



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



.....
**PROCESO DE ENFERMERÍA A UN ADULTO CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN URINARIA, BASADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON**
.....

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

ELIZA ORTEGA PÉREZ
No. DE CUENTA: 400105633

.....
DIRECTORA DEL TRABAJO



MTRA. C. E. NORBERTA LÓPEZ OLGUÍN

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE EDUCACION

.....
MÉXICO D.F. AGOSTO DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

*A zocima ortega:
porque sin su ayuda
no hubiese logrado
ser lo que soy.*

*A mi esposo e hijas:
Demetrio, Ari y Brendita;
por su comprensión
y apoyo incondicional.*

AGRADECIMIENTO

*A nuestro padre Dios:
Porque me ha dado salud,*

*A mis padres:
Porque me dieron la vida y su amor.*

*A la profesora Norberta:
Sin cuyo alto grado de comprensión, paciencia
y estímulo no hubiese sido posible
la realización de este trabajo.*

A todos los docentes por sus sabias enseñanzas.

ÍNDICE

	Página
1. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
3. METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA.....	9
▪ Objetivos.....	9
▪ Importancia.....	9
▪ Ventajas.....	9
▪ Etapas.....	9
4.2. MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON.....	13
▪ Referencias y antecedentes personales.....	13
▪ Principales conceptos y definiciones.....	13
▪ Catorce necesidades básicas.....	14
▪ Supuestos principales.....	15
▪ Afirmaciones teóricas.....	17
5. SÍNTESIS VALORATIVA.....	18
6. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	24
7. PLAN DE CUIDADOS.....	25

8. PLAN DE ALTA	47
9. CONCLUSIONES	49
10. SUGERENCIAS	50
11. GLOSARIO	51
12. BIBLIOGRAFÍA	53

ANEXOS

ANEXO I

- Instrumento metodológico para la valoración de las necesidades básicas (modelo de Virginia Henderson)..... 55

ANEXO II

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE PRÓSTATA Y VEJIGA

- ✓ Próstata..... 64
- Aspecto microscópico..... 64
- Relaciones..... 65
- Histología..... 65
- Circulación sanguínea..... 65
- Innervación..... 65
- Exploración de la próstata..... 65
 - ✓ Hiperplasia prostática benigna..... 66
- Manifestaciones clínicas..... 67
- Diagnostico..... 67
- Tratamiento..... 67

	Pagina
▪ Prostatectomía.....	68
✓ Vejiga urinaria.....	70
▪ Aspecto microscópico.....	70
▪ Anatomía y fisiología.....	70
▪ Relaciones.....	71
▪ Irrigación.....	71
▪ Innervación.....	71
✓ Urolitiasis.....	72
▪ Etiología y patogenia.....	73
▪ Factores de riesgo.....	74
▪ Morfología y composición de los cálculos urinarios mas frecuentes.....	75
✓ Cálculos vesicales.....	76
▪ Manejo ambulatorio del paciente con urolitiasis.....	76
▪ Cistolitotripsia.....	78

ANEXO III

▪ Pensamiento.....	79
--------------------	----

1.- JUSTIFICACION

El servicio de urología del Hospital Juárez de México registra un promedio, de cinco pacientes con hiperplasia prostática por semana.¹ Esta alteración en los varones aumenta a medida que avanza la edad y es tan común que se ha dicho que "todos los hombres tendrán crecimiento prostático, si viven lo suficiente".² Está presente en el 80% de hombres mayores de 40 años y en más del 95% de 80 años. De estos un 25% requieren cirugía en algún momento de su vida, ocupa la segunda causa de cirugía en el hombre.

El crecimiento prostático provoca compresión sobre la uretra produciendo al inicio dificultad en la eliminación urinaria, pero a largo plazo puede llegar a producir la obstrucción total de la uretra. Durante la evolución del problema son frecuentes alguna molestias agregadas como las infecciones de vías urinarias y en segundo lugar se pueden desarrollar la formación de cálculos por el estancamiento de la orina en la vejiga

Por lo cotidiano que resulta este problema de salud en el ser humano varón es que se decidió la selección de un caso con alteración en la eliminación urinaria por hiperplasia prostática benigna mas urolitiasis vesical para aplicar el proceso de enfermería, proporcionar un cuidado individualizado a la persona y mejorar la calidad del cuidado de enfermería, durante la hospitalización.

¹ Cuaderno de ingresos y egresos del servicio de urología del hospital Juárez de México, 2003.

² Emil A. Tanagho. Urología General de Smith. 12ª Ed. Editorial Manual Moderno México D.F. 2001 p.399.

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Aplicar el proceso atención enfermería a un paciente con alteración en la eliminación urinaria por hiperplasia prostática benigna mas litiasis vesical, basado en el modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Aplicar la metodología del proceso de enfermería para lograr la sistematización del cuidado de enfermería durante su estancia en el servicio de urología.
- ❖ Mejorar la calidad de los servicios de enfermería a partir de aplicar la evaluación continua de los cuidados al paciente.
- ❖ Brindar orientación y educación para la salud al paciente como a los familiares.

3.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para realizar este trabajo se seleccionó un paciente del servicio de urología del Hospital Juárez de México internado en octubre del 2003. Se solicitó su colaboración y autorización para la elaboración del Proceso Atención Enfermería, basado en el modelo de Virginia Henderson.

La principal fuente de datos fue el paciente que siempre se mantuvo cooperador para la obtener la información.

Las técnicas utilizadas fueron: entrevista, observación, aplicación de habilidades técnicas, prácticas y de pensamiento crítico.

Para la recolección de datos se aplicó una cedula basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson; donde se utilizó el interrogatorio y la exploración física. Después de la validación de los datos y organización de los mismos, se obtuvo una imagen clara del estado de salud del paciente. Esta información me permitió identificar sus problemas y sus capacidades, así como establecer los diagnósticos de enfermería reales y potenciales, basados en la taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y una vez detectados estos se inicio el desarrollo del plan de cuidados, estableciendo prioridades, incluyendo objetivos, cuidados de enfermería, fundamentación científica y evaluación de las mismas. Tomando en cuenta que los registros documentales del plan de cuidados son de gran importancia.

También se elaboró el plan de alta y se realizó una visita domiciliaria para valorar las condiciones del estado de salud del paciente y reafirmar las recomendaciones del plan de alta.

**PROCESO
ATENCIÓN
ENFERMERÍA**

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

El proceso atención de enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado de obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por medio de este se pueden administrar cuidados de enfermería de una forma racional, lógica, sistemática e individualizada que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alternativas de salud reales o potenciales.

El empleo del proceso de enfermería es una alternativa para la resolución de problemas de manera eficiente, garantizando al paciente que recibirá cuidados profesionales con sustento científico y metodológico. La teoría proporciona conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria, así mismo proporciona autonomía profesional. Es importante la integración de la enfermera en el equipo multidisciplinario.³

El proceso de enfermería exige al profesional habilidades y destrezas afectivas cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales del comportamiento y de pensamiento crítico. Lo anterior es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a alcanzar su máximo potencial de salud.

El proceso de enfermería se dirige a un objetivo, es sistemático, dinámico, interactivo, flexible y con un sustento teórico. Su desarrollo promueve la interacción entre el personal de enfermería y el paciente, la capacidad técnica, intelectual y de relación.

³ Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería, Guía Práctica. Segunda Edición. Mosby-Doyma, España 1992 P. 6-14

Objetivos del proceso atención enfermería.

- ❖ Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, familia y la comunidad.
- ❖ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ❖ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad,

Importancia del proceso de enfermería.

El Proceso de enfermería, asegura la calidad de los cuidados del sujeto de atención: individuo, familia o comunidad, asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional y para quien la recibe, permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Ventajas del proceso de enfermería.

La aplicación del Proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera: profesionalmente define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, le permite participar en su propio cuidado, le garantiza una respuesta a sus problemas reales y potenciales, le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas; para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción en su trabajo, le facilita la comunicación, concede flexibilidad en el cuidado, le genera respuestas individuales, le permite conocer objetivos importantes para el paciente y propicia el crecimiento profesional.

Etapas del proceso de enfermería.

El Proceso de enfermería se organiza en cinco pasos sucesivos que se relacionan entre si:

1.- Valoración: Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Es la primera etapa del proceso y se realiza durante todo el tiempo que dure el mismo ya que la enfermedad es algo dinámico. Las fuentes para esta etapa incluyen: al paciente como fuente primaria, el expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas, los textos de referencia. Los componentes de esta fase son:

- Obtención de datos: comienza en el momento en que tomamos contacto con el paciente (valoración inicial). Durante la interacción enfermera paciente se siguen obteniendo mas datos que nos sirven para evaluar problemas ya determinados y señalar otros nuevos, los métodos para obtener datos son: entrevista, observación y exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación).
- Clasificación de datos: a)Objetivos. Son concretos y contables, pueden ser identificados por cualquier otra persona. b) Subjetivos. Sensaciones y percepciones que refiere el paciente como son dolor, malestar etc.
- Validación de datos: Significa verificar que la información que se ha reunido es verdadera.

2.- Diagnóstico. Es la segunda fase del proceso es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración ^(Hernández 1999).

Es el análisis de los datos recogidos en la etapa anterior para identificar problemas reales o potenciales; así como la causa de los mismos.

Se determina que problemas pueden ser tratados independientemente y cuales necesitan de dirección o asesoramiento de otros profesionales.

Los diagnósticos de enfermería pueden hacerse de acuerdo a la categoría de diagnósticos aceptados por la NANDA o con el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas).

Tipos de diagnósticos: reales, de alto riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

3.- Planeación. Es la tercera fase y en esta se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Los pasos a seguir son:

- Establecer prioridades en los cuidados. Se ordenan jerárquicamente los problemas detectados, estableciendo prioridades para saber cuales deben tratarse inmediatamente, porque estén amenazando la vida o porque estén ocasionando otro problema. Puede ocurrir que los problemas que al principio fueron prioritarios, pasen a un segundo lugar por otros mas importantes en determinado momento.
- Planteamiento de los objetivos. Es describir los resultados esperados tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Formular objetivos permite evaluar la evolución del paciente así como de los cuidados proporcionados.

Es importante asegurar que todos saben lo que se quiere conseguir y cuando. Pueden ser a corto y largo plazo. Es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería. Es la determinación de actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados, corresponde a las tareas concretas que enfermera y familia realizan para hacer realidad los objetivos. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente.

4.- Ejecución. Cuarta etapa del proceso, es en esta etapa cuando realmente se pone en practica el plan de cuidados. Implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Registro de los cuidados de enfermería.
- Comunicación verbal y escrita de lo ejecutado.

- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

5.- Evaluación. En esta fase se determina como ha funcionado el plan de cuidados de enfermería. La evaluación es continua, así podemos detectar como va evolucionando y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte mas efectiva.

Durante la evaluación se debe realizar una valoración exhaustiva de todo el plan de cuidados, esta ayuda a determinar si se ha elaborado el mejor plan para el paciente, se pueden identificar los cambios necesarios para mejorar el mismo.

La evaluación es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionales que intervienen en su cuidado.

La evaluación nos sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede ser tomada como base para promover la investigación en enfermería.⁴

⁴ Rosales S. Fundamentos de Enfermería, 2ª Ed., Manual Moderno 1999 p. 202-217

**MODELO
TEÓRICO DE VIRGINIA
HENDERSON**

4.2.- MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

Referencias y antecedentes personales.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City Missouri en 1918, ingreso a la escuela de enfermería del ejercito en 1921 y se graduó en 1922. Inicio su carrera docente en enfermería en el Nolfolk Protetant Hospital de Virginia.

En 1929 ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester.

Henderson se desarrollo como autora e investigadora; publico la sexta edición del libro Principios y Practicas de Enfermería en 1918. este texto constituyó parte del programa de estudios en diversas escuelas de enfermería, sus textos clásicos se han traducido en mas de 15 idiomas. En la década de los ochentas, Henderson permaneció activa como socia emérita de investigación en Yale, sus conclusiones e influencias en esta profesión la han hecho merecedora de mas de nueve títulos doctorales honoríficos y del premio Cristiane Reimann.⁵

Principales conceptos y definiciones.

Enfermería. Henderson incorporo principios filosóficos y psicológicos a su concepto personal de enfermería, lo define de la siguiente manera:

“la única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Salud. Henderson no especifica una definición propia sobre salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la

⁵ Mariner-Tomey. Modelos y teorías en Enfermería 4ª Ed. Mosby –Doymas España 1999 p. 102-111

asistencia de enfermería. Dice que es "la calidad de la salud mas que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma mas efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida".

Entorno. Tampoco hace una definición propia del entorno. Remite el Webster's New Collegiate Diccionario, que define el entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

Persona (paciente). Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

Necesidades. No se encuentra una definición específica de necesidad. Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir –vestirse y desvestirse-.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normal mediante la selección de ropa y modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores y opiniones.
11. Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado,
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Conceptos:

Cuidados básicos. Conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera y ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad.

Independencia. Nivel óptimo del desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida, se refiere a aquí y ahora..

Dependencia. Desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas en el presente y en el futuro de acuerdo con su situación de vida a falta de una fuerza, conocimiento y voluntad.

Autonomía. Capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Supuestos principales.

Virginia Henderson no citó directamente cuales eran los supuestos mas señalados que incluía en su teoría, pero de sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos. ^(Luis 2000)

❖ Enfermería:

- Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Actuar como un equipo de salud.
- Actuar independientemente del medico, pero apoyar su plan.
- Debe tener nociones tanto de biología como de sociología.

- Puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los catorce componentes de la asistencia de enfermería, incluyen todas las funciones posibles de la enfermería.

❖ **Persona (paciente):**

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia forman una unidad.
- Las necesidades del paciente están cubiertas por los catorce componentes de enfermería.

❖ **Salud:**

- La salud representa calidad de vida.
- Es necesaria para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia
- La promoción de la salud es mas importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

❖ **Entorno:**

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- La enfermera debe tener formación en materia de seguridad
- Deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes
- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.
- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las practicas religiosas para valorar los riesgos.

Afirmaciones teóricas:

Nivel de relación enfermera-paciente:

- La enfermera como sustituto de algo necesario para el paciente.
- La enfermera como ayuda del paciente.
- La enfermera como compañera del paciente.

Trascendencia en el ejercicio profesional:

- La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesario para atender al paciente.
- La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente, mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los catorce componentes de la asistencia básica de enfermería.
- Para la recopilación de datos la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído.
- Una enfermera necesita la formación que solo se imparte en colegios y universidades para que ejerza como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio profesional.

SÍNTESIS VALORATIVA

5.- SÍNTESIS VALORATIVA

Ficha de identificación:

Nombre: Romualdo. Edad: 60 años. Sexo: Masculino.
Fecha de nacimiento: 07 de febrero de 1943. Escolaridad: Primaria.
Ocupación: Chofer. Estado civil: Viudo.
Lugar de residencia: México D.F.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPLORACIÓN FÍSICA

1.- Necesidad de oxigenación.

No padece ningún problema relacionado con su oxigenación. Fumó durante 10 años, hace 10 años que ya no fuma, considera que esto es dañino para la salud. Tórax simétrico, expansibilidad normal, con ruidos cardiacos ritmicos de buena intensidad y frecuencia, campos pulmonares limpios y bien ventilados. Frecuencia respiratoria: 18 X'. Es independiente.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación.

Dentro de su alimentación incluye los alimentos necesarios para una dieta balanceada con carne, leche, frutas, verduras y huevo. Prefiere las verduras y el pescado, no le gustan las carnes rojas, come tres veces al día. En el desayuno ingiere: pan, leche y fruta, en la comida sopa y guisado, en la cena pan leche y fruta. el porcentaje económico que destina para su alimentación son 150 pesos diarios.

Piel morena clara, mucosas orales hidratadas, cabello bien implantado e hidratado, ojos con conjuntivas rosadas, boca y orofaringe con mucosa oral rosada y húmeda.

Peso: 85kg. Talla:1.73 mts. T/A 110/80. F.C:76X'. Hb: 14.5. Ht: 48.4%. En esta necesidad es independiente.

3.- Necesidad de eliminación.

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando depresible con colostomía funcional del lado derecho y cicatriz abdominal por laparotomía exploradora peristalsis presente.

Su padecimiento actual lo inicia en mayo del 2002, al presentar retención aguda de orina que amerito manejo con sonda foley transuretral. Refiere que ya tenia problemas para la micción: disminución del calibre y fuerza del chorro urinario, pujo y tenesmo vesical, goteo terminal y nicturia. Recibió tratamiento con ciproxina y proscar. Posteriormente con finesteride, sin presentar respuesta adecuada.

Le realizan USG en junio del 2002 el cual reporta que la próstata se encuentra en sitio anatómico con bordes lobulados, parénquima heterogéneo por la presencia de calcificaciones con medidas de 42x42x50 mm con volumen residual de 71cc. En mayo del 2003 la USG reporta próstata de 53x51x63 mm de contornos regulares homogénea, vejiga con volumen posmiccional de 161 ml, lito vesical de 24x13 mm.

En enero del 2003 realizan valoración cardiológica para poder programar la cirugía "reseccion transuretral de próstata mas cistolitotripsia".

El 18 de marzo del 2003 y el 17 de agosto del mismo año se suspende la cirugía porque el paciente presento hipertensión reactiva, se valoró otra vez por cardiología e indico premedicación con tafil o diazepam. Se reprogramó para el 7 de octubre del 2003. Sus exámenes de laboratorio reportaron Hb: 14.5, Ht.: 48.4, leucocitos: 8460, TP: 12.8, TPT: 31, Glucosa: 108, Cr: 1.2, urea: 26. En esta ocasión se realizó resección transuretral de próstata y cistolitotripsia con bloqueo peridural. Fue dado de alta el día 10 de Octubre.

El Sr. se presento a consulta el día 17 de octubre para su valoración, se observo hematuria, por lo que se dejó la sonda transuretral se le citó en 15 días para retiro de la misma. El día 31 se presento a su cita y había desaparecido la hematuria por lo que se le retiro la sonda y se le dio cita en un mes. El día primero de diciembre acudió a revision; se le encontró con signos vitales dentro de parámetros normales, buen estado general.

Hábitos intestinales 3 o 4 veces al día semilíquida por colostomía.
Hábitos vesicales 6 a 8 veces al día y 2 a 4 veces en la noche en el preoperatorio.
En esta necesidad, el paciente fue parcialmente dependiente en el preoperatorio, pues como ya se mencionó presentó retención aguda y datos de dificultad para la eliminación urinaria. En el posoperatorio siguió parcialmente dependiente, pues se mantuvo con sonda transuretral durante 24 días después de la cirugía. En aproximadamente un mes con 23 días posterior a la cirugía, el paciente restableció un patrón de micción regular y logró su independencia.⁶

4.- Necesidad de movilidad y postura.

No padece ningún problema relacionado con la movilidad y postura. Camina dos veces a la semana media hora. Se observa posición libremente escogida, el sistema músculo esquelético es normal con buen tono, flexibilidad, extensión y abducción. Extremidades simétricas, íntegras móviles, reflejos dentro de la normalidad, pulsos distales presentes. Sin problemas para la marcha.

En el preoperatorio fue independiente y en el posoperatorio parcialmente independiente, debido al dolor agudo relacionado con cirugía transuretral, lo cual provocó deterioro de la movilidad física, limitando los movimientos. Deambuló sin presentar problemas, al día siguiente de la cirugía.

5.-Necesidad de descanso y sueño.

El tiempo que destina para descansar varía entre 3-5 hrs. diarias. Duerme de 7-8 hrs. diarias, no presenta problemas con el sueño, ronca cuando duerme. La respuesta a estímulos es normal. Es independiente.

6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Elige su vestuario en forma independiente. Su capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse es normal, usa ropas de acuerdo a su edad y realiza cambio de ropa diario. En el preoperatorio es independiente para vestirse y desvestirse.

⁶ información tomada del Instrumento de Valoración de las Necesidades Básicas (anexo).

Pero en el posoperatorio fue parcialmente dependiente. Recuperó su independencia para vestirse y desvestirse al día siguiente de la cirugía.

7.-Necesidad de termorregulación.

Se adapta fácilmente a cambios de temperatura, controlando la ropa que utiliza: cuando hace frío se abriga y cuando hace mucho calor utiliza ropa ligera. El lugar donde vive tiene una temperatura templada. Temperatura del paciente: 37°C. Independiente en el pre y posoperatorio.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Se baña diario, prefiere hacerlo durante el día, se lava los dientes solo una vez al día y sus manos las lava seguido. El corte de uñas lo realiza cada 15 días con cortaúñas. Considera que la higiene es muy importante.

Su aspecto general es limpio, con olor agradable, el cuero cabelludo se encuentra bien implantado, limpio e hidratado. En la higiene bucal se observa placa bacteriana y ausencia de dos molares. Independiente en el preoperatorio y parcialmente dependiente en el posoperatorio, relacionado con dolor y dificultad para incorporarse de la cama. Además de estar indicado reposo en posición semifowler. recuperó su independencia para vestirse y desvestirse al día siguiente de la cirugía. El paciente se mantuvo limpio y seco así como la ropa de cama

9.- Necesidad de evitar peligros.

Desconoce su esquema de vacunación. Ingerió bebidas alcohólicas durante 20 años aproximadamente; hace 10 años que ya no las consume. No se automedica y no conoce medidas preventivas para evitar accidentes, tampoco sabe como reaccionaria ante una situación de urgencia, pero dice que es importante mantener la calma. En su trabajo toma todas las precauciones para evitar accidentes automovilísticos. Considera que las drogas, el alcohol y el tabaco son lo peor que existe para afectar la salud.

No presenta problemas auditivos, visuales, sensoriales ni motrices.

Independiente en el pre y posoperatorio.

10.- Necesidad de comunicarse.

Independiente, vive con un hijo soltero de 24 años de edad. Habla claro, es sociable, expresa sus emociones, necesidades y temores. Sus relaciones con familiares y amigos son buenas, frecuenta a su hija y nieto. Pasa solo parte de la tarde 4 hrs. aproximadamente.

11.- Necesidad de creencias y valores.

Su creencia religiosa es la católica, acude a la iglesia cada ocho días. En su hogar tiene imágenes de Jesucristo y de la virgen. Su forma de pensar es congruente con su forma de vivir. Sus principales valores son el respeto hacia los demás y la honestidad. Considera que la vida hay que vivirla de la mejor forma posible y sanamente porque la muerte es algo que no podemos evitar y hay que esperarla cualquier día. Independiente.

12.- Necesidad de trabajo y realización.

El paciente es independiente el rol que tiene en la estructura familiar es el de padre y esta contento con el rol que desempeña. Es chofer de un taxi, ocupación que le agrada. Participar en el ingreso económico familiar le da gran satisfacción, sus ingresos económicos le alcanzan para satisfacer sus necesidades básicas. Participa en las actividades propias del hogar; él y su hijo lo hacen todo. Está satisfecho con su forma de pensar y actuar.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Es independiente, su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas. Su sistema neuromuscular se encuentra íntegro con buena coordinación, es participativo. Le gusta salir con sus hijos y su nieto al parque, cine o teatro. También los juegos de mesa con sus amigos.

14.- Necesidad de aprendizaje.

Es independiente, estudió la primaria completa, no tuvo problemas de aprendizaje, le gusta ver y escuchar las noticias, así como programas educativos. Considera que la escuela es la base para la superación. No presenta problemas aparentes en el sistema nervioso, los órganos de los sentidos se encuentran sin alteraciones.

6.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería:

- 1.- Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con obstrucción anatómica, manifestada por dificultad para iniciar el chorro de orina, nicturia, disuria y retención urinaria.
- 2.- Riesgo de déficit de volumen de líquidos, relacionado con hemorragia y pérdida activa del volumen.
- 3.-Dolor agudo relacionado con agentes lesivos "cirugía transuretral y colocación de sonda transuretral", manifestado por informe verbal y conducta expresiva de agitación.
- 4.- Deterioro de la movilidad física relacionado con malestar y dolor, manifestado con limitación de la amplitud del movimiento.
- 5.- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos
- 6.- Déficit de autocuidado para el baño, higiene y vestido, relacionado con malestar y dolor, manifestado por dificultad para incorporarse de la cama y deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de vestir.
- 7.- Ansiedad debida a la incertidumbre por el resultado de la cirugía con respecto a incontinencia urinaria.
- 8.- Alteraciones en la integridad estructural de la dentadura relacionada con falta de conocimiento sobre la salud dental e higiene oral ineficaz, manifestado por falta parcial de dos molares y exceso de placa dentobacteriana.
- 9.-Riesgo de la formación de nuevos cálculos; relacionada con antecedente de calculo vesical.

PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE ATENCIÓN

Necesidad: Eliminación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con obstrucción anatómica, manifestada por dificultad para iniciar el chorro de orina, nicturia, disuria y retención urinaria.

OBJETIVOS	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Servicio: urología-hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar con el equipo de salud para ayudar al señor Romualdo a resolver la obstrucción uretral. • El señor Romualdo afrontará 	<p style="text-align: center;"><u>Preoperatorio mediato</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera da la bienvenida al Sr. Romualdo en el servicio de urología. <ul style="list-style-type: none"> - Se presenta con el usuario. - Presenta a los compañeros de sala. - Ubica al usuario en su unidad. - Informa al paciente y familiares las normas del servicio, horario de alimentos, visita familiar y medica y ubicación del área física. 	<ul style="list-style-type: none"> • La relación enfermera-paciente es la conexión entre la enfermera y el paciente. La enfermera descubre información valiosa para la valoración y la integración del proceso de enfermería y el paciente reconoce que la enfermera y el equipo de salud están atentos a sus necesidades para ayudarlo 	<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Romualdo fue instalado en su unidad, conoció el nombre la enfermera que lo atendió, así como de sus compañeros de cuarto, se mantuvo

⁷ Lewis Fundamentos de enfermería, 2ª Ed. Editorial Latinoamericana, México 1993 p. 16

<p>positivamente su cirugía "resección transuretral mas cistolitotripsia"</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente expresará sus miedos y sentimientos. • El paciente mantendrá comunicación con la enfermera. • El Sr. Romualdo se encontrará preparado para su cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma y registro de signos vitales. - Elabora ficha de identificación. - Realiza y coloca la pulsera. • La enfermera orienta al señor Romualdo sobre los cuidados preoperatorios, explica el procedimiento quirúrgico y le permite que exprese sus sentimientos. • La enfermera enfatizará la comunicación con el paciente para lograr buenas respuestas • La enfermera realiza la preparación física del Sr. Romualdo para su cirugía • Toma las muestras para laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, tiempos de protrombina, tiempo parcial de protrombina. 	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación es esencial para establecer la relación optima entre la enfermera y el paciente. surge en todo contacto con el paciente.⁷ • Es mas probable que la persona logre una sensación de bienestar y seguridad al hacer frente a las situaciones de la vida, si tiene idea de lo que va a seguir y posee la capacidad para comprenderlo. • La orientación para la intervención quirúrgica y el posoperatorio es muy útil, porque disminuye la angustia después de la intervención y las complicaciones, estimula el deseo de cuidarse y acorta la permanencia hospitalaria. • Una de las necesidades psicosociales básicas de los humanos es saber y comprender. La enfermera satisface tal 	<p>tranquilo y cooperador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El usuario logro la expresión verbal de sus sentimientos y preocupaciones, con el apoyo de la enfermera logro afrontar adecuadamente esta situación crítica de la vida. • El usuario contó con la comunicación terapéutica y estuvo informado. • El Sr. Romualdo se encontró
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • El usuario estará en condiciones para bajar a quirófano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma las muestras para banco de sangre: grupo y Rh. -Cruzar y tipar un paquete globular y un plasma. • Instala la venoclisis. • Aplica el antibiótico: cefalotina 1 gr. I.V cada 8 hrs. • Aplica diazepam 5 mg IV. a las 	<p>necesidad cuando orienta y enseña a sus pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los estudios preoperatorios son importantes porque valoran el estado de salud general del paciente. • El personal médico y de enfermería se preparan ante el riesgo de hemorragia durante el transoperatorio y se anticipan para asegura el bienestar del paciente. • Disponer como mínimo de una vía permeable es un requisito durante el transoperatorio para asegurar la ministración de algún fármaco, líquidos o sangre. • La profilaxis con antibióticos es una medida preventiva para evitar infecciones postoperatorios. • La premedicación prepara al 	<p>preparado física y mentalmente para la cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los datos de laboratorio reportaron Hb: 14.5, Hto: 48.4, TP: 12 segundos, TPT: 31 segundos, Glucosa: 108 mg/dl, Na: 137 mEq/L, K: 4.5 mEq/L, calcio: 9.3mg/dl. • El usuario contó con una vena permeable. • No presentó ansiedad y recibió la
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Bajará a quirófano a la hora indicada. 	<p>22hrs. y a las 6 hrs..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza tricotomía de región púbica. • Recuerda el corte de uñas. • Mantiene al paciente en ayuno. <p><u>Preoperatorio inmediato</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera utiliza el tacto mientras se comunica con el usuario y le informa que requiere de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales. -Expediente clínico completo. -Vendas en miembros pélvicos y colocación de caplina. -Sin prótesis ni ropa interior. -Folio de banco de sangre . • La enfermera lleva a cabo la preparación preoperatoria previa. • Entrega al usuario a las enfermeras de quirófano. 	<p>paciente para la cirugía, disminuye la ansiedad y ayuda a inducir mejor la etapa anestésica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La preparación física es indispensable para que se lleve a cabo la cirugía, de lo contrario puede suspenderse, por ejemplo si no se cumple con el ayuno. • Los signos vitales nos indican el estado general de un enfermo. • Los pacientes que han recibido apoyo emocional en el preoperatorio sufren menor angustia y complicaciones en el posoperatorio y están mejor motivados para contribuir en su cuidado. 	<p>profilaxis de antibiótico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los signos vitales se encontraron dentro de parámetros normales. T/A:130/90, FC: 80X', FR 20X', Temp: 36 °C. • El expediente estuvo completo. • El señor Romualdo bajó a quirófano a tiempo.
--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • El señor Romualdo mantendrá un drenaje funcional en un mínimo de 24 hrs. • El paciente mantendrá un sistema de drenaje esteril, de tres vías. • Comprenderá el objetivo de la sonda transuretral y las molestias que puede 	<p><u>Postoperatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera monitoriza con frecuencia los ingresos y egresos y hace las anotaciones correspondientes en la hoja de control de líquidos. • Para lograr el drenaje de la vejiga, utiliza un sistema de drenaje estéril cerrado, con una sonda foley de tres vías para mantener la irrigación vesical (cistoclis) y evitar la formación de coágulos y taponamiento de la sonda transuretral. • Explicar al paciente el propósito de la sonda y comentarle que la urgencia por orinar se debe a la presencia de la sonda y el espasmo vesical. • Indicar al paciente que evite tirar de la sonda pues puede causar 	<ul style="list-style-type: none"> • Los riñones eliminan la mayor parte de los productos nitrogenados del metabolismo celular. • El volumen urinario normal excretado diariamente varía entre 700 y 2,000 ml., puede verse modificado por diversas enfermedades. • Los signos y síntomas de retención urinaria son: anuria, polaquiuria, nicturia, lentitud del chorro de la orina, vejiga palpable, molestias en el área de la vejiga y a veces dolor intenso, inquietud y signos y síntomas de infección de las vías urinarias.. • La irrigación vesical continua evita la formación de coágulos. • Mantener el tubo de drenaje por debajo del nivel vesical permite el 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión y excreción equilibradas. • Se logró el drenaje de la sonda aunque en ocasiones se formaron coágulos y la sonda se tapó. • No hubo pruebas de hemorragia, la orina se volvió cada vez más clara y el drenaje de la vejiga ya no presentó problemas. • Se mantuvo
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>ocasionarle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitará tracción en la sonda. • Conocerá la importancia de evitar pinzamientos o acodaduras en el sistema de drenaje y el tomar abundantes líquidos. • Avisará a la enfermera en caso de presentar distensión vesical. 	<p>hemorragia, coágulos, taponamiento de la sonda y distensión vesical.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fija la sonda permitiendo los movimientos del paciente. • Estar pendiente del bloqueo de la sonda para drenaje urinario por torcimiento, pinzamientos, acodaduras o coágulos de sangre. • Palpar la vejiga para determinar si existe distensión vesical. • La enfermera indica al señor Romualdo y a sus familiares la forma en la que pueden cooperar en su tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Avisando cuando la solución de la cictoclisís se haya terminado. - Teniendo cuidado de la sonda y el sistema de drenaje, avisando en caso de que se presente oclusión. • Fomenta la ingestión de 	<p>flujo por gravedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente. • Los pinzamientos y acodaduras impiden el drenaje adecuado de la orina y favorecen la estasis urinaria. • Una vejiga sobredistendida disminuye la circulación de la sangre en sus paredes y debilita su resistencia a infecciones. • Es más probable que un individuo logre una sensación de bienestar y de seguridad al hacer frente a las situaciones de la vida, si tiene alguna idea de la conducta que va a seguir y posee las habilidades y las capacidades para efectuarla. • La ingestión elevada de líquidos 	<p>irrigación continua a 100 gotas por minuto durante 24 hrs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente relajado y expresó que se sentía cómodo. • El señor Romualdo y sus familiares participaron activamente ayudando en su cuidado. • El paciente adquirió un patrón de micción regular, posterior al retiro de la sonda
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • El señor Romualdo y sus familiares participarán en el autocuidado. • El paciente obtendrá un patrón de micción regular posterior al retiro de la sonda. 	<p>abundantes líquidos de 2000 a 3000ml.</p>	<p>produce un lavado mecánico eficaz y diluye los elementos de la orina que causan formación de cálculos.</p>	<p>(aproximadamente 7 semanas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantuvo ingesta elevada de líquidos.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Necesidad: Nutrición e hidratación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con hemorragia y pérdida activa del volumen de líquidos.

OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> • Detectar a tiempo cualquier dato que indique hemorragia activa. 	<p><i>Postoperatorio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera observa signos y síntomas de hemorragia. • Toma y registra los signos vitales. • Vigila el drenaje de la sonda transuretral para detectar hemorragia. • Mantiene al paciente cómodo y quieto para evitar hemorragias • Evita mantener al paciente sentado por periodos prolongados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los signos y síntomas de hemorragia son: hipotensión, taquicardia, disnea, piel pálida, húmeda y fría, hematuria., hipotermia, inquietud, angustia y después indiferencia y por ultimo inconciencia. • Los signos vitales nos indican el estado en el que se encuentra el paciente. • Ya que ello aumenta la presión intraabdominal y la posibilidad de hemorragias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales estables y dentro del rango normal: T/A: 130/90, F. C. 80 X', Temp. 36⁰C, F. R. 20X'. • El paciente se mantuvo en posición semifowler y el drenaje de la sonda no

⁸ Madelyn T. *Bases Científicas de la Enfermería*, 2^a Ed. La Prensa Medica Mexicana, México 1994, p. 225

	<ul style="list-style-type: none"> • Toma muestras sanguíneas. • Llevar registro preciso de ingresos y egresos (hoja de cistoclisis). 	<ul style="list-style-type: none"> • El descenso del hematocrito y la hemoglobina pueden indicar hemorragia. • Siempre que un vaso sanguíneo se corta o se rompe, intervienen diversos mecanismos que protegen el organismo de una pérdida importante de sangre.⁸ 	<p>presento datos de hemorragia., activa. Hb 14.5, Ht 48.4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio de ingestión y excreción de líquidos.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Necesidad: Movilización y postura

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos "cirugía transuretral, colocación de sonda foley", manifestado por informe verbal y conducta expresiva de agitación.

OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none">Disminuir o aliviar el dolor y proporcionar un ambiente agradable y cómodo.	<p><i>Postoperatorio</i></p> <ul style="list-style-type: none">La enfermera dialoga con el paciente para valorar la intensidad del dolor. Identificando las respuestas verbales y no verbales.Verifica la permeabilidad del drenaje urinario.Fija la sonda.Toma y registra los signos vitales.Administra analgésicos (dipirona 1gr I. V. cada 8 hrs.)Administración de	<ul style="list-style-type: none">La intensidad del dolor que puede percibir una persona durante o inmediatamente después de algún procedimiento puede reducirse mediante: la información al paciente sobre las sensaciones que puede percibir, el permanecer con el paciente y responder de una manera adecuada a su ansiedad.Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres. Están ampliamente distribuidos en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos.	<ul style="list-style-type: none">Los signos vitales se encontraron dentro de parámetros normales. T/A 130/90.El señor Romualdo estuvo relajado y cómodo e informó verbalmente

⁹ Tucker et. Al Normas del cuidado del paciente, Ed. Océano. México 2002 p. 762.

	<p>antiespasmódicos (oxibutinina 5mg V.O. cada 8 hrs.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene irrigación continua • Indicar al paciente que evite tirar de la sonda. • Explica al paciente el propósito de la sonda y comentarle que la urgencia por orinar se debe a la presencia de la sonda y el espasmo vesical. • Participa en el logro de un ambiente agradable y cómodo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La irrigación vesical continua evita la formación de coágulos. • Pues esto puede causar hemorragia, coágulos, taponamiento de la sonda y distensión. • El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente. • La posición óptima, las técnicas de relajación y el entorno tranquilo son medidas que favorecen la comodidad del paciente.⁹ 	<p>verbalmente disminución de molestias y dolor.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Necesidad: Movilidad y postura

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de la movilidad física relacionado con malestar o dolor, manifestado con limitación de la amplitud del movimiento.

OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Romualdo se mantendrá en posición adecuada y cómoda. • Deambulará en el posoperatorio mediato. 	<p style="text-align: center;"><u>Postoperatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera coloca al paciente en posición semifowler en el postoperatorio inmediato y mantiene comunicación con el mismo, se le informa de la importancia que se mantenga quieto y evite tirar de la sonda para evitar hemorragias. • La enfermera ayuda al usuario para iniciar la 	<ul style="list-style-type: none"> • La inactividad corporal y la posición inadecuada aminoran la capacidad de los pulmones para funcionar en forma adecuada y de este modo entorpecen la nutrición y la eliminación normal de productos de desecho, desde las células. • El aparato circulatorio del enfermo reciente daños cuando esta inactivo. Pueden formarse coágulos sanguíneos y cualquiera de ellos puede desplazarse en el aparato circulatorio y constituir un peligro para la vida del enfermo.¹⁰ • La deambulación precoz disminuye la incidencia de tromboflebitis y flebotrombosis, favorece la 	<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Romualdo se mantuvo en posición semifowler en el postoperatorio inmediato y no hubo datos de hemorragia. • El usuario deambuló al

¹⁰ Potter A. Griffin, P. Fundamentos de Enfermería _ Quinta Edición. Editorial Harcourt S.A. Madrid 2002. p. 288.

	deambulaci3n al siguiente d3a de la cirug3a.	cicatrizaci3n de las heridas y la micci3n y evacuaci3n son mas precoces.	d3a siguiente de la cirug3a, sin presentar problemas aparentes.
--	----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Necesidad: Evitar peligros

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA POTENCIAL: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none">• La enfermera realizará las acciones necesarias para evitar que se presenten infecciones en el señor Romualdo.	<p style="text-align: center;"><u>Postoperatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none">• La enfermera instituye medidas para disminuir el riesgo de infección.• Utiliza sistema de drenaje estéril cerrado.• Evita que la sonda se separe del tubo conector.• Realiza lavado de manos antes y después de realizar cualquier procedimiento.• Coloca la bolsa para drenaje por debajo del nivel de la vejiga.• Conserva el flujo de orina sin	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar técnicas estériles disminuye el riesgo de entrada de bacterias en la uretra.• La desconexión es una causa importante de infecciones urinarias.• Mantener la integridad del sistema de drenaje cerrado por gravedad en todo momento disminuye el riesgo de infección.• Las manos son el principal vehículo para la transmisión de bacterias gramnegativas.• La orina debe fluir hacia abajo, al elevar la bolsa se provoca el reflujo de orina	<ul style="list-style-type: none">• El señor Romualdo se encontró con signos vitales estables, (temperatura 36.5 °C).• Estuvo libre de infección excretando orina cada vez mas clara sin dolor ni

¹¹ Tucker et. Al Normas del cuidado del paciente. Ed. Océano. México 2002 p. 751.

	<p>obstrucción. No permitir que la orina se acumule en el tubo ya que se debe mantener el flujo libre de esta para evitar infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la bolsa de drenaje en caso de haber contaminación, si se obstruye el flujo de la orina, o si las conexiones empiezan a tener fugas. • Aplica antibióticos (cefalotina 1 gr. intravenoso cada 8hrs). • Toma y registro de signos vitales, teniendo cuidado en la elevación de la temperatura. • Indica al paciente y familiares el manejo adecuado del sistema de drenaje. • Limpieza de la región periuretral dos veces al día para proporcionar higiene y comodidad. 	<p>contaminada, de la bolsa hacia la vejiga del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La éstasis de la orina es un factor predisponente para la formación de cálculos e infección. • El drenaje es inadecuado cuando el tubo esta torcido o enrollado, lo que permite que el liquido quede estancado en las asas. • La cefalotina es un agente antimicrobiano. • Muchas infecciones de vías urinarias se deben a microorganismos adquiridos del exterior y transmitidos por contaminación cruzada.¹¹ • El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente y familiares • La limpieza inhibe el crecimiento de microorganismos. 	<p>molestias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mantuvo informado de la altura a la que debe traer el sistema de drenaje y como vaciarlo, así como los cuidados del mismo.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Necesidad: Higiene corporal y protección de la piel.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado: baño, higiene y vestido relacionado con malestar y dolor manifestado por dificultad para incorporarse de la cama.

OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Romualdo se mantendrá en buenas condiciones higiénicas. • Se mantendrá cómodo, limpio, seco y recibirá ayuda de la enfermera para vestirse y 	<p style="text-align: center;"><u>Postoperatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera con apoyo del camillero ayudan al paciente a sentarse en su cama con los pies colgando y lo mantiene así durante 10 minutos, posteriormente lo baja a la silla, otros 10 minutos y lo acompaña al baño para su higiene corporal. • La enfermera mantiene comunicación con el paciente y la familia sobre la importancia de la higiene corporal. • La enfermera realiza el cambio de 	<ul style="list-style-type: none"> • La limpieza contribuye a la salud del individuo. • El baño debe hacerse de limpio a sucio para evitar infecciones. • La piel libre de impurezas facilita la transpiración. • La limpieza inhibe el crecimiento de microorganismos. Algunos microorganismos no son patógenos verdaderos pero cuando se les da la oportunidad son capaces de producir infecciones.¹² • La enseñanza y la asesoría crean 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recibió ayuda para bañar al usuario. Este pudo bañarse solo al siguiente día de la cirugía. • El paciente y familiares contaron con el conocimiento y recomendaciones acerca del baño. • El paciente

¹² Lewis Fundamentos de enfermería, 2ª Ed. Editorial Latinoamericana, México 1993 p. 159

<p>desvestirse.</p>	<p>camisón y de la ropa de cama por razón necesaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera coloca un pañal al paciente para evitar que la ropa de cama se moje cuando la sonda transuretral se tapa y realizan lavado vesical, en el posoperatorio inmediato. • La enfermera mantiene comunicación con el usuario para poder valorar el dolor y en caso necesario, aplicar el analgésico. • La enfermera mantiene al paciente limpio y seco, proporcionándole comodidad 	<p>en el paciente una sensación de competencia en su autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La piel y mucosas sanas e integras son la principal barrera con que cuenta el organismo para defenderse de la agresión del medio ambiente. • Es mas probable que un individuo logre una sensación de bienestar y de seguridad al hacer frente a las situaciones de la vida, si tiene alguna idea de la conducta que va a seguir y posee las habilidades y las capacidades necesarias para efectuarla. 	<p>adquiere una postura relajada y expresa comodidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El señor Romualdo recupero su independencia para vestirse y desvestirse al día siguiente de la cirugía. • El paciente se mantuvo limpio y seco así como la ropa de cama.
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Necesidad: Eliminación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad relacionada con la incertidumbre por el resultado de la cirugía con respecto a incontinencia urinaria.

OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none">El sr. Romualdo expresara libremente sus sentimientos.Comprenderá las indicaciones para el control urinario.	<p style="text-align: center;"><u>Postoperatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none">La enfermera mantiene comunicación con el usuarioLa enfermera explica al señor Romualdo que es posible que después de que le quiten la sonda, pueda presentar ardor al orinar o incontinencia urinaria.Indica que existen algunos ejercicios y recomendaciones para mejorar los síntomas anteriores y que estos desaparecerán en poco	<ul style="list-style-type: none">La incontinencia urinaria es la emisión involuntaria de orina por diferentes causas.La reeducacion vesical forma parte del tratamiento en la incontinencia urinaria.El tensor los músculos ayuda a recuperar el tono del esfinter vesical, anal y de la pared perineal.¹³	<ul style="list-style-type: none">El usuario comenta sus sentimientos, miedos, preocupaciones y hace preguntas.El usuario se encontró informado de los síntomas que pueda presentar después del retiro de sonda foley y acerca de las recomendaciones para mejorarlos.El paciente presento ardor al orinar e incontinencia

¹³ Brunner Lillian Sholtis Manual de la Enfermera. Sexta edición. Editorial McGraw Hill-Interamericana, México D.F. 2001. p.623.

	<p>tiempo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Para mejorar el tono uretral hay que tensar los músculos perineales apretando los glúteos, conservar esta posición cuanto sea posible y relajarse ayudan a lograr el control		<p>urinaria ligera posterior al retiro de la sonda, estos síntomas desaparecieron en una semana .</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Necesidad: Mantener la higiene corporal.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteraciones en la integridad estructural de la dentadura relacionada con falta de conocimiento sobre la salud dental e higiene oral ineficaz, manifestado por falta parcial de dos molares y exceso de placa dentobacteriana.

OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> El señor Romualdo conocerá la importancia de la salud dental y la higiene oral. 	<p style="text-align: center;"><u><i>Preoperatorio</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> La enfermera da una platica al paciente sobre salud dental e higiene oral, explicando la técnica correcta del cepillado de dientes y hace énfasis en la importancia del cuidado de la boca y la visita regular al dentista. Se recomienda el uso del hilo dental. 	<ul style="list-style-type: none"> La buena salud es importante para que boca y dientes estén sanos y fuertes. La gingivitis, la periodontitis o piorrea son complicaciones que se pueden evitar con el cuidado dental regular y la higiene satisfactoria de la boca. Muchas bacterias en la boca quedan alojadas entre los dientes, y las cerdas del cepillo no llegan adecuadamente a las zonas en que están. El hilo dental no solamente elimina lo que no evacua el cepillo, sino que rompe grupos de bacterias entre los dientes.¹⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> El usuario comprendió la importancia de la salud dental y realiza el cepillado de dientes después de cada comida.

¹⁴ Lewis Fundamentos de enfermería, 2ª Ed. Editorial Latinoamericana, México 1993 p. 171-173

Necesidad: Evitar peligros

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA POTENCIAL: Riesgo de la formación de nuevos cálculos, relacionada con antecedente de calculo vesical.

OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none">• El paciente conocerá la importancia de la ingestión elevada de líquidos.• Aprenderá las medidas preventivas para evitar la formación de nuevos cálculos	<p style="text-align: center;"><u>Postoperatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Se indica al seños Romualdo la importancia de la ingesta elevada de líquidos (2000 a 3000 ml en 24 hrs.).• Se da orientación sobre la dieta para evitar la formación de nuevos cálculos.• Dieta baja en calcio; evitar los productos lacteos.• Evitar el consumo excesivo de sal y vitamina C.• Evite el exceso de azúcar y proteínas animales y aumente el consumo de fibras.	<ul style="list-style-type: none">• Cuando no hay suficiente agua para que se forme la orina, las sustancias toxicas formadas en el organismo , no se pueden eliminar de una manera adecuada y provocan diversos trastornos.¹⁵• Los cálculos se forman en las vías urinarias por el deposito de sustancias cristalinas que se excretan por la orina.• Una dieta menos densa en energía puede disminuir la incidencia de cálculos. Los vegetarianos tienen una incidencia menor de este problema.	<ul style="list-style-type: none">• El usuario obtuvo el conocimiento de la cantidad de líquidos que debe ingerir y su importancia.• Durante su estancia hospitalaria mantuvo una ingesta elevada de líquidos.• Aprendió un patrón saludable para comer.

¹⁵ Madelyn T. Bases Científicas de la Enfermería, 2ª Ed. La Prensa Medica Mexicana, México 1994, p.189

PLAN DE ALTA

Recomendaciones para el Señor Romualdo y su familiares sobre los cuidados que debe tener en casa:

- ❖ Tomar sus medicamentos en los siguientes horarios y por el tiempo que se especifica.
 - Ciprofloxacino 500 Mg. vía oral cada 12 hrs: a las 8 AM y 8 PM durante 10 días.
 - Nefryl 1 tableta vía oral cada 12 hrs: 8 AM y 8 PM durante 5 días.
 - Dolac 1 tableta vía oral cada 8 hrs.: 6 AM, 2 PM y 8 PM durante 5 días.
 - Matamucil una cucharada en un vaso de agua cada 12 hrs. : 7 AM y 7 PM
- ❖ Ingerir de 2000 a 3000 ml de líquidos en 24 horas.
- ❖ Recuerde que el lavado de manos es básico después de ir al baño y antes de comer y de realizar cualquier procedimiento para sus propios cuidados.
- ❖ Los síntomas de infección urinaria son: disuria, polaquiuria, tenesmo, orina maloliente, fiebre mayor de 38.5 °C. Ante cualquier molestia de este tipo acudir al servicio de urgencias del hospital.
- ❖ No suba escaleras durante 4-6 semanas.
- ❖ No viaje por mas de 2 hrs. durante 4-6 semanas.
- ❖ No mueva objetos pesados (mas de 3 Kg.) durante 4-6 semanas.
- ❖ No ingiera bebidas alcohólicas durante 4-6 semanas.
- ❖ Cuidese de no jalarse la sonda recuerde que la tiene en la uretra y se puede lastimar, para evitar lastimarse su sonda debe estar bien fija a su pierna con cinta de micopore. Su bolsa deberá estar por debajo de su nivel de instalación para que drene bien y no haya reflujo. Siempre que usted necesite desplazarse recuerde cargar con su sonda y su bolsa.
- ❖ Recuerde que caminar y moverse asegura su recuperación más temprana.
- ❖ Ingerir dieta pobre en sal, grasas, proteínas y vitamina C, rica en citratos y fibra.¹⁶

¹⁶ Tucker et. Al Normas del cuidado del paciente. Ed. Océano. México 2002 p. 735-740

- ❖ Debe disminuir las carnes rojas y puede comer carne de pescado y de pollo, la vitamina C se encuentra principalmente en el jugo de naranja. El citrato lo contiene el jugo de limón y los alimentos ricos en fibra son salvado de trigo, germinados de alfalfa, germen de trigo, harina integral papaya entre otros.
- ❖ Disminuir el consumo de leche y sus derivados.
- ❖ Evite el consumo excesivo de espinacas, verduras oscuras, te, frutos secos, chocolate y azucar.
- ❖ Evite estar recostado por periodos prolongados.
- ❖ Acudir a su cita en una semana.
- ❖ Baño diario con cambio de ropa total..
- ❖ Sr. Romualdo después de que quiten la sonda transuretral puede haber un poco de ardor al orinar, deseo frecuente de orinar o ambos, así como también incontinencia urinaria. Estos síntomas desaparecerán en poco tiempo.
- ❖ Le recomiendo algunos ejercicios para fortalecer los músculos de la base de la pelvis para disminuir y eliminar la incontinencia urinaria.
Ejercicios perineales: Tensar los músculos perineales apretando los glúteos, conservar esta posición cuanto sea posible y relajarse, se recomienda practicarlo de 10 a 20 veces cada hora. continuarlos hasta lograr el control urinario total.
Cuando inicie la micción: detenga el chorro unos segundos y continúe con la micción completa. Realizarlo en cada micción hasta que se mejore el control.
- ❖ Orine tan pronto como sienta el primer deseo.
- ❖ Acuda a urgencias ante cualquier problema que presente: hemorragia, disminución del chorro urinario, oclusión de la sonda, etc.

CONCLUSIONES

Después de la aplicación del Proceso de Enfermería se puede afirmar que es una metodología útil para la mejora continua de los cuidados de enfermería, por lo tanto se traduce en un método que ofrece la mejora de la calidad del cuidado al paciente hospitalizado con extensión de los cuidados al hogar a través del plan de alta.

También se deduce que el empleo del proceso de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson es una alternativa para la resolver necesidades de salud y de la vida cotidiana de manera eficiente, garantizando a la persona-paciente que recibirá cuidados profesionales con sustento científico.

Este método ayuda a la enfermera a tener seguridad sobre sus intervenciones diarias; sus conocimientos le permiten trabajar en cualquier contexto de su dominio.

Las enfermeras aplican constantemente el pensamiento crítico en la toma de decisiones acerca de sus intervenciones.

La educación continua se ha convertido en una obligación para cumplir con los aspectos éticos que establece el código ético.

SUGERENCIAS

- ❖ Fomentar la educación continua en el personal de enfermería de las distintas unidades asistenciales, relacionada con la implementación del proceso atención enfermería, para lograr unificar el conocimiento respecto al ejercicio profesional.
- ❖ Que el personal de enfermería utilice el plan de atención de enfermería para proporcionar cuidados individualizados y dar atención de calidad con trato humano.
- ❖ Incluir en los planes de estudio la importancia que tiene la enfermera en fomentar los servicios de salud oportunamente, recordando que es mejor prevenir que curar. Por ello es importante la aplicación del proceso atención de enfermería en el individuo sano para fomentar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ❖ Que el personal de enfermería tenga conciencia de su responsabilidad acerca de la actualización y educación continua que debe tener para estar al día y conocer los cambios que han ocurrido con el transcurrir del tiempo y así asegurar un desempeño competente.

GLOSARIO

Auscultación. Acción de escuchar los sonidos provenientes del interior del cuerpo para estudiar el estado del corazón, los pulmones, la pleura, el intestino u otros órganos. La auscultación puede realizarse directamente, pero la técnica más habitual es con el empleo del estetoscopio, para determinar la frecuencia, intensidad, duración y calidad de los sonidos.

Calculo urinario. Calculo formado en cualquier parte del aparato urogenital. Puede ser suficientemente grande para producir obstrucción o lo bastante pequeños para ser eliminados por la orina.

Cistolitotripsia. Técnica que consiste en la destrucción de los cálculos vesicales mediante ondas de choque generadas fuera del organismo, en partículas suficientemente pequeñas como para pasar a la orina. Esto se realiza por medio de un instrumento llamado litotritor.

Espasmo. Contracción muscular involuntaria de comienzo brusco.

Estasis. Trastorno caracterizado por la lentitud o detención del flujo normal de un líquido.

Hidronefrosis. Distensión de la pelvis y los cálices renales debida a obstrucción de un uréter a causa de un tumor, calculo ureteral, inflamación prostática o edema de las vías urinarias por infección de las mismas.

Hipercalciuria. Exceso de calcio en la orina que aparece en ciertos trastornos caracterizados por aumento de la resorción ósea, como sarcoidosis, hiperparatiroidismo y ciertos tipos de artritis. Las personas inmobilizadas suelen tener hipercalciuria. Puede dar lugar a litiasis renal.

Holística. Teoría psicológica del organismo de un individuo en su totalidad.

Litiasis. Formación de cálculos en órganos huecos o conductos del organismo. Los cálculos están constituidos por sales minerales y pueden irritar, inflamar u obstruir el órgano en que se forman o se alojan.

Nicturia. Emisión de orina mas frecuente durante la noche que durante el día.

Palpación. Técnica utilizada en la exploración física en la que el explorador palpa la textura, tamaño, consistencia y localización de ciertas partes del organismo con las manos.

Percusión. Técnica utilizad en la exploración física que se utiliza para valorar el tamaño, limites y consistencia de algún órgano interno, descubrir la presencia de liquido y valorar su cantidad en una determinada cavidad. La percusión inmediata directa se realiza golpeando directamente con los dedos sobre la superficie corporal, mientras que la percusión indirecta, mediata o digital se lleva a cabo golpeando con un dedo sobre una mano u otro dedo contralateral apoyado directamente sobre el órgano a explorar.

Proceso Atención Enfermería. Método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

Próstata. Glándula masculina que se dispone alrededor del cuello de la vejiga y de la uretra. Su función principal es secretar un liquido que se mezcla con el contenido de las vesículas seminales en el momento de la eyaculación. La próstata es pequeña en el niño, aumenta de tamaño durante la adolescencia y se mantiene en la edad adulta. Es frecuente que en la vejez sufra un aumento importante de tamaño.

Prostatectomía. Extirpación quirúrgica de una parte de la próstata, como la que se hace en los casos de hipertrofia benigna de la próstata, o de toda la glándula que es la que se hace en enfermos con tumores malignos.

Retención urinaria. Acumulación anormal e involuntaria de orina en la vejiga como consecuencia de la perdida del tono muscular vesical, por disfunciones neurológicas o lesiones vesicales, obstrucción de la uretra o por la administración de un analgésico neurótico, especialmente la morfina.

Tenesmo vesical. Deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar, producido ordinariamente por una irritación del cuello vesical.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería, Guía Practica. Segunda Edición. Mosby-Doyma, España 1992

Brunner Lillian Sholtis Manual de la Enfermera. Sexta edición. Editorial McGraw Hill-Interamericana, México D.F. 2001.

Colliere, Maria Francoise. Promover La Vida. Primera Edición. Editorial McGraw Hill-Interamericana, Madrid 1996.

Crouch James ,Mc Clinic Robert. Principios de Anatomía Humana. Octava reimpresión. Editorial Limusa, México D.F. 2000.

Emil A. Tanagho. Urología General de Smith. 12ª Edición. Editorial Manual Moderno, México D.F 2001.

Ferri Fred F. Diagnóstico y tratamiento. Barcelona. Editorial Océano, España 2002

Gómez Aparicio. Atlas de Anatomía. Editorial Cultural S.A., México D.F.1991

Gordon Margory. Diagnóstico Enfermero Proceso y Aplicación. Tercera Edición. Editorial Mosby Doyma, Madrid 1996.

H. Winter Griffith, M.D. Guía Para el Uso de Medicamentos. Tercera Edición. Editorial McGraw Hill-Interamericana, México D.F.1999.

Iyer W. Patricia y Cols. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. Tercera edición. Editorial McGraw Hill-Interamericana 1994.

Jack. Mc Anich. Clínicas de Urología de Norteamérica. Editorial Intermedica, México D.F.1991.

Lewis L. Fundamentos de enfermería. Segunda edición. Editorial Latinoamericana, México 1993.

Madelyn T. Bases Científicas de la Enfermería, Segunda edición. La Prensa Medica Mexicana, México 1994

Mariner-Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Cuarta edición. Editorial Mosby/Doymas, España 1999.

NANDA, Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones. Editorial Harcourt, S.A. Madrid España 2001-2002.

Potter A. Griffin, P. Fundamentos de Enfermería . Quinta Edición. Editorial Harcourt S.A. Madrid 2002.

Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. Segunda Edición. Editorial. Manual Moderno 1999.

Tucker et. al Normas del cuidado del paciente. Guía de planificación de la practica asistencial conjunta . Editorial Océano, México D.F 2002.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

Proceso Atención Enfermería (03 de julio 2002) file: //a: / El proceso de atención de enfermería / htm.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS. (MODELO DE VIRGINIA HENDERSON).

Ficha de identificación:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Escolaridad _____

Ocupación _____ Estado civil _____

Lugar de residencia _____

1.- Necesidad de Oxigenación:

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? _____ ¿Cual? _____

¿Cuál es su opinión en relación al acto de fumar? _____

¿Usted fuma? _____ ¿Desde hace cuanto tiempo? _____

¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día? _____

¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? _____

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? _____ ¿En que forma? _____

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? _____

Fármacos específicos _____

Otros _____

Exploración Física Pulmonar

(inspección, auscultación, percusión y palpación)

Exploración física cardiovascular

(inspección, auscultación, percusión y palpación)

2.- Necesidad de nutricio e hidratación:

¿Qué alimentos consume regularmente? _____

¿Cuántas veces se alimenta al día? _____

¿Qué alimentos prefiere? _____

¿Qué alimentos le desagradan? _____

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? _____ ¿Cuáles? _____

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? _____

¿Cuáles? _____

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? _____ ¿Cuáles? _____

¿Cómo influye su estado de animo en el ingestión de líquidos? _____

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? _____

¿De que manera? _____

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? _____

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? _____

¿Utiliza sustancia para reducir el apetito? _____ ¿Cuáles? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración Física Gastrointestinal
(inspección, auscultación, percusión y palpación)

Peso _____ talla _____ Índice de masa corporal _____

3.- Necesidad de Eliminación:

¿Cuántas veces evacua al día? _____ ¿Qué características tiene sus heces? _____

¿Cuántas veces micciona al día? _____ ¿Qué características tiene su orina? _____

¿Qué características tiene su menstruación _____
¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? _____
¿Cuáles? _____
¿Padece algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? _____ ¿Cuál? _____
¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación intestinal y urinaria? _____
¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? _____
Fármacos _____
Otros _____

Exploración Física en la Eliminación
(inspección, auscultación, percusión y palpación)

4.- Necesidad de la Movilidad y Postura:

¿Cómo es su actividad física cotidiana? _____
¿Realiza ejercicio? _____ ¿Qué tipo de ejercicio? _____
¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? _____
¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? _____
¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? _____
¿Cuál? _____
¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? _____
¿De que tipo? _____
¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? _____
¿Cómo influye su estado de animo para la realización de ejercicio? _____
Fármacos específicos _____
Otros _____

Exploración Física

(inspección y palpación)

5.- Necesidad de Descanso y Sueño:

- ¿Cuánto tiempo destina para descansar? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Se duerme fácilmente? _____
- ¿Cree tener alteraciones del sueño? _____ ¿A que considera que se deban estas alteraciones? _____
- ¿Ronca ruidosamente? _____ ¿Cree usted que el roncar es un problema de salud? _____ ¿Qué ha hecho para solucionarlo? _____
- ¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? _____
- ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño? _____
- ¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? _____
- Fármacos o sustancias específicas _____
- Otros _____

Exploración Física

(inspección facies, expresión corporal , escala del dolor)

6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas:

- ¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? _____ ¿En que medida? _____
- ¿Elige su vestuario en forma independiente? _____ ¿Por qué? _____
- ¿Cómo influye su estado de animo en la selección de sus prendas de vestir? _____
- ¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? _____

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? _____

Exploración Física
(inspección)

7.- Termorregulación:

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? _____

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja? _____

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? _____

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? _____

¿Padece algún problema relacionado con su temperatura corporal? _____ ¿Cuál? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración Física
(inspección, palpación) tomar temperatura corporal

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:

¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? _____

¿A que hora del día prefiere bañarse? _____

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? _____ ¿Cómo se lava los dientes? _____

¿En que casos se lava sus manos? _____

¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas? _____ ¿Cómo lo hace? _____

¿Qué aspectos de la higiene considera mas importantes? _____

¿Qué significa para usted la higiene? _____

Fármacos o sustancias _____

Otros _____

Exploración Física
(inspección, palpación)

9.- Necesidad de Evitar Peligros:

¿Cuenta con esquema de vacunación completo? _____ ¿Qué vacunas no le han aplicado? _____

¿Qué tipo de autoexploración realiza para evitar daños en su salud? _____

¿Con que frecuencia se realiza autoexploración física? _____

¿Tiene vida sexual activa? _____ ¿Qué preferencia sexual tiene? _____

¿Utiliza algún método de protección? _____ ¿Cuál? _____

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? _____

¿Cuál? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? _____ ¿Desde cuando y con que frecuencia? _____

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? _____

¿Consumes usted drogas? _____ ¿De que tipo? _____

¿Desde cuando y con que frecuencia consume drogas? _____

¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? _____

¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción medica? _____ ¿Cuáles? _____

¿Durante este año ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? _____ ¿Cuál? _____

¿En el lugar donde usted vive, trabaja o estudia; existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? _____ ¿Cómo cuáles? _____

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? _____

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? _____

¿Cómo maneja una situación de estrés? _____

Otros _____

Exploración Física

(inspección, determinar discapacidad auditiva, visual , sensorial o matriz) además ver entorno.

10.- Necesidad de Comunicarse:

¿Con quien vive? _____

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? _____

¿Pertenece a algún grupo social? _____ ¿A que grupo social pertenece? _____

¿Durante cuanto tiempo esta solo? _____

¿Tiene pareja? ____ ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? _____

¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? _____ ¿Cuál? _____

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? _____

¿De que tipo? _____

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo; que le limiten la comunicación con los demás? _____ ¿Cuáles? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración Física

(inspección, retomar exploración de la necesidad de evitar peligros) además ver entorno.

11.- Necesidad de Creencias y Valores:

¿Tiene alguna creencia religiosa? _____ ¿Cuál? _____

- ¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? _____
- ¿Con que frecuencia acude a sus centro religioso? _____
- ¿Tiene algún problema que le impida o limite asistir a su centro religioso? _____
- ¿De que tipo? _____
- ¿Sus creencias religiosas pudieran inferir en su salud? _____ ¿Por qué? _____
- ¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? ____ ¿Por qué? _____
- ¿Qué significa para usted un valor? _____
- ¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? _____
- ¿Por qué? _____
- ¿Qué significa para usted la vida y la muerte? _____
- Otros _____

Exploración Física

(inspección) además ver si cuenta con imágenes religiosas.

12.- Necesidad de Trabajo y Realización:

- ¿Cuál es su rol familiar? _____ ¿Esta satisfecho con el rol que desempeña? _____ ¿Por qué? _____
- ¿Qué significa para usted participar en el ingreso económico familiar? _____
- ¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? _____
- ¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? _____
- ¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? _____
- ¿Realiza alguna actividad altruista? _____ ¿De que tipo? _____
- esta satisfecho con su manera de pensar y actuar? _____

Exploración Física

(inspección)

13.- Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas:

¿Su condición le permite jugar y participar en actividades recreativas? _____

¿Por qué? _____

¿En que forma influye su estado de animo para jugar y realizar actividades recreativas? _____

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? _____ ¿Por qué? _____

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración Física

(inspección) e identificar áreas destinadas para satisfacer esta necesidad.

14.- Necesidad de Aprendizaje:

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? _____ ¿De que tipo? _____

¿qué significado tiene para usted la escuela? _____

¿A que tipo de escuela asiste? _____

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este ultimo trimestre? _____

¿A que cree usted que se deba ese rendimiento? _____

¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? _____

¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? _____

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? _____

Identifique fuentes de apoyo para el aprendizaje en la comunidad.

ANEXO II

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE PRÓSTATA Y VEJIGA

Generalidades

El aparato genitourinario es importante por su doble función para la vida del ser humano. Por un lado satisfacer la necesidad de eliminación de las sustancias de desecho, producto del metabolismo de los alimentos que la persona consume para satisfacer las necesidades de nutrición; por otro lado contribuye a la salud sexual y a la reproducción.

En este trabajo se describirán los aspectos mas importantes de la próstata y vejiga.

PRÓSTATA

Aspecto microscópico. La próstata es un órgano glandular y fibromuscular del tamaño de una nuez; situado inmediatamente por debajo de la vejiga. Pesa alrededor de 20 gr. y contiene en su espesor a la uretra posterior, que mide aproximadamente 2.5 cm de longitud. Esta situada por delante de los ligamentos puboprostáticos y por debajo, por el diafragma urogenital. La próstata esta atravesada por detrás por los conductos eyaculadores.

La próstata secreta un líquido lechoso alcalino que contiene ácido cítrico, calcio, fosfatasa ácida, fibrolisina y varias encimas proteolíticas entre otros. La estimulación alfaadrenérgica estimula la secreción prostática hacia la porción ampular del deferente y a la uretra posterior. Esta misma estimulación alfaadrenérgica es responsable de cerrar el cuello vesical durante la eyaculación. El papel de estas secreciones en la fertilización se desconoce con exactitud. Sin embargo se ha visto que el zinc tiene una función bacteriostática, estabiliza el núcleo del espermatozoide y mejora la capacidad de fertilización. Los andrógenos son los principales reguladores del crecimiento y actividad de la próstata.

La función principal de la próstata es secretar un líquido que se mezcla con el contenido de las vesículas seminales en el momento de la eyaculación. La

próstata es pequeña en el niño aumenta de tamaño en la adolescencia y se mantiene en la edad adulta, es frecuente que en la vejez experimente un aumento de tamaño.

Relaciones. La próstata queda por detrás de la sínfisis del pubis. En estrecho contacto con su cara posterosuperior se encuentran los conductos deferentes y las vesículas seminales. Por atrás se halla separada del recto.

Histología. La próstata tiene una delgada cápsula fibrosa que encierra el estroma de la glándula. El estroma está formado por el tejido conjuntivo y elástico y por fibras musculares lisas. En él están incluidas las glándulas epiteliales. Estas glándulas se abren a conductos excretores de mayor tamaño, los que a su vez desembocan en el piso de la uretra prostática principalmente, inmediatamente por debajo del epitelio de transición de la uretra prostática quedan las glándulas periuretrales.

Circulación sanguínea. a) Arterial. La próstata recibe su irrigación de las arterias vesical inferior, pudenda interna y rectal media b) Venosa. Las venas de la próstata desembocan en el plexo periprostático el cual tiene conexiones con la vena dorsal profunda del pene y la venas hipogástricas. c) Linfáticos. Los linfáticos de la próstata drenan en los ganglios hipogástricos, sacros, vesicales e iliacos externos.

Innervación. La glándula prostática recibe una innervación abundante de los plexos nerviosos simpático y parasimpático.¹⁷

Exploración de la próstata

El tacto rectal es de importancia en urología por la frecuencia con que se presentan enfermedades de la próstata particularmente. Se recomienda que esta exploración se practique a todo paciente mayor de 45 años, independientemente de la razón que lo lleve a consultar al médico.

¹⁷ Crouch J. Principios de Anatomía Humana. 8ª reimpresión. Ed. Limusa. Méx. D.F. 2000, p. 364-374.

La posición que adoptara el enfermo para esta exploración puede ser la genupectoral, la lateral de Sims y la ginecológica. Cuando esta posición es insuficiente bien por la gordura del sujeto o porque la lesión a explorar esta a mayor profundidad se intentara la palpación bimanual. Como datos preliminares al tacto se vera si el enfermo no es portador de una lesión anorectal como fisuras, hemorroides, etc, que pueden ser condiciones agravantes de padecimientos prostato-vesiculares o vesicales.

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

La hiperplasia prostática benigna es el crecimiento benigno de la próstata. No se conoce su etiología, pero posiblemente dependa de cambios endocrinos relacionados con el envejecimiento, que inician la hiperplasia del tejido celular y glandular de la próstata.

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es un proceso frecuente que afecta a varones y su incidencia esta en relación con la edad. La prevalencia de HPB en estudios de autopsia aumenta alrededor del 20% en varones entre 41-50 años, a 50% en varones entre 51-60 años y cerca del 50% en mayores de 80 años. ^(Berry 1984) Consiste en un crecimiento de las glándulas periuretrales de la zona transicional de la próstata que producen una obstrucción variable del cuello vesical, y secundariamente distintos efectos en el aparato urinario, entre los que se incluyen divertículos vesicales, ureterohidronefrosis, urolitiasis y distintos grados de deterioro renal.

La HPB es la segunda causa de cirugía en el hombre. De los casos que se presentan un 25% requieren cirugía en algún momento de su vida para evitar la obstrucción urinaria causada por el sobrecrecimiento.

Los hombres que han padecido por largo tiempo de HPB y presentan un incremento gradual de los síntomas pueden desarrollar incapacidad repentina para orinar, infecciones del tracto urinario, cálculos urinarios, lesión renal y sangre en la orina. Inclusive después del tratamiento quirúrgico, es posible que con el tiempo se presente una recurrencia de la HPB.

Manifestaciones clínicas.

- ❖ En el crecimiento temprano o gradual de la próstata quizá no haya síntomas, ya que la vejiga puede compensar el aumento de la resistencia periférica.
- ❖ Síntomas de obstrucción: indecisión o titubeo, pujar para orinar, disminución del tamaño y fuerza del chorro urinario, goteo posmicción, sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga, doble micción (orinar una segunda vez en las dos horas de micción previa)
- ❖ Síntomas de infección urinaria recurrente: polaquiuria, nicturia, tenesmo vesical, escalofrío, fiebre.
- ❖ Síntomas renales (obstrucción prolongada) dilatación ureteral, hidronefrosis, infección renal, hiperazoemia, uremia.¹⁸

Diagnostico.

- ❖ Exploración rectal que permite estimar de manera general el tamaño de la glándula.
- ❖ Ultrasonograma de las vías urinarias para determinar el tamaño de la próstata y vaciamiento de la vejiga.
- ❖ Cistouretroscopia, para observar la uretra y la vejiga y evaluar el tamaño de la próstata.
- ❖ Sondéo después de orinar, para determinar la cantidad de orina residual.
- ❖ Urograma excretor, para comprobar la excreción de las vías urinarias altas.
- ❖ Examen general de orina, creatinina y nitrógeno de la urea sanguínea, para valorar la función renal.

Tratamiento.

El plan terapéutico depende de la causa, gravedad de la obstrucción y estado del paciente.

¹⁸ Brunner Lillian Sholtis Manual de la Enfermera, 6ª edición. Ed. McGraw Hill-Interamericana, México D.F. 2001. p.620

- ❖ Tratamiento conservador si no hay síntomas de deterioro urinario: sondeo intermitente, dilatación uretral, masaje prostático para aliviar los síntomas de obstrucción aguda.
- ❖ Preparar al paciente para cirugía cuando haya síntomas de obstrucción.
- ❖ Drenaje vesical por cistotomía en paciente de mal pronóstico, o en los muy graves con retención, uremia, etc.

Figura No. 1 Comparación de una glándula prostática normal y una crecida.

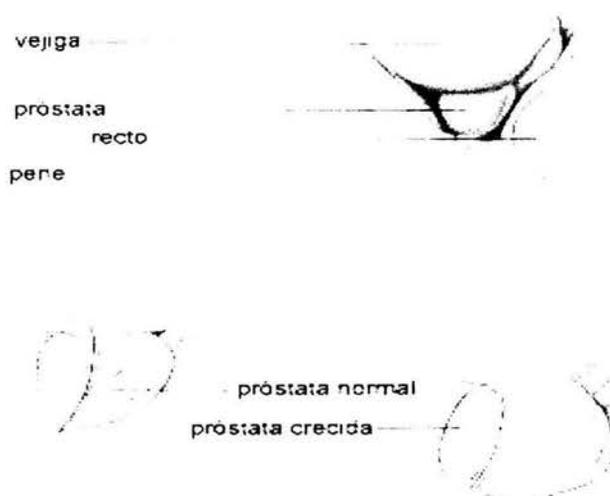


Imagen tomada de: (Scope, 2003)

PROSTATECTOMÍA

Extirpación quirúrgica de una parte de la próstata, como la que se hace en los casos de hipertrofia benigna, o de toda la glándula que es la que se hace en enfermos con tumores malignos. Se introduce una sonda urinaria, se determina el

grupo sanguíneo y se realizan pruebas cruzadas por si es necesario transfundir sangre. Puede emplearse anestesia general o raquianestesia. Entre las técnicas operatorias la mas empleada es la **transuretral**, insertando un resectoscopio y raspando porciones de tejido prostático a través de un pequeño orificio de la uretra, este método requiere menos tiempo de hospitalización; otras técnicas son la suprapúbica y retropúbica. El abordaje perineal se emplea para obtener biopsia cuando se sospecha de cáncer precoz y para extraer cálculos. Cuando se emplea una técnica suprapúbica, hay que dejar un catéter intravesical introducido a través de la pared abdominal. Las técnicas suprapúbica y perineal obligan a dejar drenajes, en los días siguientes a la intervención suele aparecer hematuria; el primer día suele ser franca, generalmente venosa, y fácil de controlar hinchando un poco el balón de la sonda. Si es de origen arterial. La sangre es de color rojo brillante, con muchos coágulos y viscosidad elevada; puede dar lugar a un shock hemorrágico, y por tanto hay que transfundir sangre e intervenir. Las sondas deben de estar conectadas a un sistema cerrado de drenaje. Es necesario utilizar técnica aséptica para colocar catéteres, tubos y bolsas y cambiar apositos, hay que asegurarse de que la sonda este bien colocada y tener en cuenta que el dolor puede deberse a bloqueo o torsión de los drenajes, se debe evitar la extracción o movimiento accidental de los catéteres. La obstrucción de un catéter y la irritación que causa el balón puede dar lugar a espasmo vesical; éste debe prevenirse con fármacos antiespasmódicos, que no deben administrarse a individuos que padezcan enfermedad cardiaca grave o glaucoma. La enfermera debe de observar si el paciente elimina cantidades de orina adecuadas una vez retirada la sonda. Las complicaciones de la prostatectomía son la estenosis uretral, la incontinencia urinaria y la impotencia.¹⁹

Nota: enseguida se continuara con la descripción de la anatomía y fisiología de la vejiga.

¹⁹ Emil A. Tanagho. Urología General de Smith. 12ª Ed. Editorial Manual Moderno México D.F. 2001 p.399-405

VEJIGA URINARIA

Aspecto microscópico. Es un órgano de tipo muscular hueco que por sus especiales características es capaz de almacenar la orina que en ella vierten ambos uréteres. La vejiga del adulto posee una capacidad de almacenamiento promedio de 400 a 500 ml.

Anatomía y fisiología.

Cuando se encuentra vacía, la vejiga adulta se localiza posterior a la sínfisis del pubis y constituye un órgano pélvico. Cuando esta llena, se eleva por arriba de la sínfisis pubiana y puede palparse o percibirse; cuando se encuentra sobredistendida como en el caso de una retención aguda o crónica de orina, puede ocasionar que el abdomen inferior esté visiblemente abultado. (Figura No 2)

Figura No.2 Retención urinaria aguda



Globo vesical a la inspección visual.

Imagen tomada de:.(García 2000)

Tiene tres orificios: dos superiores, situados oblicuamente, por donde se abren a la vejiga los uréteres y uno inferior de donde parte la uretra. Si se dibuja una línea imaginaria que una estos puntos, se traza el trigono. Aunque la estructura de la vejiga es similar a la del uréter, su recubrimiento epitelial de transición presenta mas capas de células, tiene una capa submucosa de tejido laxo entre la capa mucosa y muscular, y tres capas gruesas de músculo liso en el estrato muscular, dispuestas en sentido longitudinal, circular y, de nuevo, longitudinal. Alrededor del

orificio uretral se encuentra una masa densa de músculo liso dispuesto en sentido circular, que constituye el esfínter interno de la vejiga. El peritoneo recubre la cara superior del órgano, formando una capa serosa.

Relaciones. En los hombres, la vejiga se relaciona en la parte posterior con las vesículas seminales, conductos deferentes, uréteres y recto. En las mujeres, el útero y la vagina se interponen entre la vejiga y el recto. El techo vesical y la superficie posterior están cubiertos por el peritoneo, en esta zona, la vejiga se relaciona estrechamente con el intestino delgado y con el colon sigmoides. Tanto en hombres como en mujeres, la vejiga se relaciona con la superficie posterior de la sínfisis del pubis, y cuando se encuentra distendida se pone en contacto con la pared abdominal inferior.

Irrigación. a) Arterial. La vejiga esta irrigada por las arterias vesical superior, media e inferior, derivadas del tronco anterior de la iliaca interna hipogástrica, y de ramas mas pequeñas de las arterias del glúteo inferior y del obturador; en las mujeres, las arterias uterina y vaginal también envían ramas a la vejiga. b) Venosa. alrededor de la vejiga existe un plexo abundante en venas que vacian su contenido hacia las venas iliacas internas. c) Linfática. Los vasos linfáticos de la vejiga drenan hacia los nódulos linfáticos vesicales, iliacos internos, iliacos externos e iliaco común.

Inervación. Los nervios eferentes que sirven a la vejiga y la uretra provienen tanto de la división simpática como de la parasimpático. Las fibras simpáticas proporcionan fibras inhibitoras al músculo de la vejiga y fibras motoras al trígono y al esfínter interno y al músculo de la parte superior de la uretra. Estas fibras nacen en los segmentos lumbares de la medula espinal y se dirigen a la vejiga pasando por el plexo hipogástrico. Los nervios parasimpáticos mandan fibras motoras al músculo detrusor (músculo de la vejiga), y fibras inhibitoras al esfínter interno. El deseo de orinar se presenta cuando se acumula en la vejiga un volumen de 200 a 300 ml de orina. El estiramiento del músculo de la vejiga, provocado por el llenado, origina un impulso aferente en los nervios pélvicos. Este impulso sube por la medula espinal hasta un centro situado en la parte posterior del cerebro. Se logra una descarga eferente de impulsos motores los músculos de la vejiga, a través de

las vías descendentes de la medula espinal y de los nervios motores pélvicos. Las mismas fibras eferentes o motoras provocan una relajación simultánea del esfínter interno, de manera que la orina pueda pasar de la vejiga a la uretra (micción).²⁰

Los aspectos funcionales de la vejiga incluyen:

- ✓ Capacidad normal de 400^a 500ml.
- ✓ Sensación de plenitud.
- ✓ Habilidad para acomodar distintos volúmenes sin cambiar la presión intraluminal.
- ✓ Habilidad para iniciar y sostener una contracción hasta que la vejiga se encuentre vacía.
- ✓ Inicio o inhibición voluntaria del vaciamiento a pesar de la naturaleza involuntaria del órgano.

UROLITIASIS

La litiasis urinaria es la tercera afección más común del tracto urinario, superada solo por las infecciones del mismo y las condiciones patológicas de la próstata.

Urolitiasis es la presencia de cálculos en el sistema urinario. Los cálculos se forman en las vías urinarias por el depósito de sustancias cristalinas que se excretan por la orina. Pueden encontrarse en cualquier parte del sistema urinario desde los riñones hasta la vejiga y variar de simples depósitos granulosos hasta cálculos vesicales del tamaño de una naranja.

La urolitiasis puede ocurrir a cualquier edad. Es de mayor frecuencia en el sexo masculino, especialmente en la tercera y quinta décadas de la vida. La nefrolitiasis es en frecuencia la tercera condición patológica en países desarrollados y probablemente está relacionada con dietas más ricas en proteínas y sales. En cambio, la urolitiasis, especialmente de la vejiga, es muy frecuente en zonas geográficas del tercer mundo. En África está relacionada con la eschistosomiasis;

²⁰ Gómez Aparicio. Atlas de Anatomía. Editorial Cultural S.A., México D.F.1991 p. 380-389.

en el Medio Oriente y en el Lejano Oriente, con escasez de agua sobre todo en las zonas desérticas. En general, también existen casos esporádicos asociados a enfermedades congénitas o familiares.

La litiasis urinaria no es una enfermedad específica y representa, en la mayoría de los casos, una complicación de condiciones patológicas locales o generales, que pueden ser muy diversas.

Los cálculos vesicales se originan en la propia cavidad vesical o bien son de origen renoureteral pero que han quedado retenidos en la vejiga; dado que la porción más angosta de la vía urinaria es la porción intramural del uréter, la aparición de un cálculo vesical siempre indica una obstrucción urinaria distal, por ejemplo una hipertrofia prostática o una estenosis uretral. Para el diagnóstico se emplea la radiología simple de abdomen y los estudios con contraste para poner de manifiesto la presencia del cálculo en la luz vesical. También se emplean la ecografía y la cistoscopia, muy útiles si la litiasis posee una opacidad radiológica escasa o nula.

Figura No. 3 Litiasis vesical



Se comprueba que la calcificación se halla en la cavidad vesical y está asociada a un importante crecimiento prostático.

Imagen tomada del Atlas Interactivo de Urología 2003

Etiología y patogenia

Las causas y la génesis de los cálculos no se conocen todavía con exactitud. En la formación del cálculo se distinguen dos estadios.

Estadio inicial o de nucleación. Tiene lugar a nivel microscópico. En esta fase se produce la precipitación de diversas sales, la cual está condicionada por

distintos factores: a) falta de inhibidores citratos en los cálculos de fosfato de calcio, pirofosfatos en los de oxalato de calcio; b) compuestos de alto peso molecular como, por ejemplo, mucoproteínas y células epiteliales; c) sobresaturación de constituyentes de la orina.

Estadio de crecimiento y agregación de los cristales. En esta fase los cálculos se hacen visibles macroscópicamente. Cuando son muy pequeños se denominan arenilla, los de gran tamaño forman un molde del aparato pielocalicilar y se llaman cálculos coraliformes (cálculos en asta de ciervo).

Factores de riesgo

Son diversos y en general se detectan en el 70 a 80% de los casos. Los factores de riesgo son:

1. **Factores metabólicos.** Hipercalciuria más de 4 Mg. de Ca por Kg. por día en la orina idiopática o por mayor aporte de calcio en las comidas. Hiperparatiroidismo el 55% de los pacientes con hiperparatiroidismo tienen cálculos de fosfato de calcio. Hiperuricemia o hiperuricosuria en la gota y leucemias. Hiperoxaluria idiopática o por causa entérica, en cualquier condición con mala absorción de grasas facilitan la unión de calcio de la dieta a ácidos grasos y dejan libres oxalatos para ser absorbidos. Aportes exagerados de vitamina C se metaboliza a oxalato). Cistinuria, acidosis tubular distal o de tipo I.

2. **Inflamaciones.** Son de especial importancia las debidas a bacterias productoras de ureasa, particularmente el proteus vulgaris otras son la klebsiella, pseudomona, el estafilococo y también el micoplasma. La ureasa descompone la urea, con lo que la orina se alcaliniza con elevación de la concentración de amonio, carbonatos y iones fosfatos se producen cálculos coraliformes de fosfato de amonio magnesiano o estruvita. Los detritus celulares y los moldes de fibrina también favorecen los depósitos de calcio.

3. **Condiciones geográficas.** Deshidrataciones en zonas desérticas.

4. **Estasis urinaria.** Por malformaciones, cicatrices, inflamaciones, tumores.
5. **Tendencia familiar.** Una historia familiar de litiasis urinaria esta relacionada con una incidencia aumentada de cálculos renales.
6. **Factores socioeconómicos.** Son mas comunes en ciudades muy pobladas e industrializadas.
7. **Dieta.** Una dieta menos densa en energía puede disminuir la incidencia de cálculos. Los vegetarianos tienen una incidencia menor de este problema.

CUADRO NO. 1 MORFOLOGIA Y COMPOSICION DE LOS CALCULOS URINARIOS MAS FRECUENTES

COMPOSICION	FRECUENCIA	MORFOLOGIA	pH orina
Oxalato de Ca y fosfato de Ca	70%	De color café, duros, con espinas o superficie irregular	ácida
Fosfato de amonio magnesiano	15%	Coraliformes, de color café, blandos, friables	alcalina
Uratos de Ca, ácido úrico	7%	Redondos, lisos, amarillo parduscos, blandos o duros, radiolúcidos	ácida
Cistina	3%	Amarillentos, cristalización radiada hexagonal	ácida

Cuadro tomado de: (pringer, 2000)

Cálculos vesicales: Representan el 5% de los cálculos urinarios. La mayoría de ellos está compuesto por ácido úrico o estruvita, de modo que composiciones diferentes deben hacer sospechar la existencia de litiasis renal. Rara vez aparecen de manera espontánea; generalmente se asocian a factores de riesgo, los cuales son: la obstrucción del orificio de salida vesical (HPB), la vejiga neurógena, la desnutrición, el cateterismo vesical permanente y las cistoplastias de aumento con injertos de colon o íleon. Las opciones de tratamiento incluyen la cistolitotomía abierta, la litotripcia manual, la litotripcia con ultrasonidos, el Lithoclast y la litotripcia electrohidráulica, con tasas de éxito aproximadas de 100, 88, 85 y 63 %, respectivamente. La litotomía abierta se reserva para cálculos mayores de 4 cm o tan duros que no puedan romperse, o para situaciones anatómicas difíciles de resolver.

Manejo ambulatorio del paciente con urolitiasis

Todos los pacientes con urolitiasis deben recibir algún tipo de manejo si se tiene en cuenta que la recurrencia aproximada a cinco años es de 50%.

Tratamiento basado en medidas generales: se orienta hacia el control de la dieta y de la ingesta de líquidos. Se debe aplicar en todos los pacientes con urolitiasis.

Ingesta de líquido: Se ha demostrado que la ingesta elevada de líquidos reduce la saturación del fosfato de calcio, del oxalato de calcio y del urato monosódico. Todo paciente con urolitiasis debe ingerir más de 3 litros por día de líquidos o lo suficiente para mantener una diuresis diaria mayor de tres litros. El consumo de líquidos debe realizarse sobre todo en momentos en los cuales la orina está más sobresaturada, es decir, durante el ejercicio, tres horas después de las comidas y durante la noche. La hidratación adecuada, en ausencia de otro tipo de tratamiento, ha demostrado disminuir la recurrencia de la litiasis en un 60%. (Schwartz, Stoller 2000)

Dieta:

- **Proteínas:** Estudios epidemiológicos han demostrado que poblaciones con alta ingesta de proteínas tienen mayor incidencia de litiasis. Las proteínas contienen aminoácidos ricos en sulfatos, los cuales inducen un estado de acidosis que provoca una disminución en el pH urinario, favorable para la precipitación del ácido úrico. La acidosis también aumenta la reabsorción de citrato en el túbulo proximal, así como la reabsorción ósea de calcio. Los sulfatos además forman complejos con el calcio, en la nefrona, limitando la reabsorción de este catión. Adicionalmente, se induce un aumento de la excreción de oxalato debido a la producción de glicolato, un precursor del oxalato. La comprobación experimental de la prevención de la litiasis a través del control de las purinas constituye un hallazgo importante de reciente publicación. (Helmar Rosenberg 2001)

- **Fibra:** La fibra liga el calcio en la luz intestinal y de esta manera pudiera jugar un papel para prevenir la recurrencia de litiasis. Sin embargo, debe al mismo tiempo restringirse la ingesta de oxalato para prevenir la hiperoxaluria, puesto que el calcio y el oxalato también se ligan en el intestino.

- **Calcio:** La dieta de los pacientes con litiasis debe tener concentraciones normales de calcio, puesto que una baja ingesta del mismo se traduce en un aumento de la fracción intestinal libre absorbible de oxalato y en un incremento de la reabsorción ósea.

- **Sodio:** El sodio y el calcio se reabsorben en sitios comunes (cotransporte) a lo largo de la nefrona. De este modo pueden ser benéficas las dietas pobres en sodio, puesto que se traducen en una mayor reabsorción renal del mismo, e indirectamente, en una mayor reabsorción renal de calcio.

- **Oxalato:** Los estudios dietarios realizados hasta el momento parecen demostrar una mayor excreción renal de oxalato si se ingieren alimentos con alto contenido del mismo: espinacas, salvado de trigo, cacahuates, apio, chocolate. Sin embargo no hay investigaciones que correlacionen directamente la incidencia de la litiasis con la ingesta de oxalato, debido en buena parte a la dificultad para medir el contenido exacto de oxalato de los diferentes alimentos. Con todo, una

dieta pobre en oxalato es razonable para pacientes formadores de cálculos. La vitamina C ha sido asociada con la hiperoxaluria debido a que el ácido ascórbico sirve como estrato para la formación de oxalato. Por tanto, es conveniente restringir el consumo de esta vitamina en pacientes con urolitiasis.

- **Citrato:** Inhibidores de la cristalización como el citrato deben ser recomendados en pacientes con urolitiasis. Específicamente, el jugo de limón ha demostrado tener concentraciones óptimas de citrato que pueden beneficiar a este grupo de pacientes. El jugo de naranja no se recomienda debido a su alto contenido de vitamina C.

CISTOLITOTRIPSIA

Técnica que consiste en la destrucción de los cálculos vesicales mediante ondas de choque generadas fuera del organismo, en partículas suficientemente pequeñas como para pasar a la orina. Esto se realiza por medio de un instrumento llamado litotritor.

Los instrumentos que se utilizaban en un inicio para retirar los cálculos vesicales fueron ingeniosos y extraños. Hasta la fecha, aún se utilizan los dispositivos mecánicos simples para aplastar los cálculos. Los litotritores mecánicos deben utilizarse con precaución para prevenir la lesión vesical cuando se cierran las mandíbulas.

ANEXO III

TIEMPO

Perder tiempo es perder vida; es un suicidio parcial
que se consume poco a poco.

El tiempo es un extraño ladrón, se lleva y roba
nuestros momentos cuando ellos son ociosos y vacíos;
vale decir: nos roba nuestra miseria y nos deja miserables.

Pero si en nuestros minutos ponemos toda la riqueza
Espiritual de nuestro esfuerzo, la riqueza es nuestra,
y el tiempo no se la puede llevar; él se va y nos deja
opulentos.

Sujeta, pues, y haz tuyo el momento que pasa,
llenándolo de bondad, de estudio, de ensueño. Y que tu
dulce abnegación por el bien de los otros, tu vigoroso
ahínco por la propia perfección, tu caminar perenne por
por el mundo de la belleza, vaya siempre bajo una
íntima palpitación de amor divino.

Alfonso Junco.