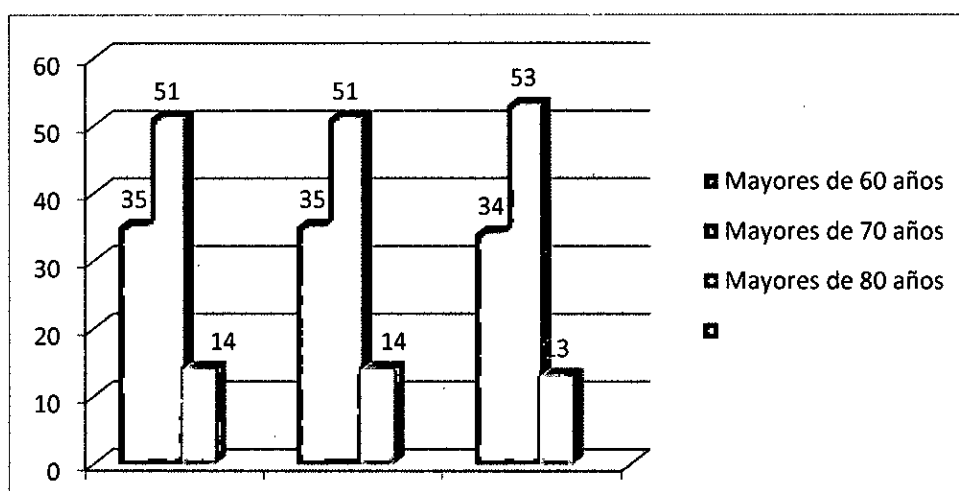
Se presentan los siguientes cuadros y gráficos de los pacientes hospitalizados por adenomectomía y cáncer prostático en la unidad de urología operados en el periodo del 2014 a 2016.

Cuadro N° 01: Pacientes postprostatectomía según grupo etáreo cuidados por personal de enfermería en el servicio de cirugía de especialidades del hospital Cayetano Heredia Essalud Piura 2014-2016

	2014		2015		2016		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%		
Mayores de 60 años	32	35	38	35	39	34	109	35
Mayores de 70 años	48	51	55	51	60	53	163	52
Mayores de 80 años	13	14	15	14	15	13	43	13
Total	93	100	108	100	114	100	315	100

FUENTE: oficina de inteligencia sanitaria HCHP

Grafico N° 01: Pacientes postprostatectomía según grupo etáreo cuidados por personal de enfermería en el servicio de cirugía de especialidades del hospital Cayetano Heredia Essalud Piura 2014-2016



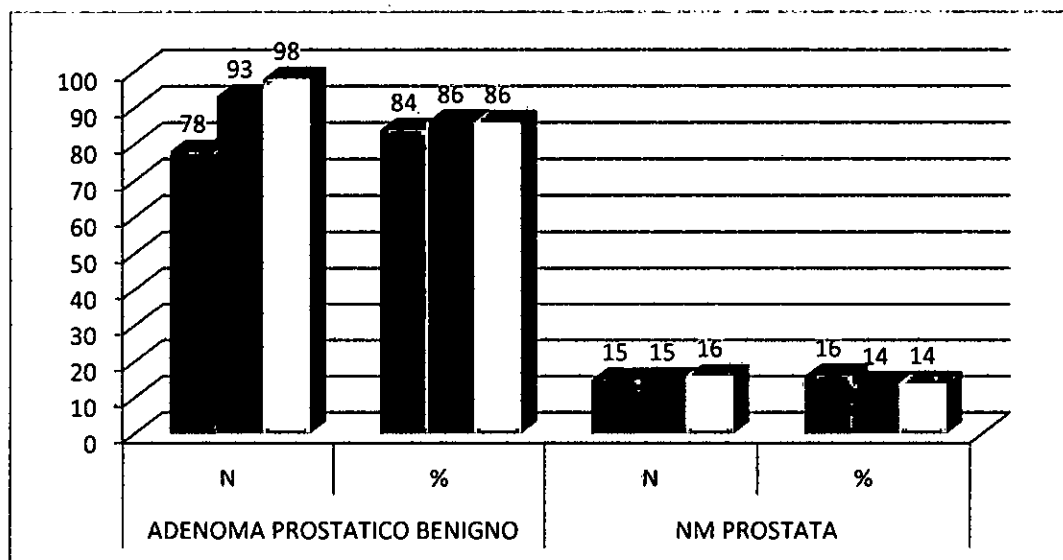
En el presente cuadro muestra que el mayor porcentaje de pacientes postprostatectomía cuidados por enfermería en el periodo 2014- 2016 es el comprendido de 70 a 80 años y en menor porcentaje los mayores de 80 años.

Cuadro N° 02: Pacientes postprostatectomía según etiología cuidados por personal de enfermería en el servicio de cirugía de especialidades del hospital Cayetano Heredia Essalud Piura 2014-206

	ADENOMA PROSTÁTICO BENIGNO		NM PRÓSTATA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2,014	78	84	15	16	93	100
2,015	93	86	15	14	108	100
2,016	98	86	16	14	114	100
TOTAL	269	100	46	100	313	100

FUENTE: oficina de inteligencia sanitaria HCHP

Grafico N° 02: Pacientes postprostatectomía según etiología cuidados por personal de enfermería en el servicio de cirugía de especialidades del hospital Cayetano Heredia Essalud Piura 2014-206



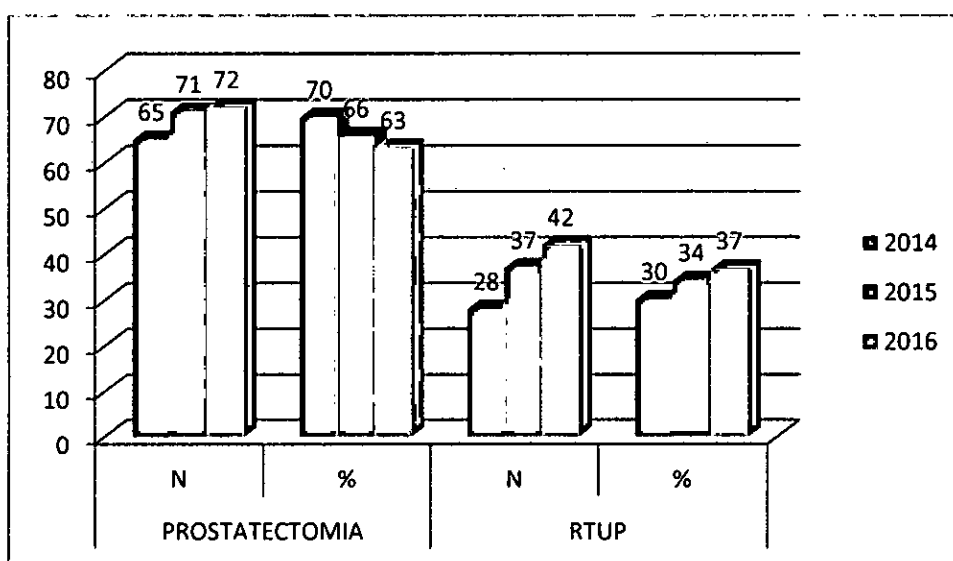
En el presente grafico se muestra que de las causas de cirugía prostática el mayor porcentaje lo ocupan los pacientes con adenoma de próstata benigno en contraposición a los pacientes con neoplasia maligna de próstata.

Cuadro N° 03: Pacientes postprostatectomía según tipo de cirugía cuidados por personal de enfermería en el servicio de cirugía de especialidades del hospital Cayetano Heredia Essalud Piura 2014-2016

	PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL		RTUP	
	N	%	N	%
2014	65	70	28	30
2015	71	66	37	34
2016	72	63	42	37
TOTAL	208		107	

FUENTE: oficina de inteligencia sanitaria HCHP

Gráfico N° 03: Pacientes postprostatectomía según tipo de cirugía cuidados por personal de enfermería en el servicio de cirugía de especialidades del hospital Cayetano Heredia Essalud Piura 2014-2016



En el presente cuadro se muestra que los pacientes cuidados por el personal de enfermería en el periodo 2014-2016 son los operados de prostatectomía transvesicales supra púbicas duplicando quienes duplican a los operados de resección transuretral prostática, los cuales presentan mayor hematuria abierta a comparación de la reacción transuretral que el mismo que incrementa la estancia hospitalaria y retarda el alta de los pacientes de los pacientes.

V. CONCLUSIONES

- a) El cuidado de enfermería en los pacientes sometidos a cirugía de próstata requiere un nivel de capacitación especializado, que combina la parte cognoscitiva, procedimental y actitudinal en el cuidado de calidad del paciente.

- b) El cuidado brindado a pacientes postprostatectomía en estos tres últimos años tuvo dentro de sus pacientes predominantemente del grupo etario de 70 a 80 años, cuya causa etiológica predominante fue la adenomectomía prostática y la cirugía de mayor elección la prostatectomía transvesical retropúbica

- c) Las limitaciones en cuanto a la poca vigilancia del equipo de salud en cuanto a la permeabilidad del sistema de irrigación vesical, el desabastecimiento de recursos disminuye la calidad de los cuidados recibidos por los pacientes

VI. RECOMENDACIONES

- a)** Fomentar la capacitación continua del equipo responsable del cuidado directo del paciente, ya sea mediante cursos, talleres o pasantías en otros hospitales.
- b)** Elaborar en equipo y socializar las guías de práctica clínica del cuidado al paciente con cirugía de próstata.
- c)** Diseñar material educativo para entregar a los pacientes respecto a su autocuidado tanto a nivel hospitalario como domiciliaria.
- d)** Fomentar el desarrollo de investigaciones cualicuantitativas en el cuidado del paciente con cirugía de próstata.

VII. REFERENCIALES

1. VICENTE RODRÍGUEZ J. Tratamiento de la HBP Realidades presentes y perspectivas futuras. Actas urológicas Españolas 481-490.
2. Llontop Chumioque,J; Ludeña Salazar,R. Complicaciones postoperatorias de la hiperplasia benigna de próstata en el Hospital Luis Heysen Inchaustegui Durante el periodo Enero 2012- Diciembre 2014. Tesis. Universidad Pedro Ruiz gallo. Pg. 39. [Disponible en <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes4.pdf>]
3. Castro y De la concepción. 2002. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA (http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urologia-enfermeria/enrique_trabajo.pdf) acceso el 12 de abril del 2016
4. Carrillo Victoria, "Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos y mediatos al paciente post operado de resección transuretral de próstata hospitalizado en el servicio de urología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco De Seguridad Social. Guatemala, 2006

5. Varillas Cuentas S. Calidad del Cuidado de Enfermería en el Control de las Complicaciones en Pacientes Post Operados Inmediatos de Cirugía Prostática, en el Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen- ESSALUD Setiembre – Diciembre del 2005. Lima Perú 2016
6. Andrés Guerrero y otros. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA Servicio de Urología. Hospital Universitario de Guadalajara. cuidados de enfermería en la trayectoria clínica de la resección transuretral de próstata.
7. Asociación española de enfermería en urología Enfuro 14 núm. 94.abril/mayo/junio 2005
8. Tobalina ,Quijano, i.; Arribas Arauzo, e.; Castro Amor, m.c. Enfermeras. Servicio Urología. Hospital San Eloy. Baracaldo Estandarización de los cuidados de Enfermería en RTU vesical NÚM. 94.ABRIL/MAYO/JUNIO 2005
9. Smeltzer S., BareB., enfermería medicoquirurgico de Brunner y Suddarth. 10 ma edición ed. Mexico Editorial Mc Graw- Hill- Interamericana; 2004
10. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona 6ta edición España. editorial Elsevier 2007

ANEXO

ANEXO N° 01

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA UTILIZANDO SONDA DE TRES VÍAS

OBJETIVOS: Lavado de la vejiga. Evitar o reducir al mínimo la formación de coágulos.

Aplicación terapéutica. Conservar un sistema de drenaje vesical estéril.

PRECAUCIONES: • Cambio diario del sistema de irrigación.

- El sistema o alargadera no deben rozar nunca el suelo; si ello ocurre, cambiar el sistema.
- Cuando se cambie el sistema, impregnar la zona de conexión de sonda con povidona yodada.
- Comprobar la permeabilidad del sistema de drenaje.
- Observar las características del drenaje urinario.
- Comprobar, en cada cambio de suero lavador, que se retire como mínimo tanto líquido como el que se ha introducido.
- Mantener la intimidad del usuario.

PERSONAL: DUE y/o auxiliar de enfermería.

MATERIAL: Sonda vesical de 3 vías. Pie de goteo. Sistema de goteo.

TÉCNICA: • Lavado higiénico de manos.

- Explicar la atención que se le va a realizar.

- Colocar el sistema de goteo en la bolsa de solución para irrigación y purgar para expulsar el aire. Colocar la bolsa de irrigación en el pie

de goteo.

- Conectar el sistema a la luz de la sonda vesical expresa para ello.

- Conectar la bolsa colectora a la luz de la sonda vesical expresa para ello.

- Iniciar el ritmo de goteo en función del grado de hematuria, siendo mayor cuanto mayor presencia de sangre en orina exista con el

objetivo de evitar la formación de coágulos.

- Al cambiar la bolsa de irrigación se cerrará la llave del sistema de goteo evitando así la entrada de aire en la vejiga.

- Tras el cambio de la bolsa de irrigación se vaciará la bolsa colectora de orina.

Se anotará la hora y cantidad de entradas y salidas con el fin de seguir un control exacto del líquido suministrado y expulsado así como de la diuresis realizada.

- Ante un episodio de dolor, antes de administrar analgesia pautada, comprobar la permeabilidad del drenaje.

- Un dolor intenso o espasmo puede estar ocasionado por un coágulo que esté obstruyendo la sonda vesical, provocando una distensión

vesical al seguir entrando la solución de irrigación. En este caso sería necesaria la extracción manual de coágulos con jeringa.

- Comprobar que la bolsa colectora esté por debajo del nivel de la vejiga, y que no haya acodaduras en los distintos tubos.
- Hay que considerar el riesgo de infección que conlleva esta técnica, por lo que se cumplirá técnica aséptica.

ANEXO N°02

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IRRIGACIÓN MANUAL DE LA VEJIGA

OBJETIVO: Desobstrucción de la sonda vesical por posibles coágulos, mucosidad, que impidan el flujo normal de la orina. Lavado vesical.

PRECAUCIONES:

- El extremo del tubo recolector de la bolsa no debe tocar o rozar nunca el suelo, la cama...
- Controlar rigurosamente el líquido introducido –extraído para evitar posible estallido vesical o por la posibilidad de una fístula vesical.
- Detener la entrada de líquidos si hay dolor.
- Mantener la intimidad del usuario.

PERSONAL de enfermería.

MATERIAL: • Guantes estériles.

- Gasas estériles.
- Frasco estéril para depositar la solución lavadora.
- Batea para depositar el líquido extraído.
- Jeringa de 50 cc cono catéter.
- Suero fisiológico.

- Pinza de kocher de plástico estéril.

- Un paño resistente a la humedad.

TÉCNICA: • DUE se lava las manos y prepara el equipo.

- Explicará la atención que se va a prestar.

- Colocar el paño resistente a la humedad sobre la cama al lado de la cadera del usuario, debajo del extremo de la sonda.

ANEXO N° 03

CASO RELEVANTE

Paciente adulto mayor de sexo masculino Ingresa al servicio de Cirugía B postoperado de médico de cáncer de próstata. En la analítica destaca anemia (Hemoglobina 4 mg/dl). A su ingreso al servicio y plaquetopenia.

A la exploración física fascie quejumbrosa, palidez (+++/++++), presenta catéter venoso periférico permeable para administración de medicamentos e irrigación vesical continua y características del drenaje de orina hematúrica, con múltiples oportunidades de obstrucción y recambio de catéter en el preoperatorio, presenta edematización de ambos miembros inferiores.

Se le realiza transfusión de paquetes globulares de sangre y de plaquetas para lograr aumento de hemoglobina y plaquetas.

Antecedentes : hipertensión arterial, diabetes mellitus, alergia a la penicilina, plaquetopenia.

- Proceso realizado:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Deterioro de la eliminación urinaria R/C proceso invasivo de tejido de la próstata
S/A cáncer de próstata E/P hematuria, rebosamiento y dolor al miccionar
- Dolor agudo R/C irritación terminaciones nerviosas y de tejidos de la próstata
E/P fascia del dolor con evaluación en la escala numérica del dolor de 6 a mas puntos

- Déficit del autocuidado: baño/ higiene R/C debilidad muscular s/a anemia severa y al distanciamiento con familiares cercanos E/P piel grasosa, cabello pegajoso, cerumen en ambos oídos.
- Ansiedad R/C cambios en el estado de su salud y estancia hospitalaria prolongada E/P preocupación e intranquilidad del paciente sobre su salud,

PLANIFICACIÓN.

1.Deterioro de la eliminación urinaria R/C proceso invasivo de tejido de la próstata S/A cáncer de próstata E/P hematuria, rebosamiento y dolor al miccionar.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	CRITERIO DE RESULTADO
<p>Paciente conservará permeabilidad de la eliminación urinaria durante su estancia hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo características: la frecuencia, consistencia, volumen y color. • Evaluar el sistema de drenaje urinario • Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. 	<p>Manejo de la eliminación urinaria</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.• Administrar terapia IV según prescripción.• Favorecer la ingesta oral.• Realizar el lavado vesical• Realizar cambio vesical a con sonda de mayor calibre• Aplicar otras estrategias de irrigación vesical: solución furacinada continua.	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2. Dolor agudo R/C irritación terminaciones nerviosas y de tejidos de la próstata

E/P fascia del dolor con evaluación en la escala numérica del dolor de 6 a mas puntos

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	CRITERIO DE RESULTADO
Paciente disminuirá dolor	<ul style="list-style-type: none">• Explicar las causas del dolor al paciente cada vez que sea necesario.• Valorar las características e intensidad del dolor cada 15 min.• Administración de analgésico previa prescripción médica.• Monitorizar la eficacia del analgésico administrado• Colocar al paciente en posición fowler.	Control del dolor. Reconocer el comienzo del dolor. Nivel del dolor Frecuencia del dolor para potenciar la analgesia. Duración de los episodios de dolor

	<ul style="list-style-type: none">• Controlar funciones vitales cada 2 hrs.• Registrar acciones en las notas de enfermería• Resolver los factores desencadenantes del dolor: obstrucción de la eliminación urinaria u otra causa.	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--