

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12**



**“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE CON
HIPERPLASIA PROSTÁTICA OBSTRUCTIVA BAJO EL ENFOQUE DE
VALORACIÓN DE PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON”**

**PARA OBTENER TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
DIANA SARAÍ MARTÍNEZ ALONSO
CUENTA: 406528227
ASESORA**

DRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ

SAN LUIS POTOSÍ, SEPTIEMBRE DE 2019



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.

AGRADECIMIENTO

A Mis Padres que han
Sido una pieza fundamental
Desde el inicio de mi carrera
A los cuales les debo todos
Mis logros

A mis hermanos que me han
A apoyado a lo largo de mi Carrera universitaria ayudando A que esto se hiciera realidad.

A mi Esposo e Hijos que son lo
Más importante en mi vida
Y la pieza fundamental
Por la que yo realizo este trabajo

A nuestras Asesoras por el apoyo
Brindado durante todo el trascurso
Del trabajo para que el proyecto
Se hiciera realidad.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto con todo amor y cariño a mis Padres y Hermanos por su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera para mi futuro, y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado por momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión cariño y amor. Ya que con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que yo siguiera adelante y sea perseverante y cumpla mis ideales.

A mis hijos Carlos Rafael Y Dylan Adoná Por ser mi fuente de inspiración motivación para superarme día a día y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A todas esas personas que las quiero espero que este sueño se haga realidad muchas gracias.

CONTENIDO

I Introducció:	6
II Justificaci:	7
II Objetivos General	7
III Objetivo Especifico:	7
IV Marco teòrico	8
4.1 Concepto de enfermeria como ciencia	8
4.2 Cuidado de enfermeria como objeto de estudio	10
4.2.1 Antecedentes del cuidado	122
4.2.2 Tipos de cuidado	134
4.3 La teoria de enfermeria	156
4.3.1 Objetivo de la teoria	167
4.3.2 Ventajas de utilizar la teoria	178
4.3.3 Clasificaci de la teoria	178
4.3.4 Marjory y Gordon	189
4.4 Proceso Atenci de Enfermeria	22
4.4.1 Objetivo del Proceso Atenci Enfermeria (PAE)	23
4.4.2 Antecedentes	23
4.4.3 Las ventajas	235
4.4.4 Caracteristicas	245
4.4.5 Etapas	246
4.5 Enfermedades cronic degenerativas en el adulto	30
4.5.1 Defini de Enfermedades Cronico Degenerativas	31
4.6 Cancer de Prostata	36
Etiologia	36
Funciones de la Próstata:	38
Hiperplasia Prostática Benigna	38
Factores Implicados en el Desarrollo de la Hiperplasia benigna de Próstata.	40

Manifestaciones clínicas de la Hiperplasia Prostática Benigna:	41
Diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna:.....	42
El examen rectal digital.	44
Diagnóstico diferencial.	43
Exploración física:.....	43
Complicaciones más frecuentes.....	47
Educación sobre cambios en estilo de vida:.....	48
V. Desarrollo y aplicación de las etapas del PAE.....	50
5.1 Presentación del caso.....	50
5.1.1 Valoración por patrones funcionales de marjory gordon:.....	53
5.1.2 Diagnósticos/ planeación ejecución y evaluación:	56
5.1.3 Plan de alta.....	63
5.1.4 Cuidados a domicilio.....	65
VII conclusión.....:	70
VIII referencia bibliografica:	71

INTRODUCCIÓN:

A través de la historia la enfermería ha avanzado de ser una práctica empírica a ser una profesión que utiliza modelos de atención para dar cuidado a las personas en su ciclo de vida dentro del proceso salud enfermedad no solo prodigando cuidados dependientes e interdependientes si no también cuidados independientes, en los diferentes escenarios donde se desarrolló (Eva Reyes 2009)

Por lo que en la actualidad las enfermeras se encuentran posicionadas de manera única para ayudar a las personas a conseguir y mantener estados de salud óptimos a través del fomento la promoción y la prevención de los problemas de salud que le aquejan.

La enfermería ha pasado por varias transiciones en cuanto a su estatus académico profesional; si bien es cierto que ésta no nace como profesión si no como oficio en la actualidad se puede afirmar que es una profesión disciplinar con objeto de estudio que le es propio además de poseer un marco filosófico teórico y metodológico solido que lo sustenta y lo valida. (Eva Reyes 2009)

Este trabajo describe la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería apoyado en la valoración de los patrones funcionales propuestos por Marjory Gordon a una persona con proceso de hiperplasia en próstata, dando más énfasis en aquellos problemas que la persona presenta según valoración y jerarquización con el objetivo de dar a través de intervenciones de cuidado específicas solución es, y así contribuir a una adecuada reintegración sociocultural.

El presente PAE fue aplicado a un adulto con problemas en próstata el cual fue sometido a una hiperplasia prostática obstructiva en el servicio de urología en el Hospital Militar regional

II JUSTIFICACIÓN:

El PAE constituye una herramienta metodológica para proporcionar cuidado de Enfermería, por lo que todo profesional de Enfermería debe aplicarlo tanto a individuos enfermos o sanos a su cuidado; Así mismo la aplicación del PAE en la práctica profesional confiere a quien lo aplica, autonomía y liderazgo y a la persona a quien se le aplica un cuidado individualizado, holístico y de calidad.

El PAE es una opción de titulación para obtener el grado de Licenciatura de enfermería y Obstetricia el cual como se ha mencionado es un eje fundamental para integrar el conocimiento teórico práctico del profesional de enfermería.

III OBJETIVO GENERAL:

Aplicar un Proceso Atención Enfermería un adulto con Hiperplasia Prostática bajo el enfoque de valoración de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon con el propósito de brindar cuidado de calidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales necesidades y problemas de la persona a través de los 11 patrones funcionales
- Realizar la valoración del paciente recolectando datos, mediante la entrevista, observación y el examen físico, identificando los problemas de salud que presenta la persona.
- Identificar precozmente las necesidades o problemas reales y potenciales para formular los diagnósticos del paciente.
- Priorizar las necesidades encontradas para brindar los cuidados.
- Ejecutar las intervenciones planificadas de manera segura y correcta con la finalidad de disminuir los problemas que se presenta en la persona

- Evaluar los resultados y objetivos esperados durante el proceso de atención
- Contribuir a la recuperación total o parcial del paciente, para facilitar su reintegración en su entorno sociocultural
- Involucrar a la familia para que comprendan su participación en el apoyo emocional de su paciente

IV MARCO TEÒRICO

4.1 CONCEPTO DE ENFERMERÌA COMO CIENCIA

La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación -el Proceso de Atención de Enfermería- que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas. (Colliere 1993)

En referencia a las ventajas de la utilización de los modelos y teorías de enfermería podemos destacar la mejora en la calidad de los cuidados ofrecidos a los pacientes, contribuyendo a una asistencia coordinada e integral, y el aumento de los conocimientos por parte de las enfermeras acerca del tema. En cuanto a los inconvenientes principales hay que destacar la poca familiarización con el tema y el escaso interés por su aplicación, la limitación de utilizar un sólo modelo de enfermería y la separación entre la teoría y la práctica en el ámbito académico y la práctica asistencial. Los resultados obtenidos muestran una gran ausencia en lo que al uso de los modelos de enfermería se refiere. No evidenciándose una aplicación práctica de los cuidados y teorías de enfermería en el trabajo diario de los profesionales, sólo en determinadas situaciones, por lo que sería imprescindible la realización de más investigaciones sobre este tema que nos permitan medir la eficacia de los cuidados enfermeros. (Colliere1993)

4.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado como una enseñanza de vida Las enfermeras han alcanzado áreas del conocimiento útiles para llevar a cabo el cuidado, siguiendo patrones que han sido establecidos en la salud pública, la epidemiología, la fisiología, la biología y la psicología por mencionar algunas disciplinas, estas fundamentan parte del conocimiento y enseñanza del cuidado a los pacientes, es decir: “cuidar profesionalmente es enseñar recomendaciones de salud para que el ser humano tenga una calidad de vida”. Las enfermeras expresan que enseñar es cuidar y lo relacionan con la vida de las personas. (Marriner Raile Waldof 2007, 1999)

Enseñar es una relación entre el paciente y la enfermera que se da mediante la comunicación y la interrelación comprometida, como lo mencionó Nightingale en sus escritos, en donde pide a sus lectores ponerse imaginariamente en el sitio del inválido para considerar los efectos del comportamiento de otros y de ellos mismos sobre él. Ella solicita algo que ahora llamamos imaginariamente empatía, la capacidad de ponerse a uno mismo imaginariamente y sensitivamente en el mundo del otro. “El cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia él que siente un compromiso y una responsabilidad personal”. El cuidado es una relación directa con el paciente, mediante la educación, éste se ve reflejado en el pensamiento que expresan las participantes al decir que cuidar es enseñar y que se tiene que llevar a cabo el cuidado tanto en la población sana y enferma, por lo tanto, el cuidado es enseñanza, en donde se utilizan los conocimientos relacionados con la profesión. Realmente el cuidado profesional de enfermería al paciente, es poder ofrecer los conocimientos que tengamos para que él pueda recuperar su salud, enfermería es cuidado (Bazzoti Kirchner)

Algunas veces se habla del cuidado como si para realizarlo no se necesitara de conocimiento, como si cuidar a alguien, fuera algo tan simple. Para cuidar a alguien, debo de saber, quién es a la persona que se cuidará, cuáles son sus necesidades, que me conduce a querer cuidarlo. Cuidar requiere de un estudio serio, reflexivo, de acción y una

búsqueda de conocimientos y nuevas ideas que ayuden en el proceso de cuidado durante sus experiencias de salud y enfermedad.

Ofrecer los conocimientos al paciente es nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado. (Dunlop MJ 1994)

Los cuidados son el objetivo de la ciencia de la enfermería y que la enfermera debe de estar constantemente alimentando al ser humano de cuidados, en este sentido las enfermeras ofrecen cuidados utilizando conocimientos, considerándolo como: un estado de equilibrio de armonía, contrario a la enfermedad, que es un estado de desarmonía y desequilibrio de la persona que enferma. El desequilibrio lo podemos entender como un proceso reparador, no necesariamente acompañado de sufrimiento. Cuidar son acciones que realizan las enfermeras con la intención de que los individuos desarrollen al máximo sus capacidades para mantener, conservar la vida y permitir que ésta continúe considerando sus derechos y sentimientos.

Se definió el cuidado como la respuesta humana de la persona, familia y/o comunidad tanto sana como enferma, en los aspectos biológico, psicológico y social.

Históricamente existen diferentes acepciones en relación al cuidado, por ejemplo Florence Nightingale no definió atención o cuidado en su libro *Notes of Nursing* en 1859, Madeleine Leininger continua preguntándose si Nightingale consideró como componente del cuidado: el confort, ayuda y la educación de la salud.

El cuidado como concepto debe ser entendido, “debido a que los conceptos sirven como base para análisis y la investigación continua de la enfermera” considerando que en la actualidad el concepto de cuidado se cita con frecuencia para apoyar las prácticas de las enfermeras actuales. El uso de la palabra cuidar involucra un sentido emergente, ya que, el concepto de cuidado se ha convertido en objeto de estudio de la enfermera en los últimos años.

4.2.1 CONCEPTO DE CUIDADO

Con lo anterior se puede mencionar que “realmente el cuidado profesional es el punto de partida de la ciencia del cuidado, lo que significa, que la enfermera debe de saber por qué lo hace, para qué hace y cuándo lo hace, esa es la diferencia de un cuidado profesional de enfermería de uno que no lo es “Por lo tanto, el cuidado se enfoca específicamente a que las enfermeras profesionales sean las responsables de planificar y ejecutar cuidados.

Cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca. Es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. (Colliere 1996)

“cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca, El cuidado que se ofrece no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados. La misma autora, establece la diferenciación de la naturaleza de los cuidados de acuerdo con las funciones de la vida, estos son:

- Care: cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.
- Cure: cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno

4.2.2 ANTECEDENTES DEL CUIDADO

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale *Notas sobre Enfermería*, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”

Vale la pena mencionar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale.(Colliere 1996)

Durante las décadas del Treinta y Cuarenta del Siglo XX, Virginia Henderson desarrolló una propuesta con el objetivo de definir la función de la enfermera. Esta autora en un análisis histórico que publica sobre el plan de cuidado de enfermería, reconoce que desde los años Veinte algunas enfermeras elaboraban proyectos referentes al diseño de planes de cuidado. La salud hacia principios del siglo XX era definida como ausencia de enfermedad. El cuidado por lo tanto se orientó hacia la resolución de problemas, deficiencias.

En la segunda mitad del siglo, el concepto se amplía considerando el contexto para comprender y explicar la situación de salud individual o colectiva y el cuidado se lleva a cabo para contribuir a recuperar la salud, prevenir la enfermedad, fomentar el mantenimiento de la salud. El cuidado se da a partir de la identificación de la necesidad de ayuda considerando las percepciones e integralidad de la persona.

En los años Sesenta surgió en Norte América, la preocupación por construir “Modelos de Enfermería” y por desarrollar un método a partir del “Proceso de Enfermería” en respuesta las exigencias que planteaba el sistema de salud. Consuelo Castrillón en su libro “La dimensión social de la práctica de la enfermería”, afirma que en estos modelos conceptuales se encuentran representaciones de enfermería que, en algunos círculos

académicos, han servido para facilitar la orientación de la formación del cuidado y de la investigación. “Estos modelos derivan de alguna teoría o mezcla de teorías de la biología, la psicología, la sociología y la antropología, saberes que se adoptaron para ilustrar la estructura del cuidado de enfermería y para guiar la manera de formar, investigar y ejercer la profesión”. (Colliere1996)

También afirma, “que los modelos propuestos durante estos dos decenios se pueden decir que coinciden en trabajar el Cuidado como objetivo social de enfermería y representan el saber contemporáneo, que intenta desligarse de los fundamentos anatomoclínicos y etiopatológicos, que por más de un siglo constituyeron los únicos fundamentos científicos de enfermería, para construir su objeto de saber con el apoyo de las ciencias sociales, que aportan otras lecturas de las necesidades del ser humano en relación con sus procesos vitales”; “la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes se interactúa.”

4.2.3 TIPOS DE CUIDADO

Es importante enfatizar que estos dos tipos de cuidados deben mantener un equilibrio permanente en la práctica, ya que cuando prevalecen los cuidados de cure (curación), se van aniquilando progresivamente los cuidados de care y con ello la motivación de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan sus fuentes de energía vital necesaria, pues se descuida también su afectividad, espiritualidad.

Leininger (1978), establece también una clasificación y diferenciación entre lo que son los cuidados genéricos, los profesionales, y los profesionales enfermeros, conceptuándolos de la siguiente manera:

Los cuidados genéricos

Son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación ofrecidos a individuos o grupos con necesidades evidentes y se orientan al mejoramiento y el desarrollo de la condición humana.

Los cuidados profesionales

Son las acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitiva y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Los cuidados profesionales enfermeros

son todas aquellas formas humanísticas y científicas, aprendidas en forma cognitiva, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte

Esta diferenciación permite entender que los cuidados profesionales enfermeros son actividades claramente distintas, complejas, diversas, intencionadas, sistematizadas, reflexionadas y anticipadas, características que no poseen los otros dos tipos de cuidado. La finalidad de los cuidados profesionales enfermeros es el mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas, fundamentándose en un cuerpo de saberes que pueden ser enseñados y aprendidos.

- La enfermera demuestra un compromiso personal y profesional en el acto de cuidado.

- La enfermera acompaña a la persona, la familia, el grupo o la comunidad en sus experiencias de salud, manteniendo la dignidad de ellos y respetando sus diferencias.
- Con su presencia, su atención y su disponibilidad, la enfermera favorece el desarrollo del potencial de la persona que vive experiencias de salud.
- La enfermera se inspira en conocimientos específicos de la disciplina enfermera y aplica los principios específicos que guían el arte de cuidar.
- Además de los conocimientos específicos de la disciplina, la enfermera integra conocimientos de otras ciencias en la comprensión de la experiencia humana de salud.
- La enfermera aprovecha recursos y conocimientos con el fin de facilitar diversas transiciones vividas por la persona, familia o grupo y promover su salud.
- La enfermera se compromete en los procesos interactivos con el fin de promover la salud y favorecer la curación.
- La enfermera da los cuidados individualizados en colaboración con la persona, la familia, el grupo o la comunidad, a través de un proceso heurístico llamado gestión clínica.
- La enfermera reconoce su propia competencia y la de sus colegas, que pueden proceder de otras disciplinas, y con ellas contribuye al valor de los cuidados prodigados.(Kerouac 1996)

4.3 LA TEORÍA DE ENFERMERÍA

Enfermería es una ciencia joven, recordemos que la primera teoría de enfermería es la de Florence Nightingale, a partir de ahí nacieron nuevos modelos. Cada modelo aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado del paciente. La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el

conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nació con la primera teoría de enfermería.

También las enfermeras centraban su atención a la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados. En las décadas de 1950 y 1960 algunas enfermeras intentaron establecer la base científica de enfermería partiendo de las ciencias básicas, especialmente de la ciencia del comportamiento, orientadas en la idea de que la teoría siempre debe guiar la práctica. A medida que la enfermería ha llegado a la mayoría de edad, como profesión y como disciplina erudita, ha habido una preocupación creciente por delinear su base teórica. (Marriner Waldof 1999)

Como definición de teoría podemos encontrar que es una declaración que propone explicar o caracterizar algún fenómeno, realza las partes salientes de dicho fenómeno para que podamos separar los factores críticos y necesarios de los accidentales y no esenciales (o relaciones), conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, define relaciones entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos. Se diferencia del modelo en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica.

4.3.1 OBJETIVO DE LA TEORIA

Es proporcionar un manejo del fenómeno para que permanezca en una posición de auxilio. Una clasificación útil divide a las teorías en aquellas que describen y aquellas que explican los fenómenos.

La teoría descriptiva ve un fenómeno e identifica sus elementos o eventos principales (relaciones entre elementos), representa el primer nivel de trabajo en el desarrollo de la

teoría. Se debe identificar los constituyentes sobresalientes de una teoría antes de determinar lo que sucede con o para ellos.(waldof 1999)

4.3.2 VENTAJAS DE UTILIZAR LA TEORÍA

- Nos muestran aquello que es esencial en la actuación de la enfermera
- Concretan la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad
- Identifica y clarifica la relación de la enfermera con el resto de profesionales de salud
- Permiten representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera
- Permiten desarrollar guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia

4.3.3 CLASIFICACION DE LA TEORIA

Interacción: se fundamentan en las relaciones entre las personas. Para lograr el objetivo perseguido es necesario establecer una interacción recíproca. Las características personales, el auto concepto y las capacidades comunicativas son pilares básicos en estos modelos. La persona constituye un elemento activo en el cuidado de su salud, y la atención se centra en ella.

Evolucionistas: se centran en la teoría del **desarrollo**, subrayan el progreso, la maduración y el crecimiento. Su atención se centra en el cambio como fenómeno ordenado y predecible, y que toma una dirección concreta. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo.

De necesidades humanas: el núcleo en el que se fundamentan las acciones enfermeras es la teoría de las necesidades humanas, para la vida y la salud.

De sistemas: se basan en la concepción de las personas como sistemas abiertos, que mantienen una relación de retroalimentación con el entorno. El estado óptimo del sistema es el equilibrio, que se alcanza cuando las fuerzas externas e internas están compensadas. La meta es considerar los fenómenos de forma global más que como la suma de sus partes. (Potter 1996)

4.3.4 MARJORY Y GORDON

Marjory Gordon Fue una teórica y profesora estadounidense, que creó la teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en el 2009

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes. (Docdavis)

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias.

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts (USA).

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON:

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.). En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

PATRÓN 9 SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. (Docdavis)

4.4 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional. (Hall 1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963),)

4.4.1 OBJETIVO DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA (PAE)

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- 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.

4.4.2 ANTECEDENTES

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución) Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado. Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan

respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. La organización de los recursos humanos en los servicios sanitarios no es un mero hecho de gestión sanitaria sino que contempla una filosofía de los cuidados

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Entre los más conocidos figuran:

- Cuidados funcionales o por tareas que se caracteriza porque el conjunto de tareas es distribuido a todo el personal de enfermería
- Cuidados Progresivos se caracteriza por que los pacientes son distribuidos según su gravedad y cambian de unidad según su evolución, esta modalidad de cuidados no proporciona continuidad en los cuidados.
- Cuidados globales o por paciente que se caracteriza porque el trabajo se realiza en equipo con una auxiliar de enfermería y se ocupan de un número determinado de pacientes.

Cuidados integrales se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta. (Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961))

4.4.3 LAS VENTAJAS

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, sobre el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero 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; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad; para el paciente son: participación en su propio cuidado, continuidad en la atención, mejora la calidad de la atención; para la enfermera: se convierte en experta, obtiene satisfacción en su trabajo y crecimiento profesional. (Marriner 1999)

4.4.4 CARACTERISTICAS

Tiene una finalidad, Se dirige a un objetivo.

- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. (Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961))

4.4.5 ETAPAS

1. Etapa de valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, se puede definir como el proceso organizado y sistemático de recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de fuentes primarias y secundarias. Consta de dos fases: recolección de datos (la información específica que se obtiene del paciente) y documentación (anotación de los datos en el historial del paciente).

Los datos que se obtienen son: datos subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los métodos para la recolección de los datos son: entrevista, observación, exploración física y anamnesis.

La entrevista: Permite a la enfermera adquirir información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación, Facilita la relación enfermera-paciente y da oportunidad para el diálogo, Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y fijación de objetivos, y Ayuda a la enfermera a determinar áreas de investigación. La anamnesis se refiere a todo lo que el paciente

Recuerda de su vida pasada en relación con su problema de salud e incluye: motivo de consulta, ampliación del motivo de consulta, perfil del paciente, antecedentes familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos.

La exploración física es el método más importante en la recolección de datos, porque el examen de enfermería se centra en definir aún más la respuesta humana, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería; sirve también para establecer una base de datos para comparar al momento de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería y justifica los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Las técnicas de exploración son: inspección, palpación, percusión y auscultación

Los métodos para la exploración son una metodología sistemática para realizar una exploración física exacta y completa. En enfermería se pueden utilizar los siguientes:

- Céfaló caudal,
- Por aparatos y sistemas,
- Patrones de salud funcional
- Respuestas humanas

2. Etapa diagnóstica de enfermería

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo. Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

El diagnóstico de enfermería consta de cuatro fases:

- Preparación de los datos
- Formulación de los diagnósticos
- convalidación y Documentación
- Tipos de diagnósticos de enfermería

Real:

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Alto riesgo:

Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. De síndrome: comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen, que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados

3. Fase de planificación

La planificación implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar respuestas saludables del paciente o impedir, reducir o corregir las respuestas insanas identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Consta de cuatro fases

- 1) Fijación de prioridades.
- 2) Desarrollo de los resultados.
- 3) Desarrollo de las intervenciones.
- 4) Documentación del plan

4. Etapa ejecución

La ejecución es la iniciación del plan de atención de enfermería para lograr resultados específicos. Empieza después de que se haya desarrollado el plan de cuidados, centrándose en el comienzo de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a alcanzar los resultados deseados. Consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación. Los modelos para la ejecución de la atención de enfermería son:

Enfermería funcional.

La administración de los cuidados de enfermería se divide por sus tareas, y son llevadas a cabo por diferentes niveles de personal de enfermería. A cada persona se le asigna la realización de determinadas funciones, ej.: toma de signos vitales, administración de medicamentos.

Enfermería en equipo

Es un sistema en el que trabajan juntos un grupo de personas profesionales y no profesionales para prestar atención a una serie de pacientes.

Enfermería integral

Una enfermera atiende a cada paciente de manera holística, se le asignan como máximo cinco pacientes para darles atención personalizada.

Enfermería primaria

El personal de enfermería es responsable de dirigir los cuidados de un paciente o grupo de pacientes.

Control de caso

Es la organización de los cuidados para lograr determinados resultados en el paciente dentro de un límite de tiempo compatible con el periodo de permanencia designado por el médico del paciente.

5. Etapa evaluación

Se realiza al final del proceso de atención de enfermería, cuando se compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Consta de cuatro fases:

Recolección de los datos: incluye entrevista, observación, exploración física, repaso de los documentos.

Comparación de los datos con los resultados: la enfermera compara el estado de salud actual del paciente con los resultados definidos en el plan de trabajo.

Juicios sobre el progreso: la enfermera emite un juicio sobre el logro del resultado por parte del paciente: se logró o no el resultado.

Revisión del plan de cuidados: la enfermera debe revisar las intervenciones en el plan de cuidados y determinar por qué no fueron eficaces a la hora de ayudar al paciente. (Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961))

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN EL ADULTO

Las enfermedades crónicas degenerativas, son padecimientos regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento. Estas enfermedades van avanzando progresivamente hasta que terminan con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerlas.

El sedentarismo y la inactividad física, así como los malos hábitos alimenticios, se han convertido en la causa número uno de morbi-mortalidad a nivel nacional y mundial, de las enfermedades crónico degenerativas. El mantenimiento de la actividad física, así como el estilo de vida y la carga genética, hacen que una persona enferme menos.

CARACTERÍSTICAS

- Comúnmente estas enfermedades toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen.
- Estas enfermedades ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos.

- Interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima.
- Algunas enfermedades crónicas degenerativas pueden prevenirse; es posible minimizar los efectos de alguna enfermedad.

FACTORES CAUSALES

- Edad y envejecimiento (el riesgo aumenta a partir de los 35 años)
- Obesidad y sobrepeso
- Malos hábitos para la salud
- Hereditarios

4.5.1 DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS

Aquellas que comparten las siguientes características **curso prolongado o larga duración** (tres meses o más) **Lenta progresión** Posibilidad de ausencia de síntomas en su inicio **Ausencia de curación** en algunos casos Posibilidad de prevenirlas y/o controlarlas. Las Enfermedades Crónico Degenerativas se destacan por su prevalencia y por la carga de enfermedad que generan.

DIABETES MELLITUS

Es una enfermedad crónica (de por vida) en la cual hay altos niveles de azúcar en la sangre. Causas La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas. Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual el alimento se descompone y es empleado por el cuerpo para obtener energía. Varias cosas suceden cuando se digiere el alimento:

- Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.
- Un órgano llamado páncreas produce la insulina, cuyo papel es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede utilizarse como energía. Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar hasta los adipocitos, hepatocitos y células musculares para almacenarse como energía. Esto se debe a que cualquiera:
 - El páncreas no produce suficiente insulina
 - Sus células no responden de manera normal a la insulina

Todas las razones anteriores Hay tres grandes tipos de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:

1. Diabetes tipo 1: puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en los niños, los adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona. La causa exacta se desconoce.
2. Diabetes tipo 2: corresponde a la mayoría de los casos de diabetes. Generalmente se presenta en la edad adulta, aunque ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes debido a las altas tasas de obesidad. Muchas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad.
3. Diabetes gestacional: es el azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.(Medicina plus)

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial representa un problema de salud pública, altamente prevalente en las diversas latitudes del orbe, requiriéndose cada vez mayor difusión de su conocimiento a nivel poblacional, con miras a una oportuna detección y mejor control de las cifras tensionales.(Vid alón Fernández 2006)

Esta prevalencia se incrementa sostenidamente con la edad, tanto así que más de 60% de hombres y mujeres mayores de 65 años cursa con hipertensión y, como la población continúa en ascenso con la edad promedio, paralelamente se presenta un mayor número de individuos hipertensos.

A cualquier edad, los valores más altos de presión arterial se correlacionan bien con mayor riesgo cardiovascular, e incluso leves aumentos de la presión arterial pueden ocasionar daño al sistema vascular. De igual forma, pequeñas reducciones en la presión arterial de la población en su conjunto, particularmente en el grupo considerado nivel alto normal, es de esperar produzca significativos beneficios.

Cambios en los estilos de vida, tales como reducción del peso, aumento de la actividad física y modificaciones de la dieta, que incluya disminución de la sal e incremento en alimentos con alto contenido de potasio, granos, frutas, vegetales y productos no grasos. La obesidad no solo es la causa ambiental más común de hipertensión, sino que favorece de manera importante la aparición de dislipidemia y diabetes. Desafortunadamente, el sobrepeso, particularmente abdominal, se halla en aumento.¹⁵

Los avances en la terapia antihipertensiva durante los últimos treinta años, han repercutido favorablemente en el mejor control de la hipertensión. Diversas clases de medicamentos han sido incorporados al armamentario terapéutico, y hoy existe la capacidad de normalizar la presión arterial en la mayoría de sujetos hipertensos, previniendo serias complicaciones en órganos blancos. (Vid alón Fernández 2006)

El buen conocimiento de estos beneficios, el control de la hipertensión, incluso en países desarrollados, dista mucho de ser óptimo. Diversos factores son considerados responsables, pero principalmente la poca atención de la clase médica en su mejor manejo, y la falla de los pacientes en adherirse a la terapia prescrita.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un conjunto de entidades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos. Cuando afecta los vasos sanguíneos puede comprometer órganos como el cerebro (enfermedad cerebrovascular), los miembros inferiores, los riñones y el corazón. Dentro de las enfermedades cardiovasculares las de mayor ocurrencia son la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular.¹⁶

La enfermedad coronaria es la enfermedad del corazón secundaria al compromiso de las arterias que lo nutren (arterias coronarias). Puede manifestarse como angina de pecho, o en forma aguda como infarto de miocardio. La enfermedad cerebrovascular se manifiesta principalmente en forma de ataques agudos (ACV) ya sea por obstrucción o sangrado de una arteria. En cualquiera de los dos casos, pueden comprometerse en forma transitoria o permanente las funciones que desempeña el sector del cerebro irrigado por esa arteria.

Existen varios factores reconocidos que aumentan el riesgo a desarrollar enfermedad cardiovascular, muchos de los cuales son modificables. Un factor de riesgo modificable es aquel que se puede prevenir, eliminar o controlar. Entre ellos se encuentran:

Niveles elevados de colesterol, triglicéridos y otras sustancias grasas en la sangre.

- Presión arterial elevada.
- Elevados niveles de ácidos úrico en la sangre (ocasionados principalmente por dietas con un alto contenido proteico).
- Ciertos desórdenes metabólicos, como la diabetes.
- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Falta de ejercicio físico
- Estrés crónico

OBESIDAD

La obesidad es un problema de salud crónico caracterizado por exceso de grasa Corporal. Es un grave problema de salud pues es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Una alimentación inadecuada con abuso de las comidas ricas en grasa, poco o Ningún consumo de frutas y verduras y el sedentarismo son los principales factores que han provocado que hoy la obesidad sea una de las principales amenazas para nuestra salud.

CAUSAS PRINCIPALES

Ingesta excesiva de calorías Inactividad física o sedentarismo riesgos la obesidad aumenta el riesgo de padecer: diabetes tipo ii, hipertensión, trombosis y embolias, arterioesclerosis, envejecimiento prematuro, artritis, osteoartritis, problemas de vesícula, riesgo de desarrollar cáncer, dificultades respiratorias, tendencia a desarrollar problemas dermatológicos.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- 1.- control de peso con frecuencia
- 2.- alimentación balanceada
- 3.-no consumir excesivas grasa
- 4.- consumir muchos líquidos, frutas y verduras.
- 5.- realizar ejercicio y mantener una frecuente actividad física.

A pesar de que hay influencias genéticas, de comportamiento y hormonales para el peso corporal, la obesidad se produce cuando ingieres más calorías de las que quemas a través del ejercicio y de las actividades cotidianas normales.

4.5.1.2 CÁNCER DE PROSTATA

ETIOLOGÍA

Diferentes grupos de trabajo han propuesto diversas hipótesis para explicar el crecimiento patológico de la próstata. Este aumento del volumen prostático es causado por hiperplasia celular y apoptosis reducida. Se ha demostrado la expresión de péptidos regulatorios del crecimiento prostático. La acción para crina o autocrina de los factores de crecimiento, que está modulada por hormonas sexuales, también está involucrada en el desarrollo de la HBP. Además, han sido identificados algunos sistemas de señalización intra prostáticos importantes en la regulación de la proliferación celular y la producción de la matriz extracelular en el estroma prostático. Un fino balance entre los factores promotores de crecimiento y los inhibidores del mismo, mantienen el crecimiento normal de la glándula durante el desarrollo y la quiescencia en la adultez. Cuando este balance es alterado, se manifiesta la patología. (Torrubia Pascual 1999)

En su origen se encuentran implicados diferentes factores que pueden ser causantes de HBP, pero que aisladamente no tienen la suficiente entidad para generar la patología. En la génesis de la HBP se han descrito diversos factores que en algunas ocasiones no se puede demostrar su participación activa pero sí se puede afirmar que son necesarios para su desarrollo. Muchos autores sugieren que una edad superior a 50 años y la presencia de hormonas androgénicas producidas por los testículos juegan un papel importante en la génesis de HBP, así como la existencia en la célula prostática de 5- α -reductasa, enzima que transforma la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), metabolito activo. La DHT es imprescindible para el desarrollo de la próstata. Durante el período embrionario, sin DHT no se desarrolla la glándula, aunque los niveles de testosterona estén dentro de la normalidad y exista un desarrollo conservado de las características masculinas y de la espermatogénesis, como ocurre en el pseudohermafroditismo primario, en el que existe una ausencia de 5- α -reductasa y los individuos presentan una próstata vestigial, conservando el resto de las características.

Glándula normal y aumentada de tamaño masculino y no afectándose la reproducción. Por hiperplasia benigna de próstata. Igualmente, en personas antes de la edad adulta se observa una involución en su próstata, con ausencia de patología a este nivel.¹⁹ La estimulación androgénica es vital en la generación de hiperplasia del tejido glandular y estromal de la próstata. Existen evidencias de que no se desarrolla HBP en individuos castrados antes de la pubertad y es raro que se desarrolle en aquellos castrados después de la pubertad. En el tejido prostático se lleva a cabo la conversión de la testosterona sintetizada en las gónadas a dihidrotestosterona, mediante la acción de la 5- α - reductasa, enzima responsable en buena medida del crecimiento fisiológico y patológico de la glándula. Sin embargo, ha podido establecerse la influencia de otros compuestos tales como factores de crecimiento y hormonas sexuales. La teoría de la “célula primordial” explica la HBP como una alteración del balance del crecimiento de las células nuevas y la maduración y muerte de las más viejas.

Aunque la HBP histológicamente puede aparecer en varones de 40 años, clínicamente se suele manifestar a partir de los 60 años. Por esto algunos autores consideran la edad como un factor importante en la génesis de la enfermedad. Con el envejecimiento se produce una serie de cambios morfológicos a nivel de la zona cervical de la vejiga en su unión con la uretra y la próstata, pudiendo comprimir ésta a partir del lóbulo medio, elevando la zona cervical, variando su eje y favoreciendo la obstrucción. (Torrubia Pascual 1999)

FUNCIONES DE LA PRÓSTATA:

Tiene como función ayudar al control urinario mediante la presión directa contra la parte de la uretra que rodea. Produce una secreción líquida (líquido prostático) que forma parte del semen. Esta secreción prostática contiene sustancias que proporcionan junto con el semen, nutrientes y un medio adecuado para la supervivencia de los espermatozoides. Esta glándula produce y se afecta por múltiples hormonas, como la testosterona y la

dihidrotestosterona. La mayoría de los cánceres de próstata (CP) tienen lugar en la periferia de la próstata, mientras que en la HPB la zona de transición es comúnmente la más afectada. Aunque se ha reportado cáncer de próstata (CP) en un 15% en la zona de transición y en un 5% en la porción central.

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

La hiperplasia prostática benigna (HPB) se caracteriza por un aumento del tamaño de la glándula que ocasiona grados variables de obstrucción en la evacuación de la vejiga.

Es una de las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en hombres adultos de avanzada edad. Constituye la segunda causa de ingreso para intervención quirúrgica y la primera causa de consulta en los servicios de urología. El desarrollo de la HBP comienza alrededor de la cuarta década de la vida con un fenómeno focal de origen estromal.

A partir de la quinta década se produce un incremento global y rápido del volumen debido a un aumento de las células del tejido fibro muscular y glandular, tanto en la zona peri uretral como transicional.

En HBP se evidencia un aumento del estroma, aunque existen diferencias morfológicas de un individuo a otro. A medida que progresa la HBP y van creciendo los nódulos, se desplaza el tejido prostático normal, que queda reducido a una fina lámina. Este fenómeno ocurre en fases.

Primero se produce un aumento en el número de nódulos, inicialmente de naturaleza estromal y después glandular (a partir de los 40 años). Posteriormente se produce un gran crecimiento de estos nódulos (a partir de los 60 años). La presencia de obstrucción debida al crecimiento en la zona de transición genera una serie de alteraciones funcionales y anatómicas a nivel vesical.

La DHT es imprescindible para el desarrollo de la próstata. Durante el período embrionario, sin DHT no se desarrolla la glándula, aunque los niveles de testosterona estén dentro de la normalidad y exista un desarrollo conservado de las características

masculinas y de la espermatogénesis, como ocurre en el pseudohermafroditismo primario, en el que existe una ausencia de 5- α -reductasa y los individuos presentan una próstata vestigial, conservando el resto de las características. Glándula normal y aumentada de tamaño masculinas y no afectándose la reproducción. Por hiperplasia benigna de próstata. Igualmente, en personas, antes de la edad adulta se observa una involución en su próstata, con ausencia de patología a este nivel.

La estimulación androgénica es vital en la generación de hiperplasia del tejido glandular y estromal de la próstata. Existen evidencias de que no se desarrolla HBP en individuos castrados antes de la pubertad y es raro que se desarrolle en aquellos castrados después de la pubertad. En el tejido prostático se lleva a cabo la conversión de la testosterona sintetizada en las gónadas a dihidrotestosterona, mediante la acción de la 5- α - reductasa, enzima responsable en buena medida del crecimiento fisiológico y patológico de la glándula. Sin embargo, ha podido establecerse la influencia de otros compuestos tales como factores de crecimiento y hormonas sexuales. La teoría de la “célula primordial” explica la HBP como una alteración del balance del crecimiento de las células nuevas y la maduración y muerte de las más viejas. (Meyrier A, Fekete 2006)

Aunque la HBP histológicamente puede aparecer en varones de 40 años, clínicamente se suele manifestar a partir de los 60 años. Por esto algunos autores consideran la edad como un factor importante en la génesis de la enfermedad. Con el envejecimiento se produce una serie de cambios morfológicos a nivel de la zona cervical de la vejiga en su unión con la uretra y la próstata, pudiendo comprimir ésta a partir del lóbulo medio, elevando la zona cervical, variando su eje y favoreciendo la obstrucción. (Meyrier A, Fekete Torrubia 1999)

Factores implicados en el desarrollo de la hiperplasia benigna de próstata.

HORMONAS

- Andrógenos
- Testosterona
- Dihidrotestosterona
- Androstendiona

ESTROGENOS

- Estrona
- Estradiol

FACTORES DE CRECIMIENTO

- Factor de crecimiento epidérmico
- Factor 1 de crecimiento similar a insulina
- Factores de crecimiento transformante beta y alfa
- Factor de crecimiento de fibroblastos

Actualmente se conoce que con los años varía el índice estrógenos/testosterona, aumentando los primeros y descendiendo la segunda, lo que predispone a estos cambios.

Además, con la edad se produce una elevación en el nivel de estrógenos circulantes, disminuyendo los niveles plasmáticos de testosterona, aunque a nivel prostático se mantienen estables y se conserven los receptores androgénicos. Con la edad, el nivel de producción de testosterona por las células de Leydig disminuye, al bajar la respuesta ante el estímulo de la LH hipofisaria, y aumenta ligeramente el nivel de estrógenos.

Se produce una alteración en el equilibrio de estrógenos y testosterona, favorable a los primeros.

Con la edad, también en el varón se produce un aumento de estrógenos por acción de la enzima "aroma tasa", que transforma la androstendiona producida por las células suprarrenales y la testosterona producida en los testículos, en estrona y estradiol. A nivel de la próstata, la células del estroma presentan receptores estrogénicos y androgénicos, mientras que las células epiteliales sólo presentan receptores androgénicos (la zona de

transición y la peri uretral son ricas en estroma y ahí se produce una alta conversión de testosterona en estrógeno por vía de la aroma tasa).

Los estrógenos inhiben la muerte celular prostática en presencia de andrógenos y se cree que a su vez estimularían los receptores androgénicos del epitelio glandular. De hecho, una vía demostrada de tratamiento de la HBP en animales y humanos es la de los inhibidores de la aroma tasa. Además de los factores hormonales y la edad, en la génesis de HBP se han descrito otros factores relacionados con su etiología: Genéticos. La HBP aparece con más frecuencia en familiares de primer orden. Lo que se evidencia sobre todo en próstatas de gran tamaño que requieren un tratamiento quirúrgico y que aparecen en edades relativamente jóvenes (antes de los 60 años).

El consumo de vegetales ricos en carotenos y Fito estrógenos podría tener una acción protectora, como ocurre en los países asiáticos cuya prevalencia sintomática es menor sin diferencia en la histológica. También se sugiere que podría estar implicado el bajo nivel socioeconómico.²⁰

La HBP se observa más en negros americanos que en blancos americanos. Igualmente, es más prevalente en judíos y menos en los pueblos orientales. Hiperinsulinismo. Diferentes autores han relacionado la HBP con la obesidad, hipertensión arterial y diabetes, por separado. El investigador sueco Hammarsten propuso que en situaciones metabólicas asociadas al hiperinsulinismo se evidencia mayor agrandamiento de la glándula prostática, no sólo en la zona de transición, sino que existe un crecimiento significativo en toda la glándula. Pacientes afectados con síndrome metabólico (obesidad, hiperglicemia, hipertrigliceridemia, hiperuricemia, hipertensión arterial), presentan una mayor estimulación del simpático, lo que produce un aumento en la producción de los receptores adrenérgicos de la próstata, aumentando su crecimiento. Esta teoría puede tener una cierta explicación si se analiza la acción de los inhibidores alfa adrenérgicos en el tratamiento de la HBP y su acción beneficiosa en pacientes diabéticos, ya que disminuyen la resistencia a la insulina y mejoran su perfil lipídico. (Hammarsten J, Hogstedt B. 2002)

La insulina produce un efecto estimulador del hipotálamo a nivel del núcleo ventromedial que regula el sistema nervioso simpático, aumentando las catecolaminas, las cuales se sugiere pueden ejercer un efecto trófico retardando el proceso apoptótico. Por ello, se sugiere como estrategia el control de estos factores de riesgo y medidas encaminadas a disminuir la hiperinsulinemia.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA:

Las manifestaciones clínicas de la HBP están estrechamente relacionadas con el tamaño prostático, los síntomas resultantes de la obstrucción uretral y la alteración de ciertos parámetros detectables en la circulación periférica

Aunque el concepto de HBP engloba el agrandamiento de la próstata y la obstrucción del flujo miccional, no siempre hay relación directa entre el volumen de la hiperplasia y la intensidad de los síntomas. La severidad de la sintomatología prevalece a edades avanzadas y cuando se observa un mayor volumen prostático, lo que impacta en la calidad de vida. Los síntomas se han dividido arbitrariamente en síntomas obstructivos y síntomas irritativos. Los primeros son los que ocurren en la fase de vaciamiento e incluyen: micción urinaria débil, esfuerzo abdominal, dificultad para iniciar la micción, micción intermitente, evacuación vesical incompleta y goteo post-miccional. Estos síntomas pueden ser característicos de obstrucción del tracto de salida o bien indicar una alteración de la contractilidad del músculo detrusor. Los síntomas irritativos son los que ocurren en la fase de llenado de la vejiga e incluyen: polaquiuria, nicturia, urgencia miccional, incontinencia por urgencia miccional y disuria. En la HBP son más frecuentes los síntomas irritativos (principalmente nicturia) que los síntomas obstructivos. Aunque no siempre es fácil diferenciar una situación de otra es importante para individualizar los tratamientos eligiendo fármacos adecuados entre alfa bloqueadores o inhibidores de la 5- α -reductasa. (Hammarsten J, Hogstedt B. 2002).

DIAGNÓSTICO DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA:

La definición de cualquier enfermedad es importante en el reconocimiento y diagnóstico de la misma. En el caso de la HBP existen profundas discrepancias entre los autores sobre qué combinación de síntomas, obstrucción de flujo urinario y tamaño prostático pueden establecer una definición precisa de esta patología con un amplio consenso sobre la necesidad de testículos funcionales y cierta edad para el desarrollo de la misma.

La mayoría de los pacientes que solicitan tratamiento, lo hacen en relación a las molestias que afectan su calidad de vida.

Por esto es de gran importancia contar con herramientas de diagnóstico útiles y estandarizadas que permitan valorar cuantitativamente los síntomas, la gravedad de los mismos y la afectación de la calidad de vida resultante, con el fin de comprobar la eventual progresión de la enfermedad y llevar a cabo el tratamiento idóneo.

Ciertas entidades internacionales han desarrollado una serie de pautas o recomendaciones para poder diagnosticar HBP. Dentro de éstas se incluye un mínimo de estudios clínicos que proveen la información necesaria:

El índice Internacional Prostate Symptoms Score (IPSS) es a menudo el más recomendado y consiste en ocho preguntas, siete de las cuales exploran los síntomas urinarios y una de ellas investiga la calidad de vida.

El Examen Rectal Digital. Es otra evaluación fuertemente recomendada para el diagnóstico de HBP La determinación de antígeno prostático específico (PSA) se recomienda en la mayoría de las pautas internacionales, si bien es opcional con el objetivo de inferir el volumen prostático y excluir el CP.

La determinación de creatinina urinaria es otro estudio recomendado debido a que la existencia de una obstrucción urinaria durante un período prolongado de tiempo puede conducir a una insuficiencia renal.

Se recomienda incluir en el diagnóstico la flujometría y la medida del volumen / residual de vaciamiento urinario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

No toda la sintomatología del tracto urinario inferior es debida a HBP. Una correcta historia clínica con antecedentes personales y familiares delimitará el diagnóstico con mayor precisión.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Exploración.

Se debe realizar al menos una exploración abdominal para descartar la existencia de globo vesical así como anomalías peneanas (fimosis, estenosis del meato) y un tacto rectal, el cual es imprescindible y está dirigido a descartar la presencia de lesiones sospechosas de malignidad.

El tacto rectal debe incluir la valoración de la sensibilidad, el tamaño, la consistencia, los límites y la movilidad de la próstata.

Exploraciones instrumentales. Si el paciente presenta una clínica leve o moderada, el tacto rectal no es sospechoso y los niveles de PSA y de creatinina se encuentran en los límites de la normalidad no es necesario realizar la ecografía.

La urografía, la uretografía retrógrada, la ureterocitoscopía y el estudio uro dinámico son técnicas que el especialista aplicará en casos definidos con criterios específicos (hematuria, infecciones urinarias repetidas, insuficiencia renal, litiasis vesical). Si no se dan estas condiciones, no se recomiendan estudios de imagen porque el 75% de los mismos es normal.

Diagnóstico analítico Además de una analítica general, se requiere creatinina sérica (valorar posible insuficiencia renal secundaria a obstrucción) y sedimento urinario con cultivo (valorar existencia de Piura, crista luria y hematuria). La determinación del PSA está sujeta a variaciones pero, en general, se admite que en HBP rara vez se eleva por encima de 4 ng/ml. La determinación del PSA es útil en el control y seguimiento de pacientes con HBP pero no es lo suficientemente específico como para distinguir la hiperplasia del carcinoma.

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA:

El tratamiento activo (farmacológico o quirúrgico) de HBP está reservado para aquellos hombres con signos y síntomas bien definidos. Esta decisión dependerá de la intensidad de los síntomas y la calidad de vida del paciente.

Medicamentos

- **Bloqueadores Alfa 1:** La terapia médica actual puede incluir el uso de bloqueadores alfa 1 (doxazosina, prazosina, tamsulosina y terazosina), también utilizados frecuentemente en el tratamiento de la hipertensión arterial. Estos medicamentos se usan en el tratamiento de la HPB puesto que relajan los músculos del cuello vesical y facilitan la micción. Dos tercios de las personas tratadas con bloqueadores alfa 1 manifiestan mejoría de los síntomas.

- **Finasterida:** Esta droga disminuye la síntesis de DHT (dihidrotestosterona) a nivel de la próstata, reduciendo así su tamaño. Se ha demostrado que esta droga aumenta el flujo de orina y disminuye los síntomas de la HPB. Sin embargo, para que se produzca una mejoría significativa de los síntomas, pueden ser necesarios hasta 6 meses de tratamiento. Entre los efectos secundarios potenciales relacionados con su uso están la disminución del impulso sexual (3,3%) y la impotencia (2,5 a 3,7%).

Otros medicamentos: También se pueden prescribir antibióticos para el tratamiento de la prostatitis crónica, la cual suele acompañar a la HPB. Algunos hombres notan un alivio en los síntomas después del tratamiento con antibióticos.

Manejo Quirúrgico de la Hiperplasia prostática benigna:

La cirugía se aconseja generalmente en los casos con síntomas de incontinencia, hematuria recurrente, retención urinaria e infecciones urinarias recurrentes. La elección del tipo de procedimiento quirúrgico generalmente se basa en la severidad de los síntomas y el tamaño y forma de la próstata. Entre las opciones quirúrgicas están la resección transuretral de la próstata (RTU), la incisión transuretral de la próstata (ITU) y la prostatectomía abierta. Actualmente, se llevan a cabo diversos estudios para evaluar la efectividad de otros tratamientos como la hipertermia, la terapia con láser y los *stents* prostáticos. (Hammarsten J, Hogstedt B. 2002).

Resección transuretral de la Próstata:

La resección transuretral de la próstata (RTUP) es el tratamiento quirúrgico más comúnmente utilizado para la HPB y se lleva a cabo mediante endoscopia. La ventaja principal de este procedimiento es su menor nivel invasivo, por lo que se reducen los riesgos de infección. El 88% informa que ha experimentado mejoría de los síntomas por un lapso de 10 a 15 años. En 13.6% de los casos se presenta impotencia y en el 1% se reporta incontinencia urinaria; la eyaculación retrógrada es más frecuente que éstas.

Incisión transuretral de la Próstata

La incisión transuretral de la próstata (ITU) es similar a la RTU, pero usualmente se realiza cuando la próstata es relativamente pequeña (menos de 30 g) y hay obstrucción del cuello vesical. Este procedimiento se realiza frecuentemente de manera ambulatoria y no requiere hospitalización.

Por medio de endoscopia, se realizan pequeñas incisiones en el tejido prostático y el cuello vesical para agrandar el lumen de la uretra, mejorando así el flujo urinario y reduciendo los síntomas de HPB. El 80% de los hombres que se someten a este procedimiento reportan mejoría en sus síntomas. Entre las posibles complicaciones se incluyen sangrado, infección, estenosis uretral e impotencia; pero éstas son menos frecuentes que en la RTU.

Prostatectomía abierta:

Suele realizarse bajo anestesia general o epidural, mediante una incisión trans abdominal (retro púbica o supra púbica) o perineal (rara vez practicada actualmente). Este es un procedimiento prolongado que usualmente requiere una hospitalización de 5 a 10 días.

La mayoría de los hombres (98%) sometidos a esta cirugía reportan mejoría en los síntomas. Las posibles complicaciones son impotencia en el 16 a 32%; hasta 50% en la técnica perineal), e incontinencia urinaria (menos del 1%). (Torrubia pascual 1999 Hammarsten J, Hogstedt B. 2002).

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES:

Complicaciones Intraoperatorias:

Hemorragia: es la complicación más frecuente sobre todo al profundizar la resección, habida cuenta de que el lecho prostático está muy vascularizado Perforación de la vejiga por resección muy profunda.

Lesión uretra glándula por la fricción uretral de los instrumentos, que puede producir una estenosis, sobre todo cuando hay resecciones repetidas. Es importante, para evitar estas complicaciones, una maniobra muy cuidadosa y tener en cuenta el calibre de los instrumentos.

Complicaciones postoperatorias:

Hemorragia o retención de coágulos. Si la hemorragia persiste en el postoperatorio inmediato se debe hacer un lavado vesical y tracción sobre la sonda, apoyando el globo de la misma sobre el cuello vesical para favorecer la hemostasia, o aumentar el globo de la sonda; tales maniobras deberán tener autorización médica. Intoxicación hídrica por reabsorción del líquido de irrigación, glicina, que puede llegar a producir edema generalizado o incluso ceguera temporal. Infección urinaria, cuya incidencia suele ser del 15%. Estenosis uretral producida por fricción de los instrumentos. Dolor relacionado con el espasmo vesical posterior a la resección

Otras complicaciones:

1. Trombo embolismo pulmonar
2. Riesgo de hematuria franca en las primeras 24 horas
3. Retención urinaria y obstrucción por coágulos
4. Trombosis venosa profunda
5. Infección urinaria

EDUCACIÓN SOBRE CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA:

Las medidas de autoayuda pueden ser benéficas, si el grado de obstrucción es mínimo. Estas medidas son, entre otras, baños calientes, evitar el consumo de alcohol y el consumo excesivo de líquidos (especialmente en la noche), orinar ante la primera necesidad de hacerlo y mantener un ritmo regular de actividades sexuales o eyaculaciones.

Los que abogan por el uso de plantas medicinales sugieren que el uso de los frutos y extractos del palmito potencialmente pueden aliviar los síntomas de la próstata. Es posible reducir la frecuencia de micciones nocturnas, evitando los líquidos algunas horas antes de dormir. Los síntomas de incontinencia urinaria pueden mejorar si se distribuye el consumo de líquidos a lo largo del día, evitando tomar grandes cantidades de líquido a la vez y tomando menos líquido con las comidas de noche. Los hombres con HPB deben evitar los medicamentos de venta libre contra la gripe y la sinusitis que contengan descongestionantes, ya que pueden acentuar los síntomas de la HPB.

Actualmente, además, se reconoce un papel creciente a otros factores, entre los que destaca el componente vesical del músculo detrusor, cuya función contráctil es susceptible de cambiar en relación con alteraciones del sistema nervioso y con el envejecimiento. De la práctica centrada en la enfermedad.

La atención de enfermería es muy importante en estos pacientes ya que es el encargado de seguir el proceso del paciente hasta su recuperación, en este trabajo se verá las acciones que enfermería realiza con estos pacientes servirá para futuras generaciones

tengan idea de que acciones tomar al momento de enfrentarse a este tipo de padecimientos.

Es por eso que con éste trabajo se pretende exponer el proceso de atención y cuidado del paciente operado de resección transuretral de próstata a fin de demostrar la importancia del personal de enfermería en la preparación, recuperación e integración del paciente a sus actividades cotidianas.

V. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL PAE.

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: CMS

Edad: 67años

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 03 de septiembre de 1950

Lugar de Nacimiento: Originario de Tabasco

Estado Civil: casado

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Militar retirado

Diagnóstico Preoperatorio: Hiperplasia Prostática Obstructiva

Diagnóstico Postoperatorio: Hiperplasia Prostática Obstructiva Resuelta (Operado de Resección Transuretral de Próstata con Asa Bipolar).

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Madre finada por acidosis metabólica con DM2 a los 86 años, padre finado por evento cerebro vascular a los 90 años. Tiene 2 Hermanos, él ocupa el primer lugar uno finado por infarto agudo al miocardio a los 45 años con DM2. Tiene 5 hijos 2 de ellos con DM2 y el resto vivos y sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Originario de Tabasco, radica en la ciudad de México, Religión católica, habita en casa propia cuenta con todos los servicios, baño cada tercer día, Dieta de diabético de 1,800 Kcal en quintos y baja en sodio, cambio de ropa diario, tabaquismo durante 40 años de 10-20 cigarros por día suspendido hace 3 años, etilismo suspendido no especifica años, niega toxicomanías grupo sanguíneo A+ niega hemo trasfusiones exposición al humo de leña durante la infancia alérgico a las sulfas (rash) inmunizaciones recientes solo Influenza en enero del 2018.

PERSONALES PATOLÓGICOS:

Diabetes tipo 2 de 13 años de diagnóstico, Insulina Lispro 20 ul en la mañana y 10 ul en la noche Metformina de 850mg vía oral cada 24 horas, Hipertensión Arterial Sistémica de 13 años de diagnóstico en tratamiento con Candesartan / Hidroclorotiazida una tableta cada 24 horas. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de 8 años de

diagnóstico en tratamiento con Budesonida/ Formoterol 2 inhalaciones cada 12 horas, Formoterol 1 inhalación cada 12 hrs utilizó Oxígeno domiciliario por 3 años suspendido hace 5 años por mejoría. Trastorno de Depresión en tratamiento con Sertralina Una tableta cada 24 horas, y dislipidemia en tratamiento con Bezafibrato y Atorvastatina cada 24hrs.

Quirúrgicos: Laparotomía exploradora 2005 por Diverticulitis, uretrotomía interna con corte frío en el 2011 actualmente sin recurrencia, reparación abierta manguito rotador derecho en el 2012.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Paciente masculino en la séptima década de la vida que es valorado por el servicio de urología desde el 2011 por síntomas en el tracto urinario inferior. Con diagnóstico de hiperplasia prostática obstructiva, cursa con tenesmo, nicturia, polaquiuria, a pesar de tratamiento con alfa bloqueos es programado para cirugía por síntomas de mal vaciamiento vesical, así como refractariedad al tratamiento, Exploración física dirigida con tacto rectal, próstata grado II sin evidencia o sospecha de malignidad, se realiza ultrasonido prostático encontrando un volumen total de 38.1 centímetros cúbicos y zona transicional de 22 centímetros cúbicos, uroflujometría con volumen de 359 mililitros y con un Qmax 8.9ml/s por lo anterior se decide ingreso con médico tratante con plan de recesión transuretral con asa bipolar

EXPLORACION FISICA Y ESTADO MENTAL:

Paciente masculino consiente orientado (3 esferas), marcha y estación de pie sin alteraciones sin signos meníngeos fuerza muscular y sensibilidad adecuada reflejos osteotendinosos normales. cooperador, mucosa y tegumentos con adecuada coloración movimientos ventilatorios adecuados campos pulmonares limpios, ruidos cardiacos rítmicos, el abdomen con cicatriz previa de cirugía se encontró blando y depresible con peristalsis presente, no se palpan masas ni puntos dolorosos, próstata grado II eutérmica

no dolorosa, no secretante, extremidades superiores con presencia de cicatriz en hombro derecho de cirugía previa, sin evidencia o limitación del movimiento del hombro, extremidades inferiores sin alteraciones, ni edema pulso periféricos presentes.

EXPLORACION FISICA:

Frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto.

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.

Tensión Arterial: 130/85 mm/Hg

Temperatura 36.5 °C

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, orientado en sus 3 esferas, sin facies características ni movimientos anormales, actitud libremente elegida, constitución delgada, cooperador durante la valoración.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON:

Percepción manejo de la salud

El Paciente previamente comentado tiene la facultad de entender la situación actual de su enfermedad, y el bienestar que conllevará la realización de la resección transuretral de Próstata, ya que logra diferenciar el costo-beneficio del procedimiento siendo claros los conceptos durante la explicación. Factores que se asocian al entendimiento de su salud y bienestar es que es una persona joven (67 años) nivel de estudio de preparatoria, no consume drogas y no cuenta con un diagnóstico con limitación neurológica que limite la capacidad de idea, juicio o raciocinio.

Nutricional metabólico

Peso: 76kg

Talla: 1.78 m

Índice de Masa corporal: 23.98

Presión Arterial: 119/75mmHg

Saturación de oxígeno: 92%

El paciente se encuentra en un IMC dentro del rango normal, tiene una dieta balanceada de acuerdo a sus necesidades básicas baja en sales y azúcares realiza sus respectivas 5 comidas diarias bajo estricto control no presenta problemas a la deglución o masticación de alimentos, piel con buen estado de hidratación, no se presenta ni palidez de tegumentos, consumiendo agua durante todo el día.

Eliminación:

Paciente con problemas crónico degenerativos, con presencia de dos factores para presentar una mal vaciamiento urinario como diabética de dos factores el antecedente de la estenosis uretral resuelta mediante uretrotomía en el 2011 y la presencia de Hiperplasia prostática obstructiva que genera síntomas de mal vaciamiento urinario como frecuencia, tenesmo, nicturia, polaquiuria. Con respecto a la eliminación fecal no refiere alguna problemática.

Actividad ejercicio:

Paciente que en sus tiempos libres le gusta caminar un poco ya que por su edad y padecimiento que ha tenido se cansa aun en distancias cortas, paciente que previo a su cirugía no requiere de ayuda para moverse pero después del procedimiento quirúrgico se encontrará en riesgo de caídas al ser portador de sonda.

Sueño descanso:

Trata de dormir sus 8 horas diarias, siendo en ocasiones difícil por el problema de la nicturia, ha llegado a usar pañal por las noches para no mojar la cama. Camina ocasionalmente ya casi no realiza ejercicio de esfuerzo, paciente que ha requerido de

oxígeno durante 3 años y medicamentos inhaladores pero en la actualidad puede realizar actividades normales en casa.

Cognitivo perceptual:

Paciente que tiene nivel académico hasta preparatoria no presenta dificultad para el aprendizaje, el paciente se encuentra activo reactivo cooperador orientado en tiempo lugar y espacio, tranquilo, aunque por momentos se nota ansiedad con respecto a los resultados de la cirugía, es cooperador al momento de la entrevista.

Autopercepción auto concepto:

Paciente con buena percepción del lenguaje, buen estado de conciencia, no presenta desagrado por su imagen corporal, aunque asegura que no le gustaría tener tanto problema, tiene temor por entrar a quirófano nuevamente, aunque ya estado anteriormente, tiene problemas a veces para realizar actividades ya que no quiere que le ayuden (no quiere sentirse como estorbo).

Rol relaciones:

Paciente que le gusta ser muy sociable le gusta leer, aunque también actividades fuera de la lectura, vive con su esposa, no tiene problemas para la comunicación y relaciones interfamiliares, le gusta expresarse y opinar lo que siente.

Sexualidad reproducción:

Paciente con 5 hijos y actualmente con presencia de disfunción eréctil secundario al tabaquismo intenso que presentó, refiere que en la actualidad no mantiene relaciones con su pareja, no siendo un problema que afecte las relaciones con su esposa.

Adaptación tolerancia al estrés:

Comenta que cuando suele sentirse estresado o tiene algún problema lo cometa con su esposa y juntos tratan de solucionar el problema, trata de cómo salir adelante ante alguna situación de estrés.

Valores creencias

Religión católica, no refiere un apego intenso a sus creencias, sin embargo, ha llegado a ser más apegado a su religión después del tratamiento de sus enfermedad.

1. DIAGNÓSTICOS/ INTERVENCIÓN: PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERIA

DIAGNÓSTICO No. 1

Patrón 3: Alteración patrón eliminación

Dominio3: Eliminación Intercambio

Clase1: Función Urinaria

DX. Alteración del patrón de eliminación relacionado a obstrucción del tracto urinario manifestado por poliaquiuria y nicturia.

Objetivos: Contribuir a mejorar el patrón eliminación del Sr CMS durante su estancia y evitar un episodio de complicación

Intervenciones planeadas	Fundamentación Teórica	Intervenciones ejecutadas	Evaluación
--------------------------	------------------------	---------------------------	------------

Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede	Es importante verificar la eliminación ya que se filtra la sangre a través del riñón y sustancias innecesarias tales como la urea, exceso de agua, electrolitos, glucosa, aminoácidos, ácido úrico y creatinina manteniendo así el equilibrio	Se vigiló y no se presentaron datos de sepsis, egresos bien evaluados	Mediante las intervenciones de enfermería el paciente no presentó ninguna complicación
-Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. Vigilar el flujo de orina, las cantidades y pérdidas durante el día	El volumen y composición de los líquidos recibidos como las pérdidas, enmarcando esta comparación en un periodo de tiempo determinado y posibilita mantener el equilibrio interno	Si presentó síntomas de retención urinaria (nicturia, poliaquiuria, mal vaciamiento urinario)	Se manejó lo de la retención urinaria
Enseñar al paciente a tener una respuesta inmediata a la urgencia urinaria	Instruir al paciente para que ellos conozcan e identifiquen algún problema.	Hubo buena respuesta por parte del paciente ya que pudo identificar al momento de la diuresis.	No se presentó ninguna complicación
Mantener una técnica aséptica estricta.	La asepsia es fundamental para evitar la propagación de microorganismos	Se mantuvo la asepsia al momento de la manipulación (sondas y equipos IV)	No se presentó ninguna tipo de infección

Controlar la ingesta y eliminación. (balance hídrico)	Conocer los ingresos y las pérdidas hídricas de la persona para, de esta forma, realizar su balance hídrico y saber así si pierde o retiene líquidos.(valora el estado de hidratación)	Se mantuvo buen balance hídrico	Se vigilaron entradas y salidas y se realizó un balance de líquidos.
--	--	---------------------------------	--

DIAGNOSTICO 2

Patrón Alterado: Dolor Agudo

Dominio: 12 Confort

Clase 1: Confort Físico

DX: Alteración de confort físico relacionado a agentes lesivos manifestado por facies dolorosa y expresión verbal de malestar y dolor

Objetivos: Contribuir a control del dolor mediante las intervenciones de Enfermería

Intervenciones planeadas	Fundamentación Teórica	Intervenciones Ejecutadas	Evaluación
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	Con la valoración se logra cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos.	Se valoró y se vigiló la calidad del dolor y con qué frecuencia se presentaba en la persona.	Con las medidas tomadas por enfermería hubo buena mejoría en la persona.

<p>Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente</p>	<p>Es importante verificar si realmente la persona presenta dolor ya que la persona muchas veces lo hace por la necesidad de recibir el medicamento Es importante verificar las características frecuencia e intensidad del dolor para saber cómo actuar</p>	<p>Se valoró mediante escala de Eva y la frecuencia y características con la que se presentó el dolor</p>	<p>Se valoró Escala de Eva de 6 se administró analgesia y cedió el dolor</p>
<p>Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos a la hora de la analgesia, especialmente con el dolor severo</p>	<p>La administración de analgesia sirve para calmar el dolor , el cual si persiste puede provocar efectos colaterales que pueden comprometer aún más la salud de la persona</p>	<p>Se Administró la analgesia de manera correcta. Ketorolaco 30mg PRN Intravenoso</p>	<p>La función es la de detener o reducir la el dolor de una parte del organismo</p>
<p>Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p>	<p>Mantener informado siempre a la persona como a familiares es importante porque así ellos pueden identificar qué es lo que le ocasiona el dolor.</p>	<p>Se informó a familiares e intervinieron de manera correcta.</p>	<p>Hubo buena respuesta por parte de familiares y paciente.</p>

DIAGNOSTICO 3

Patrón Alterado: Riesgo de Infección

Dominio11: Seguridad Protección

Clase 01: Infección

Dx: Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivos

Objetivos: Evitar factores de riesgo para infección en la persona

Intervenciones planeadas	Fundamentación teórica	Intervenciones ejecutadas	Evaluación
Poner en práctica precauciones universales (uso de guantes, lavado de manos, cubre bocas)	Son medidas para reducir el riesgo de infección	Se ejecutó de manera correcta las precauciones universales.	Con estas acciones se logró q el personal de enfermería previniera una infección
Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado	Para reducir el número de patógenos potenciales en las manos.	Se mantuvo estricta asepsia en manos a la hora de manipulación.	No hubo riesgo de infecciones
Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.	La asepsia evita propagación de microorganismos	Se mantuvo asepsia a la hora de manipular equipos	Se logró limitar el riesgo de infecciones
Administrar terapia de antibióticos, si procede	Reducen el riesgo de infección ya que un agente anti-patógeno el cual está para frenar la capacidad de reproducción Un antibiótico es que combate las infecciones causadas por bacterias lo que	Se administró medicamentos prescritos (estrictamente) Ceftriaxona 1gramo IV cada 12 horas	No se presentaron datos de infección

	hacen es matar la capa protectora que tienen las bacterias y sin ella las bacterias revientan desapareciendo		
Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informarse de ellos al cuidador.	Instruir al familiar para que esté atento de los signos y síntomas o de los cambios que se presenten con el paciente	El familiar nos mantuvo comunicado de los cambios que pudieron presentarse con la persona.	Tanto el personal de enfermería como el paciente estuvieron atentos a cualquier cambio que presentara.

DIAGNÓSTICO 4

Patrón Alterado: Riesgo de Caída

Dominio4: Actividad Reposo

Clase2: Actividad/Ejercicio

DX: Riesgo de caídas relacionado a pérdida de equilibrio y debilidad muscular y osteoarticular por edad avanzada

Objetivos: Evitar riesgo de caídas en el paciente.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Intervenciones Ejecutadas	Evaluación
Uso de dispositivos de ayuda. Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.	Es importante conocer los distintos métodos de movilización ya que dependiendo del estado de la persona deberemos usar uno u otro. El paciente debe sentirse cómodo y confiado y debemos conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda en el cambio postural.	Se pusieron las protecciones adecuadas para la persona y evitar el riesgo por caída.	Con las medidas ejecutadas se pudo prevenir el riesgo de caídas
Uso Correcto de los mecanismos de Seguridad	Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable animar al paciente a utilizar un bastón o un andador, si procede	Se proporcionaron los dispositivos adecuados	Hubo buena respuesta por parte de la persona se utilizaron los equipos de forma adecuada
Uso Correcto de la iluminación Ambiental	Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. Disponer luz nocturna en la mesilla de noche	Mantener una iluminación adecuada	Se mantuvo buena iluminación adecuada y la persona no presentó problemas.

Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.	Es importante informar al familiar para que sepa cómo actuar	Se informa a familiares y se da datos de alarma.	El familiar estuvo pendiente y enfermería lo mantuvo vigilado
--	--	--	---

2. PLAN DE ALTA

1. Debe descansar tan a menudo como lo necesite en las primeras semanas después de la cirugía. Pero también debe tener períodos cortos y regulares de movimiento para aumentar su fuerza. Mientras descansa, continúe haciendo algunos de los ejercicios y técnicas respiratorias.
2. Gradualmente vuelva a su rutina normal. Usted no debe realizar ninguna actividad extenuante, alzar objetos (más de 5 libras o más de 2 kilogramos) ni manejar durante 3 a 6 semanas.

3. Trate de realizar caminatas cortas y regulares. Vaya aumentando hasta hacer paseos más largos para fortalecerse. Puede volver a trabajar cuando esté mejor y pueda tolerar la mayoría de las actividades.
4. Tome bastante agua para ayudar a eliminar los líquidos a través de la vejiga (8 a 10 vasos al día). Evite el café, las bebidas gaseosas y el alcohol. Estos pueden irritarle la vejiga y la uretra.
5. Consuma una alimentación saludable con bastante fibra. Puede usar un ablandador de heces o un suplemento de fibra para ayudar a prevenir el estreñimiento, lo que puede demorar el proceso de cicatrización.
6. Durante las primeras semanas después de la cirugía, tome solo los medicamentos que su médica le indicó.
7. Evite la actividad sexual durante 3 a 4 semanas. Muchos hombres informan que tienen una cantidad menor de semen durante el orgasmo después de someterse a la RTUP.
8. Coma su dieta habitual, que sea variada y rica en fibras (verduras y frutas) para evitar el estreñimiento.
9. No se alarme si ve sangre en la orina durante las dos semanas siguientes a la intervención. Si la observa, aumente la ingesta de líquidos y disminuya el nivel de actividad, cederá espontáneamente. Si el sangrado es muy intenso y con coágulos, notifíquelo al médico.
10. Si el chorro de orina se reduce mucho, o no puede orinar, notifíquelo a su médico. No se preocupe si pierde cierto control sobre la micción, si nota dolor o tiene necesidad de orinar con frecuencia; estos síntomas desaparecerán con el tiempo. Para reforzar los músculos perineales y así mejorar la micción (la forma de orinar) haga este ejercicio: apriete las nalgas una contra otra, mantenga esta posición unos segundos y luego relájese. Repítalo 10 veces sucesivas varias veces al día.
11. No haga esfuerzos al hacer de vientre. Si tiene estreñimiento, tome una dieta rica en fibra; y si no es suficiente, consulte con su médico.
12. Consulte con su médico si su temperatura es superior a 38°C y/o si observa pus en la orina.

13. Procure evitar hábitos tóxicos
14. Le darán una cita al alta para revisión en la consulta y en otras pruebas si así lo requiere.
15. Proporcionar alta de enfermería si procede.
16. Proporcionar hoja de los cuidados a domicilio de sonda vesical si procede ²⁰
17. Verificar que se le haya entregado el alta médica y cita en la consulta de Urología
18. Entregar encuesta de satisfacción, y recordarle que puede entregarla cuando la haya realizado en la planta, en atención al usuario, o en la consulta de urología
19. Verificar que lea todos los documentos y responder a las dudas planteadas.
20. Facilitar traslado al domicilio si procede.

Cuidados a domicilio para usuarios portadores de sonda vesical

1. Lávese las manos siempre antes y después de manipular la sonda vesical.
2. Lave la zona que rodea a la sonda (el pene bajando el prepucio), con agua y jabón, una o dos veces al día. Esto ayudará a prevenir la irritación e infección.
3. Evite tirar fuertemente de la sonda.
4. Mantenga un buen drenaje de la orina controlando con frecuencia que el tubo no presenta acodaduras ni pliegues.
5. Mantenga siempre la bolsa más baja que la sonda. Recuerde que la orina no irá hacia arriba contra la fuerza de la gravedad.
6. Cada vez que tenga que cambiar la bolsa de orina, hágalo rápidamente y teniendo cuidado de que los extremos de la bolsa y de la sonda no toquen nada de lo que haya alrededor.

7. Todas las personas que llevan una sonda vesical corren el riesgo de presentar infecciones urinarias. Consulte con su médico si observa alguno de estos síntomas: dolor en la región inferior de la espalda o vientre; orina turbia; orina con sangre; escalofríos o fiebre; material arenoso (sedimento) en la orina.
8. Consulte, igualmente con su médico, si hay gran fuga de orina entre la sonda y el pene, o si no sale orina por la sonda.
9. En algunos casos podrá utilizar bolsas de orina más pequeñas, que van sujetas a su pierna y no se notan, con las que podrá realizar cualquier actividad. Consulte con su enfermera.
10. En otros casos, ni siquiera necesitará llevar una bolsa de orina, bastará con un tapón que cerrará la sonda y mantendrá la orina en la vejiga hasta que usted sienta ganas de orinar. En este momento quitará el tapón y la orina fluirá al exterior. Pregunte a su enfermera.
11. En ambos casos es conveniente utilizar bolsas de orina grandes durante la noche.
12. Coma su dieta habitual, que sea variada.
13. Beba abundantes líquidos (2-3 litros/día), preferentemente agua (entre 8 y 10 vasos como mínimo), a no ser que haya alguna contraindicación médica para ello.
14. Al alta se le dará cita para revisión y fecha aproximada de cambio de sonda vesical. Notifíquesele a su médico y enfermera de su centro (Aldrej Rey D. 2005).

Datos de alarma:

- Dolor en el abdomen que no se alivia con analgésicos
- No puede respirar
- Tos que no desaparece
- No puede beber ni comer

- Su temperatura está por encima de (38°C)
- La orina tiene un drenaje lechoso o espeso y de color amarillo o verde
- Tiene signos de infección (sensación de ardor al orinar, fiebre o escalofríos)
- El chorro de orina no es tan fuerte o usted no puede orinar en absoluto
- Tiene dolor, enrojecimiento o hinchazón en las piernas

Medicamentos

- **Bloqueadores Alfa 1:**
- Tamsulosina 0.4 mg una Tableta vía oral cada 24 horas por 21 días
- **Antibióticos:**
- Ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 2 semanas
- **Analgésicos:**
- Diclofenaco 100 mg vía oral cada 12 horas por 5 días y posteriormente en caso de dolor.

Medicamentos que el paciente toma regularmente:

Diabetes

- Metformina 850mg cada 24Hrs.
- Insulina lis pro 20ul en la mañana y 10ul en la noche

Hipertensión Arterial Sistémica

- Candesartan/hidroclorotiazida 1 TABLETA CADA 24Hrs

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- Budesona 2 inhalaciones cada 12 horas
- Formoterol 1 inhalación cada 12 horas

Trastorno depresivo

- Sertralina Una tableta vía oral cada 24 Hrs

Dislipidemia

- Bezafibrato o Atorvastatina Una tableta vía oral cada 24Hrs.

Manejo de la dieta

Alimentos que tiene que evitar

Carnes rojas

- Alimentos altamente refinados
- Alimentos salados todos.
- El alcohol, especialmente cerveza y licor, al El café, Los refrescos y el té negro
- Evitar visitas a restaurantes ya que pueden tener un gran impacto en la salud de la próstata.
- Cacao

Alimentos que debe consumir

Consumir pescado especialmente los ricos en ácidos grasos omega-3, como el atún, el salmón.

Frutas y verduras frescas, particularmente comerlas crudas o al vapor, por ser excelentes fuentes de fibra, vitaminas y minerales, además de los granos enteros y legumbres. La riqueza en antioxidantes naturales de las verduras favorece la eliminación de las toxinas y los radicales libres, siendo las más recomendadas; el brócoli, zanahorias, pimientos rojos, el tomate, todos ricos en beta-caroteno y los tomates

- Frutos secos (almendras nueces semillas etc.)
- Semilla de chía y lino
- Aguacate
- Aceites vegetales (oliva o sustitutos)
- Consumo de alfalfa
- Alimentos ricos en cinc (prevención y tratamiento de la hiperplasia prostática benigna)

Programa de Ejercicios en casa (Ejercicios de Kegel):

- Asegúrate de tener la vejiga vacía antes de realizar los ejercicios puedes experimentar un poco de dolor y algunas fugas.
- Nos sentamos en el borde de la cama o silla con la espalda recta, separamos las piernas y colocamos las manos sobre las rodillas. Inclina el tronco hacia adelante sin arquear la espalda contraemos el suelo pélvico fuertemente sin llegar a sentir dolor seguimos manteniendo la contracción 10 segundos más relajamos el suelo pélvico recuperamos la posición inicial.
- Repetimos el ejercicio 5 veces.
- Aprieta los músculos del piso pélvico durante 5 segundos
- Relaja los músculos durante 10 segundos
- Haz ejercicios de Kegel hacia adentro imagina que los músculos del piso pélvico son una aspiradora. Tensiona tus glúteos y lleva tus piernas hacia arriba y adentro mantén esta posición durante 5 segundos y luego descansa. Haz 10 repeticiones seguidas.
- Es importante no contraer durante el ejercicio los músculos del abdomen, de los glúteos ni de las caderas para la correcta ejecución.

CONCLUSION.

Con el desarrollo de este PAE se lo logro alcanzar cada uno de los objetivos planteados en cada diagnóstico de manera oportuna y suficiente, cabe mencionar que su aplicación se logró atender las necesidades alteradas del Sr. CMS partir de la valoración de sus patrones funcionales y con intervenciones específicas e individualizadas; contribuyendo en lo posible integrar a la persona al ambiente cotidiano, a pesar de cursar con una

enfermedad crónica como lo es la hiperplasia prostática la cual es un problema de salud pública, que compromete de manera importante vida o bien su calidad de vida.

Así mismo la el desarrollo y aplicación de este PAE constituyó un herramienta metodológica para cuidar al Sr. CMS, lo cual garantizo un cuidado de profesional y de calidad.

Es claro que el uso del PAE confiere seguridad, e identidad entre el gremio profesional de enfermería, además de que su aplicación es un recurso importante para el crecimiento profesional de las enfermeras (os).

BIBLIOGRAFIA

1. Adriana Reyes. (2016). Enfermedades Crónico Degenerativas. Sitio web: <https://sites.google.com/site/cronicodegenerativas>
2. Aldrey Rey D. (2005). Cuidado de Enfermeria en pacientes con circuito de Lavado Vesical. AE : ATS Urologica.
3. Bazzoti KDV Kirchner. (Mar-Junio). Contexto Enfermería. Ser Cuidada Por Profesionales Enfermería, 147, 54.
4. Colliere F M. (1993). Promover La Vida. España: Mc Graw Hill.
5. Dunlof MJ. (1994). Fenomenología Interpretativa. E.U.A: SAGE

6. Daniela Guzmán. (2011). Hipertensión Arterial. De Monografías Sitio web: <http://www.monografias.com/trabajos19/hipertension-arterial>
7. Hammarsten J, Hogstedt B. (2002). La hiperinsulinemia como factor de riesgo de la hiperplasia benigna de prostática. ed: esp
8. **Kérouc S et al.**, (1996).El pensamiento enfermero. Barcelona España
9. Lluvia García. (2016). Antecedentes Históricos del PAE. 2016, de Congreso web: www.congresohistoriaenfermeria
10. Marriner A, Raile Modelos y teorías en enfermería. España Mosby; 2007
11. Masson. Colliere F M. (1996). Promover La Vida. España: Mc Graw Hill
12. Manuel Castillo . (2012). Patrones Funcionales de docvadis Sitio web: <http://www.docvadis.es/aulasalud/>
13. Melissa Bolivar. (2017). Enfermedades Cardiovasculares. 2017, de Prezi Sitio web: <https://prezi.com/enfermedadescardiovasculares>
14. Meyrier A, Fekete T.. (julio 2006). Prostatitis síndrome. Fecha de consulta (julio 2006)., de Prostatitis Sitio web: www.fisterra.com/guías2/PDF/PDF/
15. Potter PA. (1996). Fundamentos de Enfermería. 3ed: Mosby
16. Reyes Gómez Eva. (2009). Fundamentos de Enfermería ciencia Metodología y Tecnología. México D.F: Manual Moderno
17. Solar Gutiérrez C. del, Iglesias Ruso R, Agudo Domínguez F.J. «. (2003). Informe de continuidad de cuidados en el paciente operado de RTU vejiga-próstata». esp: Enfuro.
18. Torrubia FJ. Cruz N. Pascual JL. (1999). Hiperplasia benigna de próstata y medicina basada en la evidencia. Revista Clínica Española , 19-23.
19. Vidalon Fernández. (2006). Hipertensión Arterial Introducción General de scielo.org sitio Web <http://www.scielo.org>
20. Waldof VR. (1999). Cuidado Humano. Porto Alegre: Sagra Luzzato