

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DE
PROSTATECTOMÍA, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL SANTA ROSA. PUEBLO LIBRE. 2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRURGICOS**

ROSARIO GUADALUPE CONTRERAS PAREDES

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 149-2020

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico

11 de Noviembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A Dios, quien, con su sabiduría, guía mi camino en todo momento, para continuar con fortaleza siendo una persona de bien y dar todo lo mejor de mí persona al prójimo.

A mi familia, en especial a mi hija, que es mi razón de ser, mi motivación para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi fuente de fortaleza

A mis amados padres, por su amor incondicional

A mis estimados docentes, por su dedicación y paciencia

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

Introducción	3
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	5
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	11
2.2 Bases Teóricas	12
2.2.1. Teoría de Virginia Henderson	12
A. Metaparadigmas	13
A.1. Persona	13
A.2. Cuidado	13
A.3. Entorno	13
A.4. Salud	13
A.5. Enfermería	14
B. Niveles de relación ente la enfermera y el paciente	14
C. Necesidades básicas según Virginia Henderson	14
2.3 Bases Conceptuales	18
2.3.1. Hipertrofia Benigna Prostática	18
A. Definición	18
B. Fisiopatología	18

C. Signos y síntomas	19
D. Diagnóstico	20
E. Tratamiento	22
F. Complicaciones de la cirugía de Próstata.	25
2.3.2 Cuidados de Enfermería al paciente Post operado de Prostatectomía	26
Capítulo III.	32
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	
I Valoración	32
II Diagnostico de Enfermería	41
III Planificación	43
IV Ejecución y Evaluación	56
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Anexos	60
Anexo 1: Tabla de morbilidad del servicio de Cirugía y especialidades médicas	60
Anexo 2: Infografía de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson	61
Anexo 3: Imagen Hipertrofia benigna de próstata	62
Anexo 4: Imagen escala Visual Análoga (EVA)	63
Anexo 5: Foto con paciente post operado de Prostatectomía	64
Referencias Bibliográficas	65

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento histológico de la glándula prostática, lo que produce una obstrucción al flujo de salida urinario y se manifiesta clínicamente por los denominados síntomas del tracto urinario (STUI). Esta patología puede tener una evolución progresiva con deterioro importante de la calidad de vida del paciente, si no se diagnostica y se trata adecuadamente y a tiempo.

Su prevalencia ha aumentado por el crecimiento demográfico, el incremento de la expectativa de vida y por los cambios en el estilo de vida.

En el Perú, el agrandamiento de la próstata **puede presentarse en más del 20% de varones mayores de 40 años**, pero este porcentaje **supera el 70% en mayores de 60 años**, mientras que **puede afectar hasta al 90% de varones que superan los 80 años. (1)**

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de Enfermería en paciente Post operados de Prostatectomía, en el Servicio de Cirugía General, del Hospital Santa Rosa, Pueblo Libre, 2020” tiene por finalidad realzar el trabajo que desempeña la licenciada en enfermería en la identificación de manera oportuna de las complicaciones que pueden surgir en el ámbito hospitalario y las principales secuelas que pueden limitar la calidad de vida, de esta manera, se busca, mejorar la calidad de atención a nuestros pacientes, aumentar su grado de satisfacción y disminuir la estancia hospitalaria

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de Cuidados en el servicio de Cirugía General del Hospital Santa Rosa, para dar a conocer los cuidados que el profesional de Enfermería debe poner en práctica con los pacientes post operados de prostatectomía a fin de prevenir complicaciones post quirúrgicas y garantizar una recuperación oportuna que le permita reintegrarse a la sociedad, a su vez contribuirá como referencia para estudiantes y profesionales de la salud que realicen estudios sobre el tema a desarrollar en este trabajo académico.

Finalmente, cabe recalcar que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, así mismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento histológico de la glándula prostática, lo que produce una obstrucción al flujo de salida urinario y se manifiesta clínicamente por los denominados síntomas del tracto urinario (STUI). Esta patología puede tener una evolución progresiva con deterioro importante de la calidad de vida del paciente, si no se diagnostica, se trata adecuadamente y a tiempo.

La etiología de la HBP es multifactorial. Actualmente, no existe una evidencia científica que permita aceptar como factores de riesgo, el tabaquismo, la vasectomía, la obesidad o la elevada ingesta de alcohol. Los únicos factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la HBP son la edad y el estado hormonal del paciente. (2)

El incremento de la longevidad, viene acompañado con el incremento de anomalías prostáticas, tales como la hiperplasia benigna de próstata, lo cual constituye un problema de salud pública de suma importancia, con gran impacto económico y social.

La Organización Mundial de la Salud proporciona datos interesantes acerca del envejecimiento, refiere que entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. (3)

Según la OPS, a partir de los 30 años de edad, la próstata crece a una velocidad de 0.4 gramos/año. Desde la cuarta década aumenta la incidencia de HPB. Mediante estudios anatomopatológicos, se ha determinado que el 50% de los casos entre edades de 51 y 60 años presentan indicios de HPB, aumentando a un 90% a los 90 años. (4)

En España se estima una prevalencia del 11,8% en varones mayores de 40 años, pudiendo alcanzar el 30% en mayores de 70 años, supone la primera causa de consulta en los Servicios de Urología y la segunda causa de ingreso para intervención quirúrgica en varones mayores de 50 años. (5)

En Latinoamérica: México registró 63 874 consultas por HBP (1 235 hasta los 44 años, 12 393 entre los 45 a 59 años y 60 246 en el grupo de 60 años a más) durante el año 2005 (6)

En el Perú, el agrandamiento de la próstata **puede presentarse en más del 20% de varones mayores de 40 años**, pero este porcentaje **supera el 70% en mayores de 60 años**, mientras que **puede afectar hasta al 90% de varones que superan los 80 años.** (1)

En el hospital Santa Rosa de Pueblo Libre, en el análisis de Situación de Salud 2014, en Cirugía General y especialidades quirúrgicas, se tiene como causa de Morbilidad en el tercer lugar la Hiperplasia de Próstata con 6.0% (1135 casos), siendo en su mayoría población de 65 años en adelante. (7) Ver anexo 1.

El Servicio de Cirugía general actualmente tiene capacidad para atención de 9 pacientes , la prostatectomía es una de las intervenciones quirúrgicas urológicas más frecuentes, estas pueden ser abiertas o endoscópicas, la técnica quirúrgica abierta hace que la estancia hospitalaria sea más larga, los pacientes en su mayoría son portadores de un dren, tienen una incisión abdominal, y presentan complicaciones como hemorragias, infección de la herida operatoria, obstrucción de la sonda Foley, pérdida del control urinario y disfunción eréctil.

Una de las razones por lo que me propuse realizar el presente trabajo académico es, porque en el servicio de cirugía general se carece de un protocolo de atención en pacientes post operados de prostatectomía, que permita que los licenciados en enfermería unifiquen criterios de atención, profundicen el área de los conocimientos y saberes respecto a los cuidados que requieran los pacientes post operados de prostatectomía y detecten complicaciones inmediatas. Al aplicar un plan de Cuidados, se podrá mejorar la calidad de atención al paciente post operado de prostatectomía, lo que contribuirá para disminuir complicaciones, favoreciendo de

esta manera su pronta recuperación, re inserción a la sociedad, disminución de su estancia hospitalaria y a la vez se disminuirá el riesgo de adquirir alguna infección intrahospitalaria

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

SACALXOT ALONZO, Edwin (2017) En su tesis “Complicaciones Intrahospitalario de la Prostatectomía” Guatemala. Es un estudio retrospectivo, cuyo objetivo es determinar las complicaciones post operatorias intrahospitalario de los pacientes que fueron sometidos a Prostatectomía Abierta en el servicio de cirugía de hombres del Hospital Nacional de Escuintla durante el periodo enero 2012 a diciembre 2013. Revisaron 168 historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía de próstata que acudieron al Servicio de Cirugía de hombres con sintomatología prostática y que cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró que 168 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por hiperplasia prostática benigna, siendo las técnicas más realizadas la Prostatectomía Abierta transvesical (técnica de freyer) sobre la Prostatectomía Abierta retropúbica (técnica de Millin), en un 97.6%, 2.4% respectivamente. Las edades de los pacientes intervenidos por la técnica transvesical estuvieron comprendidas entre los 50 y 80 años, con una media de 65 años, en la técnica retropúbica tuvo un rango de 50 a 90 años con una media de 70 años. Un total de 31 pacientes que fueron sometidos a prostatectomía abierta para un (18.45%) presentaron complicaciones, encontrando: La complicación en el post operatorio inmediato más frecuente fue la retención urinaria por coágulos (22.59%), hemorragia (32.26%), shock hipovolémico (6.46%); Las complicaciones mediatas que se encontraron en pacientes operados fueron las siguientes según orden de frecuencia: infección de herida operatoria (19.35%), dehiscencia Vesical (3.22%), dehiscencia de herida operatoria (9.68%). Como conclusión plantea lo siguiente: El grupo etario predominante al que se le sometió a

Prostatectomía Abierta es grupo de edades que oscilan entre los 60 y 70 años de edad, seguido por el grupo de edades entre 70 y 80 años respectivamente. Las complicaciones encontradas en este trabajo van en orden de frecuencia, predominando las hemorragias post-operatorio, seguidas por retención orinarías por coágulos, luego infección de herida operatoria, dehiscencia de herida operatoria, le siguen shock hipovolémico, dehiscencia de sutura Vesical, y de ultimo lesiones intestinales. (8)

En esta tesis, al igual que en el trabajo académico se encuentra que los pacientes post operados de prostatectomía presentan complicaciones post operatorias, en el servicio de cirugía general del hospital santa rosa en su mayoría se observa que la mayor complicación es la obstrucción de la sonda Foley por presencia de coágulos.

MAMANI ARAÑA, F (2015) En su estudio “Protocolo de Atención de Enfermería para pacientes post operados de prostatectomía en el servicio de cirugía varones del hospital clínico Viedma” Cochabamba, Bolivia. Tiene como objetivo elaborar protocolos de atención para pacientes post operados de hiperplasia prostática obstructiva que contribuya a disminuir las complicaciones post quirúrgicas. Es una investigación que utiliza el método dialéctico, hipotético y deductivo, cuya medición será con el método empírico ya que tendrá información numérica acerca de una propiedad o cualidad del objeto, proceso o fenómeno. La población que se considera es de 286 pacientes con hiperplasia prostática obstructiva que se internaron en el servicio de cirugía varones del hospital clínico Viedma. La muestra que se consideró, son 85 pacientes post operados de hiperplasia prostática obstructiva internados durante el primer semestre de la gestión 2013. Se obtuvo como resultado y conclusión que la falta de protocolos de enfermería para pacientes post operados de próstata hace que el personal de enfermería no siga los pasos correctos en el cuidado del paciente post operado, pudiendo llegar a presentar complicaciones en el periodo post quirúrgico, retardando el tiempo de recuperación y erogando gastos económicos excesivos tanto para el paciente y la institución. (9)

En el hospital Santa Rosa se carece de un protocolo para la atención de paciente post operado de prostatectomía, contar con un plan de cuidados es de vital importancia, pues nos permitiría unificar criterios, para brindar una atención de calidad, de esta manera lograr la satisfacción del paciente y evitar complicaciones.

TENEMAZA GOMEZ, A. (2015) En su estudio Nivel de satisfacción de los pacientes prostatectomizados con la atención de enfermería posoperatoria en el periodo octubre 2013 – marzo 2014, en el hospital San Juan de la Ciudad de Riobamba.” Ambato, Ecuador. Tiene objetivo elaborar el Proceso de atención de Enfermería en el post operatorio de pacientes prostatectomizados en el Hospital San Juan de la ciudad de Riobamba. Realizo un estudio Cualitativo de tipo descriptivo y correlacional, con diseño transversal. Se realizó una encuesta para el personal médico y de enfermería y una entrevista dirigida a los pacientes prostatectomizados. La población sujeta de estudio estuvo constituida por los usuarios internos en el postoperatorio de prostatectomía y usuarios externos del servicio de cirugía, en total 45 personas. Como conclusiones se tiene que un 40% refiere encontrarse en un nivel parcialmente satisfecho en relación a la atención de enfermería posoperatoria. La insatisfacción es notoria en la atención de las necesidades fisiológicas, de seguridad y protección, equidad, integralidad y pertenecía. Las principales complicaciones de la cirugía prostática se identificaron que son la obstrucción de la sonda Foley y hematomas de la herida quirúrgica. (10)

La aplicación del plan de cuidado al paciente post operado de prostatectomía está directamente relacionada con la satisfacción del paciente, al igual que en el estudio una de las principales complicaciones que se identifican en el servicio de cirugía general del hospital santa rosa en nuestra labor diaria es la obstrucción de la sonda Foley.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

SUBIA ESPINOZA, L. (2017) En su estudio “Calidad del cuidado de enfermería a pacientes post operados de cirugía prostática- hospital 111 Goyeneche” Arequipa, Perú.

SUBIA L. (PERÚ, 2017). Su estudio sobre Calidad del Cuidado de Enfermería a pacientes Post operados De Cirugía Prostática - Hospital III Goyeneche Arequipa 2017. Tiene como objetivo evaluar la calidad de cuidados de enfermería que recibe el paciente posoperado de cirugía prostática. Su tipo de investigación es descriptivo no experimental, es de diseño descriptivo simple. La población estuvo constituida por 50 pacientes post operados de cirugía prostática, la muestra estuvo conformada por 25 pacientes, para la recolección de datos como instrumento se aplicó una guía de observación validada. Se obtuvieron los siguientes resultados, la calidad de cuidados de enfermería que brinda el profesional de enfermería a los pacientes post operados de cirugía prostática se tiene que el 48% brinda una calidad de cuidados de forma regular, el 36% brinda una calidad de cuidado de forma buena, sin embargo, el 4% brinda una calidad de cuidado de enfermería de forma deficiente. Para ser más detallados en la dimensión Oportunidad el 76% de los profesionales de enfermería realiza la valoración detallada del paciente al ingreso encontrándose en la categoría regular; el 88% de profesionales de enfermería realiza la valoración de cambio en el nivel de conciencia ubicándose en la categoría bueno; el 96% de los profesionales de enfermería identifica la presencia de sangrado de drenajes ubicándose en la categoría bueno; con el mismo porcentaje (96%) controla funciones vitales ubicándose en la categoría bueno; el 48% de enfermeras identifica presencia de la disminución del gasto urinario es decir se encuentra dentro la categoría bueno; el 64% de los profesionales de enfermería identifica piel fría y húmeda encontrándose en la categoría regular. Por lo que se concluye que estadísticamente la dimensión oportunidad se encuentra en la categoría bueno con un 71.43 % Como conclusión general se obtuvo que la calidad de los cuidados de enfermería que brinda el profesional de enfermería a

pacientes post operados de cirugía prostática es casi satisfactoria ya que su nivel de respuesta es de regular a bueno. (11)

Este estudio guarda relación con este trabajo académico ya que nos habla del nivel de respuesta que brinda el personal de enfermería, el cuidado. En la dimensión oportunidad, se evalúa la participación del profesional de enfermería en el cuidado a los pacientes post operados de prostatectomía identificando signos de alarma y de esta manera disminuyendo el riesgo de adquirir complicaciones.

2.2 Base Teórica

2.2.1. Teoría de Virginia Henderson

Las **necesidades de Virginia Henderson** es una teoría o modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital.

El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Ha llevado a desarrollar muchos otros modelos en los que se enseña a los enfermeros a asistir a los pacientes desde el punto de vista de sus necesidades.

Virginia Henderson da la siguiente definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”. (12)

A. Metaparadigmas

A.1. Persona: hace dos definiciones:

1. Es un ser *biopsicosocial*, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.
2. El paciente es el ser biopsicosocial al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.

A.2 Cuidado: Esta dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

A.3 Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

A.4 Salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida de los animales que la integran manteniendo relaciones sexuales entre sí. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia

A.5. Enfermería: Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia. (13)

B. Niveles de Relación entre enfermera y paciente.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

- 1. Nivel sustitución:** la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- 2. Nivel de ayuda:** la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- 3. Nivel de acompañamiento:** la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía. (14)

C. Necesidades básicas según Virginia Henderson

A continuación, se describen las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson. Ver anexo 2.

1. Respirar con normalidad

El intercambio gaseoso del cuerpo es esencial para la salud paciente y para la vida misma. La enfermera debe familiarizarse con la función respiratoria de la persona y saber identificar los posibles inconvenientes de este proceso. Esto incluye ayudar con las posturas correctas del cuerpo, estar atento a ruidos extraños durante la respiración y estar pendiente de las secreciones nasales y mucosidades. También debe vigilar la frecuencia y el ritmo respiratorio, chequear que las vías no

estén obstruidas, observar la temperatura y la circulación del aire de la habitación, entre otros aspectos.

2. Comer y beber adecuadamente

Todo organismo requiere de fluidos y nutrientes para la supervivencia. La enfermera debe estar en conocimiento del tipo de dieta e hidratación, según los requerimientos nutricionales del paciente y del tratamiento mandado por el médico. Se debe tomar en cuenta el apetito y el ánimo, los horarios y cantidades, la edad y el peso, creencias religiosas y culturales, capacidades de masticar y deglutir, entre otros.

3. Eliminación normal de desechos corporales

Parte del correcto funcionamiento del organismo es la normal eliminación de las heces, orina, sudor, flema y menstruación. Se debe conocer muy bien el nivel de control y efectividad del paciente con respecto a sus funciones excretoras. Este punto incluye la especial atención a la higiene de las partes íntimas.

4. Movilidad y posturas adecuadas

Un paciente se sentirá más o menos independiente en la medida en que pueda moverse por sí solo para realizar sus actividades del día a día. La enfermera debe ayudar a la mecánica corporal de la persona y motivarlo a realizar actividad física, ejercicios y deporte. Al motivarlo debe tomar en cuenta las diferentes limitaciones dadas por la enfermedad particular, el tratamiento, la terapia o las deformidades del cuerpo.

5. Dormir y descansar

El descanso es muy importante para la pronta recuperación de la persona. Todo organismo recobra fuerzas físicas y mentales mientras

duerme. El reposo tranquilo e ininterrumpido del paciente debe ser una prioridad, sobre todo en las noches. Se debe conocer los hábitos de descanso y también las dificultades para conciliar el sueño, como sensibilidades a los ruidos, a la iluminación, a la temperatura, entre otros.

6. Vestirse y desvestirse con normalidad

Poder seleccionar y usar la ropa que se desea también influye en el sentido de independencia de un paciente. La vestimenta representa la identidad y personalidad, pero también protege contra los elementos y cuida la intimidad individual.

7. Mantener la temperatura del cuerpo en los rangos normales

La temperatura normal del cuerpo está entre los 36,5 y 37 °C. La enfermera debe estar consciente de los factores que influyen en que el paciente tenga frío o calor. La termorregulación del organismo siempre va acompañada de los cambios de ropa, el uso de sábanas y cobijas, la apertura de ventanas y puertas, beber agua, el uso de ventiladores o aires acondicionados y hasta la toma de una ducha.

8. Mantener una buena higiene corporal

La manera como se vea, sienta y huela el cuerpo del paciente son signos externos de su higiene. Este factor no solo es una manifestación fisiológica; en la enfermería también es considerado un factor con mucho valor psicológico. Al bañar a una persona, la enfermera debe considerar la frecuencia de la limpieza del cuerpo, los medios y utensilios que se utilicen, el nivel de movilidad e independencia del paciente, entre otros factores.

9. Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros

Es importante que se conozca y evalúe muy bien si el paciente puede dejarse solo por mucho tiempo, con la suficiente confianza de que no vaya a lastimarse al moverse o al intentar realizar actividades, ni tampoco comprometer la seguridad de los demás.

10. Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones

La enfermera debe ser capaz de promover y motivar la comunicación sana y adecuada del paciente, para ayudar a su equilibrio emocional. Es importante que la persona se mantenga en interacción social con los demás para garantizar también la salud mental.

11. Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias

Se debe respetar los valores y creencias particulares del paciente. Con base a esta toma sus decisiones y ejerce ciertas acciones o pensamientos. La cultura y religión forman parte de la identidad de la persona. Este factor casi siempre influye en la actitud frente a la muerte.

12. Desarrollarse de manera que exista un sentido de logro

Es importante que la enfermera promueva en el paciente el alcance de metas y logros con su propio esfuerzo. Si un paciente se siente productivo y útil tendrá un sentido de realización personal que le influirá en su autoestima y salud mental.

13. Participar en actividades recreativas o juegos

La salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades que entretengan al paciente. La enfermera debe conocer los gustos e intereses de la persona y motivarlo a que participe en actividades que sean motivadoras.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal

Este punto es similar al anterior, pero se basa en el sentido de la productividad mental de la persona al momento de adquirir conocimientos nuevos. Mantener al paciente desarrollando habilidades, destrezas y conocimientos es favorable para la salud.
(12)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Hipertrofia Benigna de Próstata

A. Definición:

Próstata: La próstata es una glándula que forma parte del sistema reproductor masculino, está ubicado debajo de la vejiga del varón. Posee el tamaño de una nuez. Es de 2cm x 1.5cm x 2cm. Su función junto con los testículos y las vesículas seminales es la producción del semen. **La hiperplasia prostática benigna** es el crecimiento excesivo de la próstata, esto suele ocurrir a partir de los 50 años, pudiendo llegar hasta más del doble en tamaño. Ver anexo 3.

La etiología se desconoce, pero probablemente involucra cambios hormonales asociados con el envejecimiento.

B. Fisiopatología

Múltiples nódulos fibroadenomatosos se desarrollan en la zona periuretral de la próstata, probablemente originados dentro de las glándulas periuretrales más que en la próstata fibromuscular en sí (cápsula quirúrgica), que se ve desplazada periféricamente por el crecimiento progresivo de los nódulos.

A medida que la luz de la uretra prostática se estrecha y se alarga, el flujo de orina se obstruye progresivamente. El aumento de presión asociado con la micción y la distensión de la vejiga pueden progresar a hipertrofia del detrusor, trabeculación, formación de celdas y

divertículos. El vaciamiento incompleto de la vejiga causa estasis y predispone a la formación de cálculos y a las infecciones. La obstrucción urinaria prolongada, aunque sea incompleta, puede causar hidronefrosis y comprometer la función renal.

C. Signos y síntomas

Síntomas de las vías urinarias inferiores

Los síntomas de la hiperplasia prostática benigna incluyen una constelación de síntomas que a menudo son progresivos y se conocen en forma colectiva como síntomas de las vías urinarias inferiores, pueden dividirse en:

- **Obstructivas o de vaciado:** Retraso en el inicio de la micción, sensación de micción incompleta. Vaciado incompleto. Goteo pos miccional. Retención urinaria aguda. Infección urinaria. Insuficiencia urinaria. Vaciado incompleto. Micción intermitente. Menor calibre y fuerza del chorro de orina. Disuria.
- **Irritativas o de llenado:** Debidas generalmente a la inestabilidad del detrusor y a la disfunción vesical. Urgencia miccional. Polaquiuria. Nicturia. Pesadez y dolor supra púbico. Hematuria macro o microscópico

Los síntomas incluyen polaquiuria progresiva, tenesmo vesical y nocturia debida al vaciamiento incompleto y el rápido relleno de la vejiga. La disminución del tamaño y la fuerza del chorro de orina puede causar dificultad para iniciar la micción e interrupciones de ésta.

En general no hay dolor ni disuria. Pueden aparecer sensaciones de vaciamiento incompleto, goteo terminal, incontinencia por rebosamiento o retención completa de la orina. La fuerza realizada para orinar puede causar congestión de las venas superficiales de la uretra prostática y el trigono, que pueden romperse y causar hematuria. La fuerza ejercida también puede ocasionar en forma

aguda un síncope vasovagal y, a largo plazo, dilatación de las venas hemorroidales o hernias inguinales.

D. Diagnóstico

- Tacto rectal
- Análisis de orina y urocultivo
- Concentración de antígeno prostático específico
- A veces, uroflujometría y ecografía de la vejiga

Los síntomas de la hiperplasia prostática benigna en el tracto urinario inferior también pueden estar causados por otros trastornos, entre ellos, infecciones y cáncer prostático. Además, la hiperplasia prostática benigna y el cáncer prostático pueden coexistir. Aunque el dolor a la palpación de la próstata indica infección, los hallazgos del tacto rectal a menudo se superponen en la hiperplasia prostática benigna y el cáncer. Aunque el cáncer puede generar una próstata aumentada de tamaño de forma irregular, endurecida, nodular, la mayoría de los pacientes con cáncer, hiperplasia prostática benigna o ambos tienen una próstata de tamaño aumentado que parece benigna. Por lo tanto, la prueba debe considerarse para los pacientes con síntomas o anomalías prostáticas palpables.

Típicamente, se realizan análisis de orina y urocultivos y determinación de las concentraciones plasmáticas de antígeno prostático específico (PSA). Los hombres con síntomas moderados o graves de obstrucción pueden ser estudiados también mediante uroflujometría (una prueba objetiva del volumen de orina y de la velocidad de flujo), con mediciones del volumen residual posmicción mediante ecografía de la vejiga. Una velocidad de flujo < 15 mL/s indica obstrucción, y un volumen residual posmicción > 100 mL indica retención.

Tacto rectal

Se recomienda realizar el tacto rectal a partir de los 40 años y hacerlo anualmente, en el procedimiento, la próstata suele notarse aumentada de tamaño y sin dolor a la palpación, tiene una consistencia gomosa y, en muchos casos, ha perdido su surco central. Sin embargo, el tamaño prostático que se detecta en este examen puede ser engañoso; una próstata en apariencia pequeña puede causar obstrucción. Si está distendida, la vejiga puede ser palpable o percutirse en la exploración abdominal. Las áreas firmes o duras pueden indicar cáncer de próstata.

Niveles de PSA

La interpretación de las concentraciones de PSA puede ser compleja. Pueden estar moderadamente elevadas en un 30 a 50% de los pacientes con hiperplasia prostática benigna, dependiendo del tamaño de la próstata y del grado de obstrucción, y están francamente aumentadas en un 25 a 92% de los pacientes con cáncer prostático, dependiendo del volumen del tumor.

En los pacientes sin cáncer, los niveles séricos de PSA $> 1,5$ ng/mL por lo general indican un volumen prostático ≥ 30 mL. Si se eleva el PSA (el nivel es > 4 ng/mL), se recomienda un análisis adicional con toma de decisiones compartidas con respecto a otras pruebas o biopsia.

En los varones de < 50 años o en aquellos con alto riesgo de cáncer prostático, puede usarse un valor de corte más bajo (PSA $> 2,5$ ng/mL). Pueden ser útiles otras determinaciones, como la velocidad de incremento del PSA, la relación entre PSA libre y unido y otros marcadores. (Un análisis completo sobre detección y diagnóstico de cáncer de próstata se puede encontrar en otra área en este sitio).

Otras pruebas

En general, la biopsia transrectal se realiza bajo guía ecográfica y solo se suele indicar si se sospecha cáncer de próstata. La ecografía transrectal también permite medir el volumen prostático.

Puede usarse el criterio clínico para determinar la necesidad de más estudios. Los estudios por la imagen con contraste (p. ej., TC, urografía intravenosa) rara vez son necesarios, a menos que el paciente haya tenido una infección urinaria con fiebre o los síntomas de obstrucción sean graves y prolongados. Las anomalías del tracto urinario superior que por lo general se producen por la obstrucción de la salida de la vejiga incluyen un desplazamiento hacia arriba de las porciones terminales de los uréteres (en forma de anzuelo), dilatación ureteral e hidronefrosis. Si es necesario un estudio por la imagen del tracto superior debido al dolor o a un aumento de la creatinina sérica, puede preferirse la ecografía porque evita la exposición a radiaciones y a medios de contraste IV.

Alternativamente, los hombres cuyos niveles de PSA justifican una evaluación pueden someterse a una resonancia magnética multiparamétrica, que es más sensible (aunque menos específica) que la biopsia transrectal. La restricción de las biopsias a las áreas sospechosas en la RM multiparamétrica puede reducir el número de biopsias de próstata y los diagnósticos de cánceres de próstata clínicamente insignificantes, además de posiblemente aumentar el número de diagnósticos de cánceres de próstata clínicamente significativos.

E. TRATAMIENTO

- Evitar anticolinérgicos, simpaticomiméticos y opiáceos
- Administración de bloqueantes alfa-adrenérgicos (p. ej., terazosina, doxazosina, tamsulosina, alfuzosina), inhibidores de la 5-alfa

reductasa (finasterida, dutasterida) o, si hay una disfunción eréctil concomitante, el inhibidor de la fosfodiesterasa-5 tadalafilo.

- Resección transuretral de la próstata o un procedimiento ablativo alternativo

Retención urinaria

La retención urinaria requiere la descompresión inmediata. Primero se intenta pasar una sonda vesical estándar; si no se logra, puede ser eficaz una sonda con un extremo acodado. Si esta sonda tampoco puede pasarse, pueden ser necesarias una cistoscopia flexible o la introducción de catéteres filiformes o Followers (guías y dilatadores que abren progresivamente el pasaje urinario; este procedimiento debe ser realizado por un urólogo). La descompresión percutánea suprapúbica de la vejiga puede realizarse si los abordajes transuretrales no tienen éxito.

Terapia farmacológica

En la obstrucción parcial con síntomas muy molestos, debe interrumpirse la administración de todos los fármacos anticolinérgicos y simpaticomiméticos (muchos disponibles en preparados de venta libre) y opioides, y toda infección debe tratarse con antibióticos.

En pacientes con síntomas de obstrucción moderados a graves, los problemas de micción pueden reducirse con bloqueantes alfa-adrenérgicos (p. ej., terazosina, doxazosina, tamsulosina, alfuzosina). Los inhibidores de la 5alfa-reductasa (finasterida, dutasterida) pueden reducir el tamaño de la próstata y controlar los problemas para la micción a lo largo de meses, en especial en pacientes con glándulas de mayor tamaño (> 30 mL). La combinación de ambas clases de fármacos es superior a la monoterapia. Para los hombres con disfunción eréctil concomitante, el tadalafilo administrado a diario puede ayudar a aliviar ambos cuadros. Muchos agentes complementarios y alternativos de venta libre se promueven para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna, pero

ninguno, incluyendo a la muy estudiada *Serenoa repens*, ha demostrado ser más eficaz que un placebo.

Tratamiento quirúrgico

En la actualidad existen diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.

- **Resección transuretral de la próstata (RTU):** es el más utilizado y consiste en la extirpación a través de la uretra de la capa interior de la próstata mediante la aplicación de una corriente eléctrica. El tejido extraído se analiza para descartar la existencia de células cancerosas. Después de la intervención es necesario estar sondado durante unos días, con el fin de controlar el sangrado, además de realizar lavados de la vejiga para evitar que un coágulo pueda obstruirla.
- **Trígono-cérvico-prostatotomía (TCP) o incisión transuretral de la próstata:** se realiza en pacientes que presentan síntomas de intensidad moderada o severa, pese a que el tamaño de la próstata es pequeño. Para reducir la obstrucción que la próstata causa en la uretra se procede a la realización de una o varias incisiones en la próstata, la cápsula prostática y el cuello de la vejiga, con lo que se amplía el diámetro de la uretra. para ampliar el diámetro de la uretra.
- **Adenomectomía prostática abierta:** es una cirugía abierta y se recurre a ella cuando el volumen de la próstata es demasiado grande y no es posible realizar una RTU. También se utiliza en el caso de que el paciente tenga piedras en la vejiga de tamaño apreciable. Lógicamente, el riesgo de complicaciones es mayor que en el resto de las técnicas.
- **Procedimientos quirúrgicos con láser:** recientemente se han incorporado a la cirugía de próstata otras técnicas similares a la RTU, pero en las que se utiliza un láser de holmio, verde, de diodo o de tulio para vaporizar el tejido prostático. De este modo, se minimiza el riesgo

de sangrado. No obstante, hay que señalar que algunos estudios indican la eficacia de esta técnica se reduce según aumenta el tamaño de la próstata y que, cuando éste es muy grande puede ser necesaria una reintervención.

F. Complicaciones de la cirugía de próstata

Con cualquiera de estas técnicas quirúrgicas los pacientes obtienen una mejoría inmediata de la calidad de vida y de los síntomas asociados a la hiperplasia benigna de próstata, que perdura muchos años. Sin embargo, como ocurre con cualquier procedimiento quirúrgico, aunque éste sea mínimamente invasivo, pueden surgir complicaciones en el postoperatorio o a medio plazo.

Postoperatorio:

- Sangrado y formación de coágulos, lo que puede obligar a una nueva intervención.
- Infección del tracto urinario.
- Molestias uretrales transitorias que afectan a la micción.
- Que se mantenga la necesidad de orinar frecuentemente y con urgencia durante algún tiempo.

A mediano y largo plazo

- Incontinencia urinaria.
- Esclerosis del cuello de la vejiga a causa de una cicatrización anómala.
- Estrechamiento de la uretra como consecuencia del proceso de cicatrización.
- Eyaculación retrógrada (el semen no sale al exterior, sino que va a la vejiga y es expulsado con la orina).
- Disfunción eréctil (impotencia).

- Necesidad de una nueva intervención al persistir el estrechamiento de la uretra y, por tanto, la sintomatología. (15)

2.3.2 Cuidados de Enfermería al paciente Post operado de Prostatectomía.

A. Post-operatorio

MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES

ECG: Bradicardias, taquicardias, arritmias. Es importante saber que cada complejo QRS coincide con una onda en el pulsioxímetro (SatO₂), lo cual nos ayudará en muchas ocasiones a saber si una frecuencia cardiaca es la real o un artefacto debido al temblor, a la pérdida de un electrodo etc.

SatO₂: Valores normales entre 95-100%. Alerta si <90%

Saber que para que el valor sea fiable, debe existir una onda constante de pulso, que suele estar alterada por el frío en las extremidades, la toma de tensión en la misma extremidad, el temblor etc.

PA: Sistólica entre 90 y 150 mmHg. Diastólica entre 40 y 95 mmHg. Estos límites se establecen como aceptables para pacientes normales sin patología importante de base.

FC: entre 50-120 /min. No siempre la cifra que aparece en el monitor es la correcta, pues puede alterarse por temblores, interferencia con otros aparatos eléctricos o bien por la existencia de ondas en el electro anormalmente grandes.

FR: entre 10-20 resp/min.

Tº: 35-37´5°C.

BALANCE HIDRICO

DIURESIS: Entre 0,5-1 ml/Kg/h. (Saber que durante la noche es normal que se reduzca esta cantidad a la mitad, siendo normal, debido a la h. anti-diurética)

La medición horaria, por turnos, etc.; según se indique, dependiendo del estado hemodinámico, del sangrado etc. Es importante avisar si se percibe un recorte de diuresis por debajo de estos valores normales, puesto que puede ser la primera manifestación de una alteración hemodinámica que posteriormente complique el postoperatorio.

En pacientes no sondados, se controlará la 1ª micción, vigilando la posible aparición de globos vesicales, y procediendo al sondaje si es necesario.

Cuantificar

1. Pérdidas

- Aspiración sonda nasogástrica. (si lo tuviera)
- Orina.
- Drenajes.
- Pérdidas insensibles de líquidos (15 ml./kg/día en c.n.).
- Vendajes llenos de sangre (p.ej. prótesis de rodilla).

2. Aportes

- Orales (si los hubiera).
- Sueroterapia (cristaloides, coloides, sangre, plasma etc.).
- Alimentación parenteral.

- Alimentación enteral por sonda nasogástrica.

El balance hídrico es muy importante en este tipo de pacientes tanto con hidratación endovenosa como hidratación vesical mediante la irrigación porque nos permite reconocer adecuadamente cualquier complicación post anestésica

VIGILAR EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE

- Decúbito supino.
- Semisentado a 30°.
- Decúbito lateral.
- Trendelenburg (cabeza más baja que el cuerpo).

Se tiene que brindar una buena comunicación con el paciente por que el paciente postoperado de próstata suele presentar preocupación por la falta de movimientos de sus miembros inferiores, se tiene que explicarle rigurosamente sobre el tiempo de cese del anestésico y lograremos la tranquilidad del paciente

- Si el paciente lleva sonda nasogástrica, asegurarse que funciona adecuadamente, y ejecutar las órdenes prescritas. (Ej. Aspiración continua, aspiración intermitente, a bolsa...)

VALORACIÓN DEL ESTADO NEUROLÓGICO

1. Verificar el nivel de consciencia

Despierto: ojos abiertos, buena respuesta verbal, orientado (responde con claridad a las preguntas.)

Somnoliento: responde a estímulos verbales y motores. (Contrae los ojos al echarle dentro una gota de suero, y deglute al introducirle una

sonda de aspiración en la faringe, valgan estos como dos ejemplos prácticos de bastante utilidad.)

Inconsciente: no responde a estímulos.

COMPROBAR ACCESOS VENOSOS, SONDAS Y DRENAJES

- Revisar y volver a fijar las vías si es preciso, colocar llaves y alargaderas necesarias.
- Comprobar posibles signos de infección, obstrucción y extravasación de catéteres venosos y arteriales.
- Para facilitarlos usamos un apósito transparente sobre la entrada del catéter en la piel, y no debe ponerse ningún otro apósito encima.
- Comprobar el buen funcionamiento de las sondas naso-gástrica, vesicales y de los drenajes quirúrgicos. Verificar si deben funcionar a caída libre, en aspiración, con pinzamiento intermitente etc.
- Verificar y mantener la **IRRIGACION VESICAL**, se realiza para mantener la permeabilidad de la sonda uretral en pacientes que presentan hematuria, con el fin de impedir que se formen coágulos capaces de obstruir el drenaje de la orina.

MATERIAL

- Sonda de Foley de 3 vías.
- Material para sondaje vesical.
- Solución de irrigación.
- Equipo de irrigación estéril.
- Sistema de drenaje cerrado, con bolsa de orina.
- Parante porta suero.
- Guantes estériles.

PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos y colocación de guantes estériles.
- Conectar el sistema a la bolsa de irrigación, colgar éste en el pie de gotero y purgar el sistema.
- Mediante técnica aséptica conectar el sistema de irrigación a la sonda (en su vía correspondiente).
- Conectar la bolsa de diuresis a la sonda, debiendo quedar ésta por debajo del nivel de la vejiga.
- Dejar que la solución de irrigación fluya por gravedad, regulando el ritmo de irrigación con la llave del sistema.
- Cambiar la bolsa de diuresis con frecuencia.
- Para impedir la entrada de aire en vejiga deberemos cambiar la bolsa de irrigación antes de que se vacíe por completo.
- Medir la diuresis, mediante el control de entrada y salida del suero.
- Anotar la técnica realizada en la hoja de enfermería.
- Lavado de manos.

PRECAUCIONES

- Controlar la permeabilidad de la sonda, para evitar una posible obstrucción de la misma, interrumpiendo la irrigación y realizando un lavado para desobstruir la sonda, evitando que pueda producirse una distensión vesical.
- Controlar periódicamente el aspecto del líquido drenado, para detectar la presencia de sangre, coágulos, etc.

COMPLICACIONES

- Riesgo de infección urinaria.
- Distensión vesical.

VALORAR EL DOLOR DEL PACIENTE

1. Efectuar una valoración del dolor del paciente utilizando escalas de valoración de la intensidad del dolor. (VAS _Visual analogic scale) se valora el dolor entre 0-10. Ver anexo 4.

2. Observar signos y síntomas de dolor

- Pulso rápido.
- Respiración rápida y más profunda.
- Aumento de la presión arterial.
- Sudoración, palidez.
- Tensión muscular (en cara y cuerpo).
- Náuseas y vómitos si el dolor es intenso.
- Otros signos: postura rígida, inquietud, llanto.

Cumpliendo adecuadamente con la valoración estricta del paciente se puede lograr resultados positivos y favorables para una buena recuperación pos anestésico del paciente brindándole seguridad y protección ante cualquier evento adverso que se presente en su vida cotidiana.

3. Administración del tratamiento prescrito

El primer día de la intervención quirúrgica se seguirá el tratamiento indicado por el anestesista complementado con profilaxis antibiótica. El segundo día normalmente comenzamos el tratamiento en su totalidad del especialista, aunque esto depende del estado del paciente. (16)

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente: M.C.V.

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Edad: 75 años

Fecha de nacimiento 23/02/1945

Fecha de ingreso al servicio: 10/02/2020

Fecha de valoración 11/02/2020

Historia clínica: 924909

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente viene por consultorio externo de urología, refiere que aproximadamente 20 días presenta una disminución del chorro y dolor al orinar, que aumenta con los días. La sensación de miccionar varias veces sobre todo por la noche, hace que no pueda dormir bien.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente ingresa al servicio de Cirugía general Po de Prostatectomía transvesical, se observa su herida quirúrgica cubierta con una gasa limpia y seca, tiene un dren tubular conectado a una bolsa de colostomía, se observa secreción cero hemática, aproximadamente 5cc, también tiene una sonda vesical con irrigación con cloruro al 9/000 conectado a bolsa colectora de orina.

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES No refiere.

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES No da mayor información.
Aparentemente todos sanos.

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Patológicos : Niega

Hospitalizaciones : Niega

Cirugías : Niega

Alergias : Niega

Asma : Niega

TBC : Niega

Hepatitis : Niega

Traumatismos : Niega

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Paciente es de religión católica y trabaja de albañil.

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

Presión arterial : 110/70 mm Hg

Frecuencia cardiaca : 74 por minuto

Frecuencia respiratoria : 20 por minuto

Temperatura : 36.4 °C

Saturación de O₂ : 95%

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

- CABEZA Y CUELLO: Normo cefálico. Pupilas foto reactivas, conjuntivas rosadas. Audición disminuida, fosas nasales permeables, mucosas húmedas, cuello móvil cilíndrico, no se palpan ganglios ni masas.
- TORAX: Simétrico, auscultación audible. Ruidos cardíacos regulares, rítmicos.
- ABDOMEN: simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible.
- GENITOURINARIO: presencia de sonda vesical, se observa orina hematurica +++
- EXTREMIDADES: simétricas, tono y fuerza conservado.
- NEUROLOGICO: Glasgow15

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

Hematológicos

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	17.10 cel/ μ L
Hemoglobina	9.8 g/dL
Hematocrito	29.7%
Plaquetas	199,000/ μ L

BIOQUÍMICA DE LA SANGRE	RESULTADOS
Glucosa	143 mg/dl
Urea	23.5 mg/dl
Creatinina	0.9 mg/dl
Sodio	143 meq/L
Potasio	4.1 meq/L
Cloro	116 meq/L
Ant. Prostático	14.6 ng/ml

ORINA	RESULTADOS
Color	amarilla
Aspecto	turbio
Densidad	1.22
pH	7.00

1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA
Omeprazol	40 mg c/24 h	EV
Ciprofloxacino	800mg C/12h	EV
Tramadol	100 mg c/8 horas	EV
Dimenhidrinato	50 mg c/ 8 horas	EV

CINa 9%1000	I	
Dextrosa %1000 H (1) K (1)	II III	
BHE	c/6h	-----
Hemoglucolest	c/8h	-----
CFV	c/6h	-----
Irrigación vesical	continua	
DIETA:	Liquida	

1.8. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: Tiene conocimiento de su enfermedad, se muestra dispuesto y colaborador, atento cuando se le explica sobre su tratamiento, complicaciones y los cuidados que deberá seguir luego de la cirugía.

Clase 2. Gestión de salud.

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: Al momento se encuentra en NPO.

Clase 2. Digestión: -

Clase 3. Absorción: -

Clase 4. Metabolismo: Hemoglucolest = 118 mg/dl.

Clase 5. Hidratación: Al momento se encuentra en NPO, tiene indicación de hidratación parenteral, tiene una herida quirúrgica a nivel suprapúbico, es portador de un dren tubular y sonda Foley de tres lúmenes para irrigación vesical.

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: Presencia de sonda foley (orina hematórica). Balance hídrico = - 1500 cc

Clase 2. Función gastrointestinal: Al momento no hace deposición.

Clase 3. Función tegumentaria: Presencia de lesiones por venopunción en miembros superiores no tiene úlceras por presión.

Clase 4. Función respiratoria: ventilando espontáneamente con Sat O₂ 95%

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Sueño conservado.

Clase 2. Actividad/ejercicio: Paciente en cama por presencia de catéteres, parcialmente dependiente.

Clase 3. Equilibrio/energía: Paciente se encuentra recién post operado, por el momento solo se moviliza en cama.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Tiene funciones vitales estables.

Clase 5. Autocuidado: Asistido por el personal técnico para el baño. Si se lava las manos y los dientes con ayuda.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Responde al interrogatorio.

Clase 2. Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona.

Clase 3. Sensación-percepción: refiere sentirse incomodo por la presencia de la sonda Foley.

Clase 4. Cognición: al interrogatorio paciente conocimientos deficientes sobre eliminación urinaria

Clase 5. Comunicación: no se evidencia alteración,

DOMINIO VI. Auto percepción

Clase 1. Autoconcepción: preocupación.

Clase 2. Autoestima: Riesgo de baja autoestima por tener sonda Foley y no saber si podrá retomar su vida sexual.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Su esposa lo atiende con mucho cariño.

Clase 2. Relaciones familiares: Su esposa y sus hijos están pendientes del paciente, compran lo que se les pide en cuanto a medicinas y útiles de ase.

Clase 3. Desempeño del rol: No aparentan conflictos familiares.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No refiere.

Clase 2. Función sexual: temor por volver a tener la capacidad de tener una vida sexual activa.

Clase 3. Reproducción: Tiene 3 hijos.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: -

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Refiere estar un poco ansioso, nunca pensó pasar por todos estos eventos (operación, curación, baño, sonda, dren).

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: -

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: Se muestra educado, atento a todas las indicaciones del personal de salud.

Clase 2. Creencia: Refiere tener religión católica.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: -

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: riesgo de presentar infección por presencia de dispositivos invasivos.

Clase 2. Lesión física: Herida quirúrgica cubierta con apósitos limpios y secos, con un dren tubular conectado a una bolsa de colostomía. Tiene una incisión media suprapúbica de 8 puntos.

Clase 3. Violencia: -

Clase 4. Peligros del entorno: -

Clase 5. Procesos defensivos: -

Clase 6. Termorregulación: T= 37.5°C.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Refiere dolor a nivel abdominal, por inserción del dren, herida quirúrgica y por la sonda Foley.

Clase 2. Confort del entorno: Cubierto con sabana y bata hospitalaria.

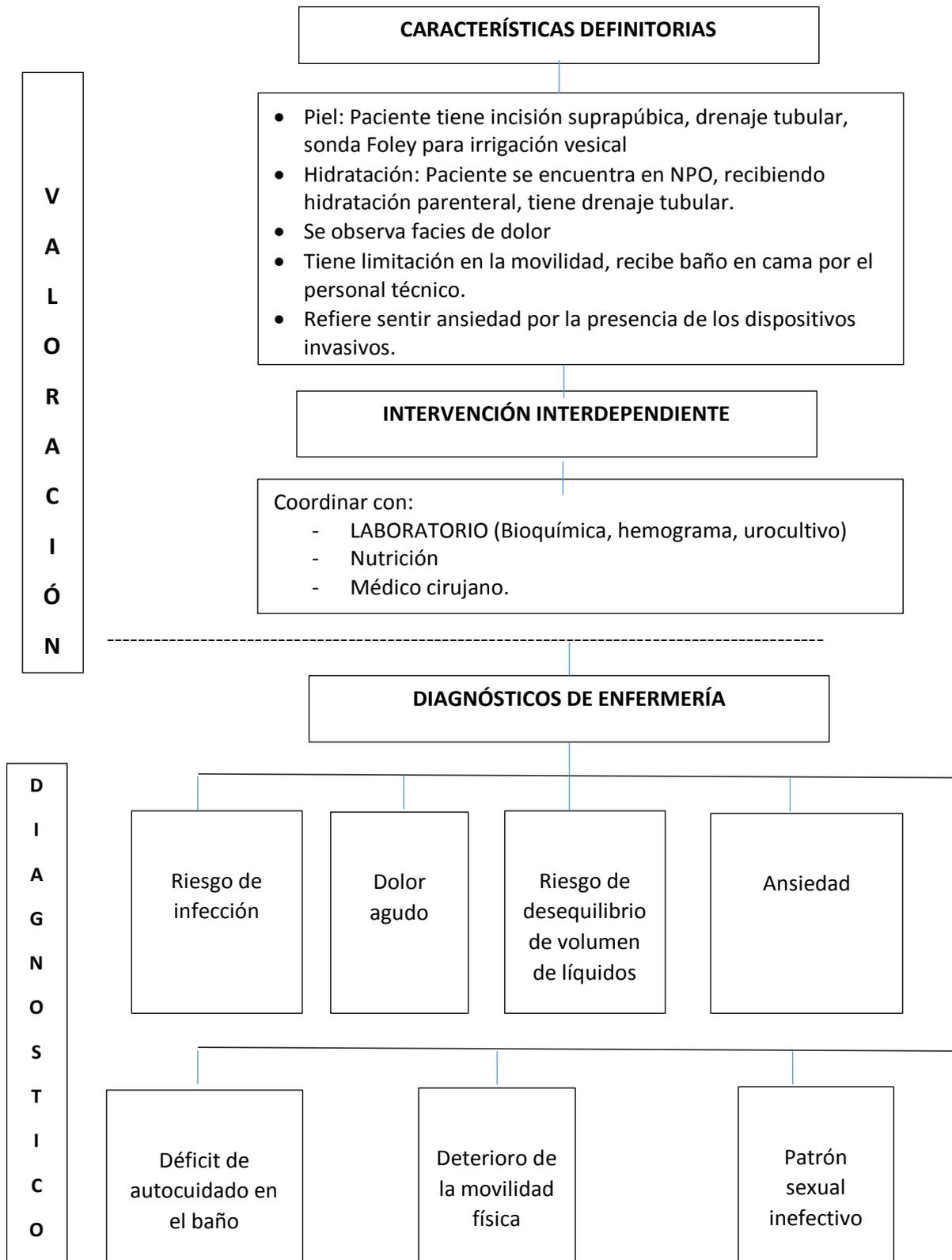
DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: -

Clase 2. Desarrollo: -

Ver anexo 5.

1.9. ESQUEMA DE VALORACION



II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Presencia de incisión suprapúbica.
- Presencia de dispositivos invasivos: vía periférica, drenaje tubular, sonda Foley
- Se observa facies de dolor
- Pcte en npo, recibe hidratación parenteral, tiene drenaje tubular y sonda Foley para irrigación vesical
- Refiere sentir ansiedad por la presencia de los dispositivos invasivos y sobre su vida sexual
- Tiene limitación en la movilidad, recibe baño en cama por el personal técnico.

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

Riesgo de infección

Dolor agudo

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Ansiedad

Déficit de autocuidado en el baño

Deterioro de la movilidad física

Patrón sexual inefectivo

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Riesgo de infección	Deterioro de la integridad tisular.	Presencia de incisión suprapúbica. Presencia de dispositivos invasivos: vía periférica, drenaje tubular, sonda Foley.	Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad tisular.
Dolor agudo	Estado postoperatorio	Se observan facies de dolor	Dolor relacionado a estado postoperatorio.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Procedimiento quirúrgico	Pcte en npo, recibe hidratación parenteral, tiene drenaje tubular y sonda Foley para irrigación vesical	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con procedimiento quirúrgico.
Ansiedad	Cambios en el estado de salud.	Expresa su preocupación al ver los dispositivos invasivos.	Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud.
Déficit de autocuidado en el baño	Proceso quirúrgico	Personal técnico realiza el baño en cama	Déficit de autocuidado en el baño relacionado con proceso quirúrgico.
Deterioro de la movilidad física	Malestar post intervención quirúrgica	Limitación en el movimiento	Deterioro de la movilidad física, relacionado con malestar post intervención quirúrgica.
Patrón sexual inefectivo	Cambio de la función sexual	Expresión de preocupación sobre su actividad sexual. Presencia de sonda Foley	Patrón sexual inefectivo

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00004 Riesgo de Infección. Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad tisular.</p> <p>Dominio 11 Seguridad/Protección Clase 1: Infección</p>	<p>Código: 1092 Control de riesgos.</p>	<p>Código: 6540 Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca de los signos y síntomas de infección. • Lavado de manos del personal de salud, así como de los familiares durante la visita del paciente. <p>Código: 6545 Control de Infecciones intrahospitalarias</p> <p>Código: 3590 Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de los sitios de incisión. 	<p>Ausencia de infección de la herida operatoria.</p> <p>Paciente libre de infecciones agregadas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Curación de heridas. • Evaluar signos de infección. • Administrar medicamentos antibióticos si estuviera indicado. <p>Código: 3584 Cuidados de la piel Código: 3662 Cuidados de las heridas Código: 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso vascular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación con técnica aséptica • Valorar la permeabilidad de cada catéter. • Vigilar signos y síntomas en los puntos de inserción. <p>Código: 3440 Cuidado del sitio de incisión Código: 1876 Cuidados del catéter urinario.</p>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Valorar la permeabilidad y ver las características de la orina.• Realizar higiene genital a diario.• Retirar el catéter lo antes posible. <p>Código: 1870 Cuidados del drenaje (permeabilidad, fijación, cantidad y características)</p>	
--	--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00132</p> <p>Dolor relacionado a estado postoperatorio.</p> <p>Dominio 12</p> <p>Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p>	<p>Código: 1605</p> <p>Control del dolor</p> <p>Código: 2102</p> <p>Nivel del dolor</p>	<p>Código: 2210</p> <p>Administración de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a vigilar su propio dolor. • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar la paciente. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar los picos especialmente con el dolor severo. • Administrar analgésicos complementarios cuando sea necesario. 	<p>Paciente no refiere dolor.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00025</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con procedimiento quirúrgico.</p> <p>Dominio 2</p> <p>Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación</p>	<p>Código: 0601</p> <p>Equilibrio hídrico</p> <p>Código: 0602</p> <p>Hidratación</p>	<p>Código: 6080</p> <p>Monitorización de funciones vitales</p> <p>Código: 2080</p> <p>Manejo de líquidos/electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si existen pérdidas de líquidos: Hemorragia (por herida quirúrgica y/ dren tubular), vómitos y transpiración. • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos. • Administrar líquidos (endovenosos). • Informar al médico si los signos y síntomas del desequilibrio 	<p>Paciente tiene balance hídrico negativo.</p> <p>No hay manifestaciones de desequilibrio hídrico.</p> <p>Paciente muestra mucosas húmedas</p>

		<p>de líquidos y electrolitos persisten o empeoran.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si el nivel de líquidos infundidos es adecuado. • Llevar un registro adecuado de eliminación. <p>Código: 4130 Monitorización de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar color, cantidad de la orina. • Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, turgencia de la piel y sed). • Restringir ingesta de líquidos. • Vigilar ingresos y egresos: registro exhaustivo. 	
--	--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00146 Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud.</p> <p>Dominio 9</p> <p>Afrontamiento/tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2: Respuestas de Afrontamiento.</p>	<p>Código: 1402 Control de la ansiedad.</p> <p>Código: 1301 Adaptación del paciente a la hospitalización.</p>	<p>Código: 5820 Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los niveles de ansiedad en el paciente. • Utilizar un enfoque que de seguridad. • Administrar medicamentos que reduzcan ansiedad si están prescritos. <p>Código: 4920 Escucha activa.</p> <p>Código: 5440 Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>Código: 5270 Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comente la experiencia emocional con el paciente. • Facilitar la identificación por 	<p>Paciente disminuye la duración de la ansiedad.</p> <p>Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.</p>

		<p>parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los medios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir a la respuesta emocional. • Permanecer mas tiempo con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Instruir al paciente el uso de técnicas de relajación. <p>Código: 4920 Proporcionar sentimientos de seguridad. Código: 5618 Enseñanza del procedimiento, tratamiento. Código: 1850 Fomentar el sueño Código: 5420 Apoyo espiritual</p>	
--	--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00108</p> <p>Déficit de autocuidado en el baño relacionado con proceso quirúrgico.</p> <p>Dominio 4</p> <p>Actividad/reposo</p> <p>Clase 5:</p> <p>Autocuidado</p>	<p>Código: 0301</p> <p>Autocuidado: baño</p> <p>Código: 0305</p> <p>Control del autocuidado personal: higiene.</p>	<p>Código: 1801</p> <p>Ayuda en el autocuidado: baño/higiene.</p> <p>Código: 1610</p> <p>Baño</p> <p>Código: 1710</p> <p>Mantenimiento de la salud bucal</p> <p>Código: 1630</p> <p>Vestir</p> <p>Código: 0740</p> <p>Cuidado del paciente en cama.</p>	<p>Paciente colabora en su cuidado personal y entiende la importancia del baño diario.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00085 Deterioro de la movilidad física, relacionado con malestar post intervención quirúrgica.</p> <p>Dominio 4</p> <p>Actividad/reposo</p> <p>Clase 2:</p> <p>Actividad/ejercicio</p>	<p>Código: 0208 Nivel de movilidad</p> <p>Indicadores: 022801 Mantenimiento del equilibrio. 022802 Mantenimiento de la posición corporal 022803 Movimiento muscular. 022806 Deambulaci3n: caminata asistida C3digo: 1811 Actividad prescrita Indicadores: 111801 descripci3n de la actividad prescrita</p>	<p>C3digo: 0140 Fomento de los mecanismos corporales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar postura correcta. • Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir postura para evitar fatigas, tensiones o lesiones. • Ayudar al paciente a peque1as caminatas asistidas. • Explicarle la necesidad de la movilizaci3n para evitar trombosis. 	<p>Paciente entiende la importancia de la movilizaci3n para evitar complicaciones, realiza movimientos en su unidad y luego deambulaci3n asistida.</p>

	<p>111802 Explicación del propósito de la actividad</p> <p>181103 descripción de los efectos esperados de la actividad.</p>		
--	---	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00065</p> <p>Patrón sexual inefectivo</p> <p>Dominio 8</p> <p>Sexualidad</p> <p>Clase 2: Función Sexual</p>	<p>Código: 0119</p> <p>Funcionamiento sexual.</p>	<p>Código: 5248</p> <p>Asesoramiento sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad. • Informar al paciente que la sexualidad constituye una parte importante en la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés, a menudo alteran el funcionamiento sexual. • Discutir la necesidad de modificación de la actividad sexual, si procede. • Proporcionar información 	<p>Paciente verbaliza sus dudas y preocupaciones.</p>

		<p>concreta acerca de mitos sexuales y mala información que el paciente puede manifestar verbal.</p> <ul style="list-style-type: none">• Remitir al paciente a un terapeuta sexual.	
--	--	---	--

Fuente: North American Nursing Diagnosis Association (17)

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	Paciente adulto mayor refiere “No pensé que fuera así, me duele la herida y en la sonda, no me puedo mover mucho, después que salga de aquí como estaré con mi esposa, eso me preocupa también”
O	Paciente adulto mayor post operado mediato de Prostatectomía transvesical, se encuentra despierto, orientado, ventilando espontáneamente, tiene una vía periférica en MSD infundiendo ClNa9%1000, tiene una incisión quirúrgica a nivel suprapúbico, con un dren tubular conectado a bolsa de colostomía, y una sonda Foley con irrigación vesical.
A	<p>Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad tisular.</p> <p>Dolor relacionado a estado postoperatorio.</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con procedimiento quirúrgico.</p> <p>Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud.</p> <p>Déficit de autocuidado en el baño relacionado con proceso quirúrgico.</p> <p>Deterioro de la movilidad física, relacionado con malestar post intervención quirúrgica.</p> <p>Patrón sexual inefectivo</p>
P	<p>Paciente disminuirá el riesgo de infección progresivamente.</p> <p>Paciente disminuirá el dolor progresivamente.</p> <p>Paciente mantendrá un equilibrio de volumen de líquidos</p>

	<p>Paciente supera la ansiedad durante su hospitalización.</p> <p>Paciente mejorara en su autocuidado durante su hospitalización.</p> <p>Paciente superara el deterioro de la movilidad física, iniciando deambulaci3n asistida.</p> <p>Paciente disminuirá el riesgo de tener un patr3n sexual inefectivo.</p>
I	<p>Lavado de manos antes y despu3s de todos los procedimientos.</p> <p>Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.</p> <p>Se brinda comodidad y confort, ba3o de esponja con asistencia.</p> <p>Valoraci3n céfalo caudal en busca de signo de alarma, presencia de signos de infecci3n de herida operatoria.</p> <p>Mantenimiento de irrigaci3n vesical</p> <p>Balance hídrico estricto.</p> <p>Se administra tratamiento médico indicado.</p> <p>Se brinda pautas para disminuir el nivel de ansiedad.</p>
E	<p>Paciente estacionario, no refiere molestias, tiene funciones vitales estables, balance hídrico negativo, se encuentra en buen estado de higiene, deambulaci3n asistida. Se mantiene irrigaci3n continua, queda en observaci3n.</p>

CONCLUSIONES

1. El cuidado del paciente post operado de prostatectomía es importante porque realza la labor del personal de enfermería, en su intervención de detección y tratamiento de complicaciones a través de una actuación de forma integral. Con esta intervención se mejorará la calidad de atención al paciente, lo que contribuirá para disminuir complicaciones, favoreciendo de esta manera a la disminución de la estancia hospitalaria, reinserción a la sociedad y a la vez se disminuirá el riesgo de adquirir alguna infección intrahospitalaria.
2. Contar con guías de atención para el cuidado de pacientes post operados de prostatectomía, nos permitiría unificar criterios, el trabajo en forma estandarizada favorece la comunicación y el ejercicio del cuidado con el resto del equipo, para brindar una atención de calidad, de esta manera lograr la satisfacción del paciente y evitar complicaciones.
3. El cuidado del paciente post operado de prostatectomía implica también que el personal de enfermería establezca una comunicación efectiva con el paciente para reducir efectos negativos de la intervención quirúrgica, aplicando técnicas de relajación en el postoperatorio.
4. Es importante involucrar a la pareja y familia en todo proceso quirúrgico, para evitar o minimizar posibles traumas psíquicos por la posible disfunción sexual del paciente en un futuro, así como su imagen y otros aspectos que le van a afectar directamente.

RECOMENDACIONES

1. Elaborar y tener guías actualizados de atención a pacientes post operados de prostatectomía, en el hospital Santa Rosa se carece de protocolos de atención para esta patología.
2. Las guías de atención sobre los cuidados de pacientes quirúrgicos, que se elaboren en el servicio, deben encontrarse a la vista y disponibilidad de todo el personal de enfermería, con su uso se tendrá una guía en el trabajo y se disminuirán las complicaciones en los pacientes quirúrgicos.
3. Realizar evaluaciones periódicas sobre los conocimientos y actualizaciones al personal de enfermería, esto motivará a que se encuentren actualizados y se mejorará de esta manera la calidad de atención.
4. Coordinar con el hospital para realizar cursos gratuitos de actualización sobre “cuidados de paciente post operado “en sus diferentes patologías.

ANEXO 1

Tabla de Morbilidad del Servicio de Cirugía General y especialidades médicas.

Tabla N° 25
Morbilidad en Cirugía General y Especialidades 2013

ORD	CODIGO	MORBILIDAD	GRUPO ETAREO								TOTAL 2013	%
			20-11M	1-4A	5-9A	10-14A	15-19A	20-49A	50-64A	65 +A		
1	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA, RINITIS AGUDA	22	133	120	89	189	1077	677	556	2,863	15.1
2	H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	1	16	154	97	78	473	424	361	1,604	8.4
3	N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA						30	426	679	1,135	6.0
4	K802	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS					15	522	341	202	1,000	5.7
5	H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA			1		1	25	137	567	761	4.0
6	J342	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL		2	2	6	38	252	142	128	570	3.0
7	K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCC		1			4	117	164	202	488	2.6
8	H612	CERUMEN IMPACTADO		6	12	21	39	170	117	109	474	2.5
9	H109	CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA	6	17	19	15	24	119	129	120	449	2.4
10	H669	OTITIS MEDIA AGUDA Y SUBAGUDA SIN ESPECIFICACION	7	14	18	13	32	149	62	102	397	2.1
11	H110	PTERIGION			1		1	141	171	74	388	2.0
12	H409	GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO			1		1	20	100	233	355	1.9
13	H654	OTRAS OTITIS MEDIAS CRONICAS NO SUPURATIVAS	1	9	4	11	23	109	65	108	330	1.7
14	H919	DISMINUCION DE LA AGUDEZA AUDITIVA SIN ESPECIFICACION	1	1	3	16	19	106	69	109	324	1.7
15	N200	CALCULO DEL RINON				1	9	157	79	50	296	1.6
16	H001	CALACIO (CHALAZION)	3	35	24	12	41	112	34	19	280	1.5
17	K811	COLECISTITIS CRONICA					3	118	82	56	259	1.4
18	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO			1	2	6	113	58	62	242	1.3
19	K439	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA					1	54	77	85	217	1.1
20	J839	VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLA			1			52	89	58	200	1.1
TOTAL DE LAS 20 PRIMERAS CAUSAS			41	234	361	283	524	3,916	3,443	3,910	12,712	67.0
OTRAS CAUSAS			35	109	258	143	277	2,333	1,663	1,454	6,272	33.0
TOTAL GENERAL			76	343	619	426	801	6,249	5,106	5,364	18,984	100.0

FUENTE: IGR - Unidad Estadística e Informática

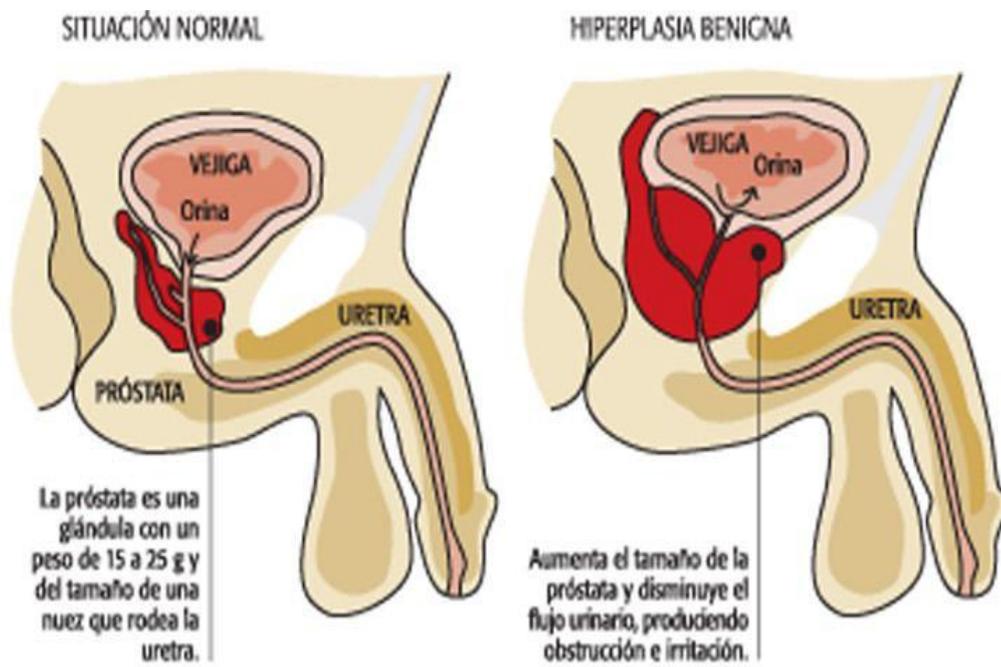
ANEXO 2

Infografía de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson



ANEXO 3

Imagen Hipertrofia benigna de próstata



ANEXO 4

Escala Visual Análoga (EVA)



Anexo 5

Foto con paciente Post operado de Prostatectomía.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dr. Saldaña Gallo, J. Agrandamiento de próstata sufre el 70%de hombres mayores de 60 años. 2015.
Disponible:
<https://rpp.pe/lima/actualidad/agrandamiento-de-prostata-sufre-el-70-de-hombres-mayores-de-60-anos-noticia-589496>
2. Castiñeiras Fernández, J. Criterios de derivación de hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. Actas urológicas españolas 2010.
Disponible:
<http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v34n1/especial.pdf>
3. OMS. Organización Mundial de la Salud Envejecimiento y ciclos de vida.
Disponible:
<https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
4. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Guía de diagnóstico y Manejo. Retención Urinaria.
Disponible:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia26.pdf>
5. Cozar Olmo, JM. Actualización en Hiperplasia Benigna de Próstata. Grupo Saned 2011
Disponible:
http://formaciones.elmedicointeractivo.com/plantillas/down_ROI/documentos_ROI/58_HBProstatamedico.pdf
6. Maldonado Alcaraz, E. Diagnóstico y tratamiento de Hiperplasia Benigna de Próstata. México; Secretaria de Salud. 2009
Disponible:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/176_GPC_HIPERPLASIA_PROSTATICA/Gpc hipertrofia prostatica.pdf
7. Ministerio de Salud. Hospital Santa Rosa. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis de Situación de Salud del Hospital Santa Rosa. 2014.
Disponible:
<http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-119-2015.pdf>

8. Sacaltox Alonzo, E. Complicaciones Intrahospitalario de la Prostatectomía. Guatemala.2017.

Disponible:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10485.pdf
9. Mamani Arana, F. Protocolo de Atención de Enfermería para pacientes post operados de prostatectomía en el servicio de cirugía varones del hospital clínico Viedma. Cochabamba, Bolivia. 2015

Disponible:
<https://es.calameo.com/read/00456288021e7c033cc15>
10. Tenemaza Gomez A. Nivel de satisfacción de los pacientes prostatectomizados con la atención de enfermería posoperatoria en el periodo octubre 2013 – marzo 2014, en el hospital San Juan de la Ciudad de Riobamba. Ambato, Ecuador. 2015

Disponible:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/562/1/TUAMEQ017-2015.pdf>
11. Subia Espinoza, L. Calidad del cuidado de enfermería a pacientes post operados de cirugía prostática- hospital 111 Goyeneche. Arequipa, Perú 2017.

Disponible:
file:///C:/Users/User/Downloads/Subia_Espinoza_Lisbeth_Stefany.pdf
12. Johann Ramirez, A. Virginia Henderson: Biografía y 14 Necesidades. Liderfer 2019

Disponible:
<https://www.lifeder.com/necesidades-virginia-henderson/>
13. Wikipedia. Virginia Henderson 2020

Disponible:
https://es.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson
14. Izaguirre Navarro, A. Virginia Henderson 2012

Disponible:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.html>
15. Gerald L. Andriole. Hioertrofia prostática benigna. Washington University School of Medicine. 2018.

Disponible:

<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-urogenitales/enfermedad-prost%C3%A1tica-benigna/hiperplasia-prost%C3%A1tica-benigna-hpb>

16. Enferurg. Diseñada por NotACoolCompany. Irrigación vesical Continua 2019

Disponible:

<https://enferurg.com/irrigacion-vesical-continua/>

17. Clasificaciones Nanda Noc, Nic. 2018-2020

Disponible:

[file:///C:/Users/usuario/Downloads/Clasificaciones-NANDA-NOC-NIC-2018-2020.pdf%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Clasificaciones-NANDA-NOC-NIC-2018-2020.pdf%20(1).pdf)