

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES DE PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL
DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA. AREQUIPA, 2019.**

Tesis presentada por la Licenciada:
Sotelo Arana, Ana Lucía.

Para optar el Título de Segunda
Especialidad en:
Centro Quirúrgico.

Asesora:
Dra. Núñez Chávez, Josefina Sonia

Arequipa - Perú

2021

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A: Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De: Lic. Vilma Villena de Tamayo
Mgter. Carla Cuya Zevallos
Lic. Luisa Begazo Núñez
Miembros de Jurado Dictaminador

Tesis: CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES DE PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL
DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDEZA. AREQUIPA,
2019

Autor: Lic. Ana Lucia Sotelo Arana

Fecha: 21 de Enero del 2020

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador y subsanadas las observaciones, se decide dar pase a la fase de sustentación.


Atentamente,



Lic. Vilma Villena de Tamayo
Jurado Dictaminador



Mgter. Carla Cuya Zevallos
Jurado Dictaminador



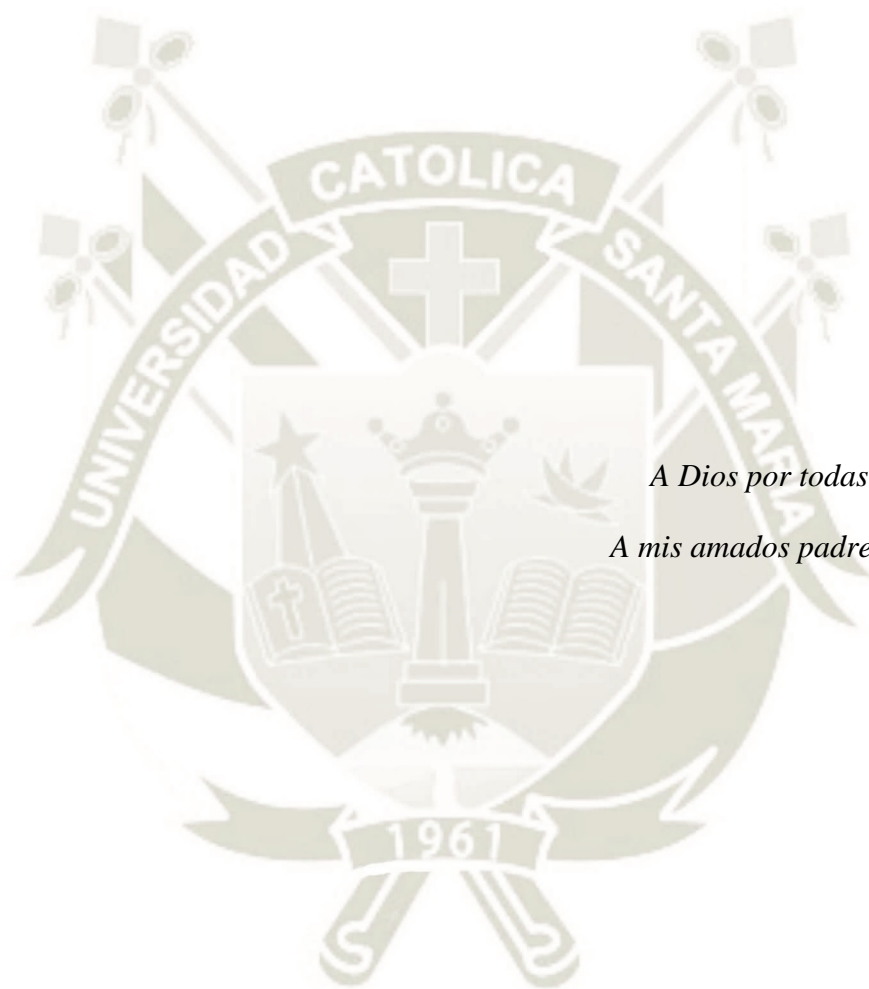
Lic. Luisa Begazo Núñez
Jurado Dictaminador

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A la Clínica Paz Holandesa y a todas las personas que aportaron en la elaboración de la presente investigación

A la Universidad Católica de Santa María y a la Facultad de Enfermería por la formación recibida y el apoyo constante que siempre nos brindan.

A mis maestras del programa de la segunda especialidad en Centro Quirúrgico por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi preparación como enfermera especialista y sin duda también a mis maestras de pregrado porque sé que siempre puedo contar con su apoyo.



A Dios por todas sus bendiciones.

A mis amados padres Héctor y Pilar.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO1

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN1

1.1. Enunciado del Problema 1

1.2. Descripción del Problema 1

1.3. Justificación del problema 4

2. MARCO TEÓRICO6

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....33

4. OBJETIVOS.....36

5. HIPÓTESIS.....36

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL37

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN37

1.1. Técnica.37

1.2. Instrumento.37

1.3. Materiales de verificación37

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN37

2.1. Ubicación espacial37

2.2. Ubicación temporal38

2.3. Unidades de estudio:38

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS38

CAPÍTULO III: RESULTADOS.....40

CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS	59
ANEXOS	62
Anexo 1: Consentimiento Informado	63
Anexo 2: Cédula de Preguntas.....	64
Anexo 3: Guía de Observación Documental	67



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA SEGÚN EDAD. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	40
TABLA N° 2: ANTECEDENTES PREOPERATORIOS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	41
TABLA N° 3: DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	42
TABLA N° 4: CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	43
TABLA N° 5: ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	45
TABLA N° 6: CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE TRANSOPERATORIA POR LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA II. CENTRO QUIRÚRGICO. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	46
TABLA N° 7: CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE TRANSOPERATORIA POR LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA I. CENTRO QUIRÚRGICO. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	48
TABLA N° 8: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA FASE TRANSOPERATORIA. CENTRO QUIRÚRGICO. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	49
TABLA N°9: CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE POSOPERATORIA INMEDIATA. HOSPITALIZACIÓN. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	50

TABLA N° 10: CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE POSOPERATORIA MEDIATA. HOSPITALIZACIÓN. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	51
TABLA N° 11: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA FASE POSOPERATORIA. HOSPITALIZACIÓN. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	52
TABLA N° 12: TIPO DE COMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	53
TABLA N° 13: RELACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	54
TABLA N° 14: RELACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	55
TABLA N° 15: RELACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.....	56

RESUMEN

“Cuidado de enfermería en la prevención de complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata. Clínica Paz Holandesa, Arequipa 2019”.

El presente estudio tiene como objetivos: identificar cómo es el cuidado transoperatorio y posoperatorio de pacientes intervenidos de Resección Transuretral de Próstata (RTU-P), precisar las complicaciones que presentan y determinar la relación del cuidado en la prevención de complicaciones.

Se utilizó como metodología para la primera variable la técnica de la encuesta y para la segunda la observación documental.

Se encontró que el mayor porcentaje de pacientes intervenidos tuvieron edades de 60 a 69 años, se realizó la cirugía por hipertrofia de próstata obstructiva principalmente, a través de RTU-P en 62.7% y por vaporessección con Turys Plasma 29.3%, siendo más empleada la energía monopolar (70.7%), la duración promedio de las cirugías fue de 51.6 ± 26 minutos (rango: 15-140 min). Tanto en el transoperatorio como en el posoperatorio se realiza un cumplimiento de los cuidados aceptable, siendo el aspecto que requiere reforzamiento el registro con SOAPIE. Se presentaron complicaciones en 5.3% de casos (hematuria postoperatoria en 4% y estenosis uretral en 1.3%). Los cuidados se cumplen de manera aceptable previniendo la presencia de complicaciones.

Se concluye, los cuidados son adecuados, se acompañan de una baja tasa de complicaciones y que el adecuado cuidado al análisis descriptivo tiene relación con la prevención de complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente a RTU – P en la clínica Paz Holandesa sin embargo al análisis estadístico no se encuentra relación.

PALABRAS CLAVE: cuidado de enfermería – transoperatorio – posoperatorio – resección transuretral de Próstata.

ABSTRACT

“Nursing care in the prevention of complications of surgically operated patients with transurethral resection of the Prostate. Clínica Paz Holandesa, Arequipa 2019”.

The present study has as objectives: to identify the transoperative and postoperative care of the patients undergoing Transurethral Resection of the Prostate (RTU-P), to specify the complications that arise and determine the influence of the care in the prevention of complications.

The survey technique was used as the methodology for the first variable and the documentary observation for the second.

It was found that the highest percentage of patients operated were aged 60 to 69 years, surgery was performed mainly due to obstructive prostate hypertrophy, through RTU-P in 62.7% and by vaporessection with Turys Plasma 29.3%, with monopolar energy being used (70.7%), the average duration of surgery was 51.6 ± 26 minutes (range: 15-140 min). In the transoperative as well as in the postoperative period, compliance with acceptable care is carried out, being the aspect that requires strengthening the registration with SOAPIE. Complications occurred in 5.3% of cases (postoperative hematuria in 4% and urethral stenosis in 1.3%). The care is met in an acceptable manner preventing the presence of complications.

It is concluded that the care is adequate, it is accompanied by a low rate of complications and that the adequate to the descriptive analysis is related to the prevention of complications of patients surgically operated on RTU - P at the Paz Holandesa clinic however the statistical analysis does not relationship is found.

KEY WORDS: nursing care – transoperatorio – postoperative – transurethral resection of the prostate.

INTRODUCCIÓN

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) es un problema frecuente entre los hombres, y aunque la primera elección de tratamiento es la farmacológica, la cirugía es considerada el único tipo de tratamiento curativo de la enfermedad.

La Resección Transuretral de Próstata (RTU-P) es una cirugía de abordaje endoscópico y representa entre el 75% y el 90% de las técnicas quirúrgicas empleadas en la patología nombrada anteriormente (1).

En nuestro medio el 60% de peruanos mayores de 50 años padece de algún tipo de enfermedad prostática. La enfermedad más común es la HBP (2).

Los pacientes con HBP que frecuentemente presentan sintomatología y no responden favorablemente a la farmacoterapia se someten a una RTU - P y aunque es una técnica con muy buenos resultados se pueden presentar complicaciones transoperatorias y posoperatorias como son: la hemorragia, la más frecuente, la perforación vesical en un 1%, la bacteriemia o septicemia entre un 6-7%, el síndrome de reabsorción en un 2%, entre otras de menor porcentaje (1).

Los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante en el cuidado perioperatorio tanto por la condición del paciente, el tratamiento y las complicaciones que puedan presentarse, dada la dificultad en la detección de algunas complicaciones debemos saber que según la severidad de los síntomas se puede ver comprometida seriamente la vida del paciente.

En la clínica Paz Holandesa se llevan a cabo cirugías de distintas especialidades pero con mayor frecuencia se presentan intervenciones quirúrgicas urológicas, esta clínica mantiene un convenio con el centro urológico Urosur con gran demanda de pacientes en Arequipa.

La situación señalada anteriormente motivó la realización del presente estudio cuyo informe final está organizado en tres capítulos; el primero de ellos hace referencia al Planteamiento Teórico, el segundo al Planteamiento Operacional y finalmente el tercero a los Resultados, Conclusiones y Recomendaciones. Seguido por los anexos que contienen los instrumentos utilizados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

Cuidado de enfermería en la prevención de complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata. Clínica Paz Holandesa. Arequipa 2019.

1.2. Descripción del Problema

a) Campo, Área y Línea de Acción

- Campo: Ciencias de la salud
- Área: Enfermería en Centro Quirúrgico
- Línea: Resección Transuretral de Próstata

b) Nivel del problema

Descriptivo Relacional

c) Tipo de Investigación

El presente estudio es una investigación de campo.

d) Variables

El estudio tiene dos variables:

- **Variable Independiente:** Cuidado de enfermería

- **Variable Dependiente:** Complicaciones de la resección transuretral de Próstata.

❖ **Operacionalización de Variables:**

Variables	Indicadores	Sub indicadores
	<p>Características del paciente y la cirugía que influyen en el cuidado</p> <p>Del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Antecedentes de Int. Qx. 3. Alergia a medicamentos 4. Comorbilidades <p>De la cirugía:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Dx. Preoperatorio 6. Operación 7. Tipo de energía utilizada 8. Tiempo Quirúrgico 9. Estancia Hospitalaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Años 2.1. Si 2.2. No 3.1. Si 3.2. No 4.1. Ninguna 4.2. Hipertensión 4.3. Diabetes 4.4. Gastritis 4.5 Arritmias 4.6. Otras 5.1. HBP 6.1. RTU - P 6.2. Vapore sección de Próstata con Turys Plasma. 7.1. Monopolar 7.2. Bipolar 8.1. Minutos 9.1. Días

<p>Independiente Cuidado de Enfermería</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase Transoperatoria <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Ambiente quirúrgico 1.2. Aparataje quirúrgico 1.3. Torre endoscópica 1.4. Recepción, identificación y valorización del paciente 1.5. Cuidados integrales 1.6. Soporte psico espiritual 1.7. Registro de enfermería 2. Fase Postoperatoria <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Monitoreo integrado 2.2. Control de cistoclistis 2.3. Cumplimiento plan terapéutico 2.4. Soporte psicoespiritual 2.5. Registro de enfermería 	<p>37 a 56 = Adecuado 18 a 36 = Aceptable 00 a 17 = Incorrecto</p> <p>15 a 22 = Adecuado 08 a 14 = Aceptable 00 a 07 = Incorrecto</p>
<p>Dependiente Complicaciones de la resección transuretral de Próstata.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de complicación 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Perforación 1.2. Obstrucción de sonda vesical 1.3. Hemorragias 1.4. Bacteriemia 1.5. Síndrome Pos RTU 1.6. Priapismo 1.7. Eyaculación retrograda 1.8. Otros

e) Interrogantes básicas

1. ¿Cómo es el cuidado de enfermería transoperatorio y posoperatorio en la atención de salud de pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata en la Clínica Paz Holandesa?
2. ¿Cuáles son las complicaciones que presentan los pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata en la Clínica Paz Holandesa?
3. ¿Cuál es la relación del cuidado de enfermería en la prevención de complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral Próstata en la Clínica Paz Holandesa?

1.3. Justificación del problema

De acuerdo a un estudio realizado por la Asociación Norteamericana de Urología (AUA) la Resección Transuretral de Próstata (RTU – P) parece ser mejor opción de tratamiento para los pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) comparada con la terapia médica, ésta enfermedad es extremadamente común y aumenta con la edad, según la AUA la HBP ocurre en el 50% de los hombres de 60 años de edad y 90% de los hombres de 85 años de edad (3).

La presente investigación tiene como fin identificar como es el cuidado de enfermería en la prevención de complicaciones en pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata. Tiene relevancia científica puesto que además de las complicaciones más habituales como son la hemorragia, obstrucción de la sonda vesical y espasmos, entre otros, existen otras complicaciones de mayor gravedad que de presentarse pueden comprometer la vida del paciente, llevándolo incluso a la muerte, como es el caso del síndrome de reabsorción post- RTU que implica una serie de signos y síntomas que la enfermera debe reconocer y prevenir, pues su detección es difícil.

Reúne también criterios de relevancia social contemporánea pues la tendencia en los últimos tiempos es la cirugía mínimamente invasiva, en donde se utiliza vías naturales o

mínimos abordajes para introducir herramientas y actuar en distintos territorios de la anatomía humana. En Urología, la cirugía endoscópica baja constituye la tercera parte de toda la cirugía urológica, mediante la cual se tratan diferentes patologías.

Es una investigación factible de realizar pues a nivel local se llevan a cabo este tipo de cirugías tanto en el sector público como privado, como es el caso de la clínica Paz Holandesa donde los médicos especialistas en urología cuentan con todos los equipos que son necesarios en la RTU – P lo que permitirá obtener la información necesaria para el estudio.

En cuanto al criterio de originalidad, al presente estudio se le considera original en virtud a que los estudios existentes en cuanto a enfermería no abordan los cuidados intraoperatorios.

La situación que ha permitido desarrollar esta investigación es poder optar el título de especialista en Centro Quirúrgico.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, se justifica la realización del presente estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Anatomía de la próstata

La próstata es una glándula única situada en la cavidad pélvica del hombre, debajo de la vejiga urinaria y rodea la uretra prostática, con forma de rosquilla. Mide unos 4 cm de lado a lado, aproximadamente de 3cm de arriba hacia abajo y alrededor de 2 cm de delante hacia atrás. Crece lentamente desde el nacimiento hasta la pubertad, luego se expande rápidamente hasta los 30 años; a partir de esa edad comúnmente permanece estable hasta los 45 años, y después puede agrandarse más. Esta glándula está cubierta por una fina envoltura conocida como capsula prostática que define su límite (4).

El modelo anatómico que se acepta actualmente, tiene cuatro zonas: zona anterior de naturaleza fibromuscular, es una lámina gruesa de tejido conectivo y muscular compacto que cubre toda la superficie anterior de la próstata, ocupa casi un tercio del volumen total de la próstata, no contiene glándulas y no participa en ninguna patología de la próstata. Zona periférica, es la región anatómica más grande de la próstata glandular, contiene el 75% de dicho tejido y la mayoría de todos los carcinomas de próstata se originan en esta zona. Zona central la más pequeña representa el 20-25% de su masa, resulta afectada por un 10% de los adenocarcinomas. Zona transicional y periuretral tiene origen mesodérmico, formada por un grupo pequeño de conductos íntimamente relacionados con la uretra proximal. Estos conductos representan el 5% de la masa prostática glandular (5 - 30).

2.2. Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP)

La HBP es la enfermedad urológica más frecuente en el varón, es el tumor benigno más frecuente en el varón mayor de 50 años y la segunda causa de intervención quirúrgica. La prevalencia de la HBP comienza a mediana edad y va en aumento progresivamente con el envejecimiento. La falta de una definición clínica estandarizada de la HBP dificulta la realización de estudios epidemiológicos que puedan valorar adecuadamente su prevalencia (30).

2.2.1. Etiología

La HBP es multifactorial. Actualmente, no existe ninguna evidencia científica que acepte como factores de riesgo la vasectomía, el tabaquismo, la obesidad o la elevada ingesta de alcohol. Los únicos factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la HBP son el estado hormonal del paciente y la edad. La glándula prostática es una estructura dependiente del andrógeno, que requiere el estímulo de la testosterona para su desarrollo y función. La enzima 5-alfa-reductasa transforma la testosterona dentro de la célula prostática en la dihidrotestosterona (DHT), metabolito activo mediador del crecimiento prostático. El tratamiento con inhibidores de la 5-alfa-reductasa logran reducir los niveles de DHT de la próstata y el volumen prostático (5).

Este aumento del volumen prostático es causado por hiperplasia celular y apoptosis reducida. La acción paracrina y autocrina de los factores de crecimiento, que esta modulada por hormonas sexuales, también está involucrada en el desarrollo de HBP. Además han sido identificados algunos sistemas de señalización intraprostaticos importantes en la regulación de la proliferación celular y la producción de la matriz extracelular en el estroma prostático (5).

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 (5).

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 observa mayor agrandamiento de la glándula prostática, no solo en la zona de transición si no que existe un crecimiento significativo en toda la glándula (4 - 30).

2.2.2. Manifestaciones clínicas

Se debe valorar el tiempo de evolución, los síntomas y la gravedad. Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) pueden alterar significativamente la calidad de vida del paciente; su correcta identificación constituye un aspecto determinante en la elección individualizada de las medidas terapéuticas más indicadas en cada caso. Los STUI se clasifican en obstructivos e irritativos. Los síntomas irritativos interfieren más en las actividades de la vida diaria y en la calidad de vida (30 - 6).

Los síntomas obstructivos son los que ocurren en la fase de vaciamiento e incluyen: micción urinaria débil, dificultad para iniciar la micción, micción intermitente, esfuerzo abdominal, evacuación vesical incompleta y goteo post-miccional (30 - 6).

Los síntomas irritativos ocurren en la fase de llenado de la vejiga e incluyen: polaquiuria, urgencia miccional, incontinencia por urgencia miccional, nicturia y disuria. En la HBP son más frecuentes los síntomas irritativos (principalmente nicturia) que los síntomas obstructivos (30 - 6).

2.2.3. Diagnóstico de la HBP

Se debe realizar una historia clínica detallada para cuantificar la intensidad de los síntomas, existen muchas escalas aprobadas internacionalmente, siendo la más utilizada la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS). Esta escala divide los síntomas, según la puntuación que se obtiene en: leves, moderados o severos (6).

La exploración física es fundamental en la evaluación de la HBP, debe realizarse siempre el tacto rectal, que dará una idea aproximada del tamaño, consistencia y morfología prostática, siendo esencial para el diagnóstico diferencial con el carcinoma de próstata (6).

También es necesaria la realización de una analítica básica, donde podamos valorar la función renal con la cifra de creatinina sérica, así como el Antígeno Prostático Específico (PSA), el cual es el marcador actual más específico y sensible de enfermedad prostática, siendo fundamental en los pacientes con hallazgos sugestivos de carcinoma prostático en la exploración. Se recomienda su determinación en todos los pacientes con una expectativa de vida superior a 10 años y en los que el diagnóstico de cáncer de próstata pueda influir en el tratamiento definitivo. Asimismo, es interesante realizar un análisis de orina básico para descartar infección urinaria o micro hematuria que pueda hacer sospechar patología asociada (neoplasia vesical) (7 - 30).

Actualmente, se considera la flujometría como parte del estudio inicial, pudiendo determinar datos sobre una micción anormal (7 - 30).

2.2.4. Tratamiento de la HBP

El tratamiento actual de la HBP se divide en espera vigilante, tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico (30).

a) Espera Vigilante:

La espera vigilante se puede realizar en pacientes con síntomas leves/moderados, con poca afectación de la calidad de vida. Este “tratamiento” debe consensuarse con el paciente e individualizarse la relación riesgo/beneficio. Están recomendadas los cambios del estilo de vida y el seguimiento periódico (30, 6).

b) Tratamiento Farmacológico:

El tratamiento farmacológico se inicia cuando el paciente comienza a tener efecto en su calidad de vida. Los fármacos más utilizados son los alfa-bloqueantes, que relajan la musculatura lisa de la vejiga y la uretra. Inducen un bloqueo selectivo de los receptores 1-AR, responsables del tono del músculo liso prostático, aumentando el flujo urinario al reducir la resistencia del cuello vesical y uretra prostática. La mejoría en la sintomatología y flujometría, se establece de forma precoz y progresiva, alcanzando su máximo efecto a los tres meses del inicio del tratamiento y manteniéndose a largo plazo; el efecto cesa si se suspende el tratamiento. Los más utilizados son la terazosina, la doxazosina, la alfuzosina, la tamsulosina y la silodosina, se presentan como efectos secundarios más frecuentes la hipotensión ortostática, la congestión nasal, y en menor medida la disminución de la libido y la eyaculación retrógrada (6).

Los inhibidores de la 5-alfa-reductasa (finasteride y dutasteride) actúan inhibiendo la transformación de la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), la forma activa citoplasmática, por la 5-alfareductasa. Por lo tanto, bloquean la acción androgénica a nivel de la glándula prostática, disminuyendo el tamaño prostático de manera progresiva y actuando a este nivel sobre los síntomas. De las dos isoformas de DHT isoenzima I y II, el finasteride inhibe el tipo II mientras que el dutasteride inhibe las dos isoformas (hecho de significado clínico incierto). Tras un año de tratamiento con finasteride los niveles de PSA disminuyen en un 50%, a tener en cuenta para el screening del cáncer de próstata. Su principal efecto secundario es la disfunción eréctil 5-9% y disminución de la libido (30, 6).

Se ha demostrado que la terapia combinada de alfa-bloqueante e inhibidor de la 5-alfa-reductasa es más efectiva y duradera para el control de la sintomatología de los pacientes con HBP que la monoterapia. Otros tratamientos como la fitoterapia (extractos de plantas) no han demostrado aún su utilidad en el tratamiento de estos pacientes (30, 6).

c) Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico puede estar indicado inicialmente si el paciente así lo desea, aunque existen unas situaciones de indicación absoluta de cirugía. Las cuales son: retención urinaria refractaria, hematuria severa recurrente, litiasis vesical, insuficiencia renal secundaria a obstrucción por HBP, mala respuesta al tratamiento farmacológico, incontinencia por rebosamiento, ureterohidronefrosis (6).

❖ **Resección Transuretral De Próstata (RTU - P):** Es la más comúnmente empleada, la mejoría clínica y uro dinámica supera el 80% cuando se trata de sintomatología leve/moderada, y mayor del 90% tras el tratamiento en casos severos (15).

❖ **Cirugía abierta:** Es realizada cuando el tamaño prostático es mayor de 60 gr. El paciente intervenido no es totalmente protegido de padecer cáncer de próstata (CP), ya que en HBP se extirpa el adenoma y no la capsula, siendo esta el origen de la mayoría de los carcinomas (15).

Las complicaciones son un poco más frecuentes que en la RTU así como la prolongación de la estancia hospitalaria en ciertos estudios realizados. El desarrollo de una estenosis uretral, o de una esclerosis de la celda prostática, que provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos posteriores (15).

❖ **Green laser:** El láser es una fuente de energía que, a pesar de haber comenzado su uso de forma reciente en el tratamiento de HBP ya está ampliamente instaurada en la práctica cotidiana de los servicios de urología para el tratamiento de patología litiásica. El tratamiento con el nuevo laser verde (Green Light XPS) de alta potencia (180 W) emite una luz verde con una longitud de onda de 532 nm y una potencia de 180 vatios que permite vaporizar el tejido prostático que comprime la uretra. Además fotocoagula los vasos sanguíneos, evitando el sangrado. La ausencia de sangrado es una de las grandes ventajas del láser verde (9).

Este sistema laser fue desarrollado en la Clínica Mayo (Rochester-Minesota-USA) siendo los primeros estudios realizado en perros. En 1998 se presentaron los primeros resultados con hombres. Desde entonces esta técnica se ha ido desarrollando y la experiencia en diferentes estudios demuestra que es un método eficaz y seguro (9 - 30).

2.3. Cirugía Urológica Endoscópica

2.3.1. Generalidades

La cirugía endoscópica probablemente se inició en la Urología. La anatomía del aparato urinario, con orificios naturales, dan un acceso fácil a cavidades distensibles utilizando un medio líquido transparente, lo que originó que desde muy temprano en la historia de la Medicina se desarrollaran aparatos destinados a solucionar la reiterada litiasis vesical. Por otra parte, la blenorragia, la estrechez uretral, requerían ser combatidas, y fue como se crearon los antiguos dilatadores uretrales, precursores de los aparatos de cirugía endoscópica (29).

El lento progreso de este tipo de cirugía se hizo en la medida en que se desarrollaba la tecnología necesaria. En 1932 McCarthy introdujo el resectoscopio con visión directa y la resección transuretral de la próstata (RTU - P) se comenzó a extender. La mejora esencial de los medios ópticos y la generación y aplicación de la corriente eléctrica indispensables para la resección transuretral, permitieron que los centros hospitalarios que contaban con medios económicos hicieran de esta intervención la regla para la solución de los problemas prostáticos obstructivos, desde los años setenta a los noventa (29).

Después, la miniaturización de los sistemas ópticos y de los elementos de manipulación endoscópica junto a la aparición de sistemas que generan energía capaces de romper cálculos, como ultrasonido, han hecho factible la creación del ureteroscopio, que permite penetrar en el lumen ureteral y avanzar hasta el riñón, alcanzando todas las cavidades renales. Este instrumento, cuyo uso primordial ha sido en el tratamiento de la litiasis urinaria, ha sido utilizado por poco tiempo en los países desarrollados por la aparición de las máquinas de litotricia extracorpórea (LEC) que desplazaron absolutamente a la cirugía, por muy mínimamente invasiva que ésta fuera (29).

2.3.2. Cirugía Urológica Endoscópica: tipos

La Cirugía Urológica Endoscópica se refiere al uso de medios quirúrgicos a través de los orificios naturales de la vía urinaria, y se puede clasificar según los sectores anatómicos: **cirugía endoscópica baja**, que abarca uretra, vejiga y próstata, y **cirugía endoscópica alta**, que abarca los procedimientos sobre el uréter y el riñón (11 - 29).

A. Cirugía Urológica Endoscópica Baja

a) Uretral

La condición patológica más frecuente es la estrechez uretral, generalmente secundaria a uretritis blenorragica. Su tratamiento durante varios años fue la dilatación con diferentes elementos (Beniqués, sondas), que fueron los iniciadores de los instrumentos endoscópicos. Seguidamente se inició la cirugía abierta con diferentes técnicas, sin que ninguna de ellas garantizara la falta de recurrencia. El principio del uretrótomo, instrumento que corta la estenosis uretral, es antiguo. El gran avance fue agregarle la visión directa que proporciona un endoscopio, de forma que el médico especialista pueda ver la estenosis de la uretra y cortar con un pequeño cuchillo bajo control visual (29).

b) Prostática

Las lesiones prostáticas son el mayor objeto de la cirugía endoscópica. En la actualidad se encuentran en plena discusión los procedimientos quirúrgicos a usar en el tratamiento de la hiperplasia prostática.

La resección transuretral de próstata (RTU – P) ha sido la técnica de elección a causa de la alta morbilidad, del prolongado tiempo de uso de sonda vesical y de hospitalización de los pacientes con cirugía abierta. En este tipo de cirugía endoscópica, la próstata se extrae con un **resectoscopio**, un aparato que se introduce a través de la uretra y permite bajo visión directa la resección de la glándula en pequeños fragmentos (29).

Sus ventajas más notables son que no se abre ni la vejiga ni la cápsula prostática, no hay incisión cutánea y por ello casi no hay dolor postoperatorio, salvo el derivado del uso de una sonda vesical por tres a cinco días. Su efectividad en desobstruir a los pacientes es del 90% aproximadamente. Otros inconvenientes posibles son el síndrome de RTU, el cual consiste en hipoosmolaridad plasmática y tisular derivado de la absorción importante de agua o líquido hipotónico de la irrigación que se usa durante la RTU; las hemorragias intra y postoperatorias, y lesiones del esfínter, que son poco frecuentes pero de gran trascendencia, ya que se traducen en incontinencia urinaria. Los problemas derivados de la RTU en la esfera sexual son la impotencia, de baja incidencia, y la eyaculación retrógrada, de alta frecuencia. Mientras la cirugía endoscópica con láser no se adopte ampliamente, éste es actualmente el método de elección para el paciente que puede ser operado y cuya hiperplasia sea inferior a 70-80g (29).

c) Vesical

Las enfermedades más frecuentes son el cáncer vesical y los cálculos. La resección transuretral sigue siendo el método de elección en el tratamiento de los tumores malignos superficiales. En el caso de la litiasis, la extracción endoscópica o la litotricia endoscópica han cedido el paso a la litotricia extracorpórea. Sin embargo, ambos métodos son igualmente válidos según la calidad del equipamiento de los centros asistenciales (29).

Los cistoscopios flexibles han sido adoptados como instrumentos de rutina en la endoscopia diagnóstica de muchos Centros. No obstante, su uso no se ha generalizado ya que su empleo necesita de cierta destreza, su calidad de imagen, aunque muy mejorada no es igual a la de un endoscopio rígido, y su sistema de lavado resulta insuficiente en casos de hematurias de cierta intensidad. Por el contrario, sus mayores ventajas están en la comodidad de su empleo (puede realizarse la endoscopia en la cama del paciente) y en la mejor tolerancia por parte del paciente. Su rendimiento es máximo si se dispone también de un láser del Holmium. Las posibilidades de la cistouretroscopia quirúrgica se han potenciado con el uso combinado de la vía percutánea. La introducción de gruesos instrumentos endoquirúrgicos a través de una camisa de Amplatz suprapúbica y su control mediante endoscopia transuretral ha permitido ampliar el abanico de indicaciones de la cirugía endoscópica del tramo urinario inferior (29).

B. Cirugía Urológica Endoscópica Alta o Supra vesical

El ureterorenoscopia es un aparato que cuenta con una fuente de luz con transmisión por fibra óptica y canales que permiten introducir instrumental fino. El ascenso por el uréter supone una dilatación previa del meato ureteral; la seguridad de las manipulaciones intraureterales se obtiene con el uso simultáneo de radiología con intensificadores de imagen. El entrenamiento en estas técnicas no es fácil y requiere de gran experiencia (29).

El uso más frecuente del ureterorenoscopia es la extracción endoscópica de cálculos a diferentes niveles del uréter y menos frecuentemente del riñón que puede ser realizada con pinzas, sondas del tipo Dormia o fragmentando los cálculos con litotricia por ultrasonido u otros métodos, como electrohidráulica (29).

El éxito de este procedimiento es mayor mientras más bajo en el uréter esté el cálculo. Esta técnica entró en desuso con la introducción de la litotricia extracorpórea (29).

Otras aplicaciones de la ureterorenoscopia, como la endopielotomía artroscópica, han cobrado un mayor interés desde que se dispone de ureterorenoscopios semiflexibles o flexibles de reducido calibre. Algunos autores utilizan cuchillete de corte frío, otros un electrodo de 3 Fr y otros láseres de Holmium con resultados satisfactorios (entre el 75 % y 85 % de éxitos). El uso de stents auto expandibles tras haber realizado endoureterotomías o dilataciones con balón de estenosis ureterales benignas y recidivantes está sujeto a mucha polémica. Algunos grupos han publicado éxitos tremendos mientras que han tenido resultados desgraciados. No se dispone aún de datos de seguimientos que superen los 3 años, lo que hace que esta indicación deba tomarse aún con mucha cautela y aplicarse solo a casos muy justificados (29).

La ureteroscopia sigue vigente en la exploración diagnóstica del uréter cuando las técnicas radiológicas no dan resultado, y para obtener muestras de tejido para biopsias (29).

2.4. Resección Transuretral de Próstata (RTU-P)

2.4.1. Concepto

Es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del tejido que, por su crecimiento, obstruye el cuello de la vejiga (12).

2.4.2. Etiología

Por la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), la glándula prostática a menudo se agranda a medida que los hombres envejecen. La próstata más grande ocasiona problemas para orinar. Extirpar parte de la glándula prostática a menudo puede hacer que estos síntomas mejoren (12).

2.4.3. Signos y Síntomas para indicar RTU - P

Pueden incluir:

- Incapacidad para vaciar la vejiga por completo
- Infecciones frecuentes de las vías urinarias
- Sangrado de la próstata
- Mayor necesidad de orinar de noche
- Cálculos en la vejiga

- Micción lenta
- Lesión renal (12).

2.4.4. Instrumento Quirúrgico que se utiliza

Se emplea un Resectoscopio o Resector.

Aparato complejo dotado de una cámara endoscópica, una asa metálica de resección que usa distintas energías (la más empleada es la corriente eléctrica), y un canal de irrigación y drenaje de líquido usado para permitir la visión y transmitir la energía (12).

2.4.5. Técnica quirúrgica de RTU – P

Es la resección vía uretral del tejido adenomatoso de la próstata que obstruye la salida del flujo urinario. Generalmente se resecan solo los lóbulos laterales, aunque también el lóbulo medio. Se suele realizar previamente una cistoscopia para determinar el tamaño de la próstata (si es mayor de 60- 100 gr. se efectuará por vía abierta retro púlica / supra púlica) (12).

A. Técnica Quirúrgica.

La resección utiliza una técnica de corte y el lazo o asa se mueve hacia atrás y hacia adelante eliminando "rebanadas" de tejido hasta que sea visible la cápsula prostática (ésta se identifica como fibras circulares opuestas de una apariencia algo donosa). Los vasos sangrantes se coagulan colocando el lazo o asa sobre el sangrado y presionando el pedal de coagulación (el sonido diferente es fundamental para permitir que el urólogo sepa que pedal ha apretado y el aparato debe calibrarse con cuidado para que emita el tipo correcto de corriente para cortar o para coagular). La resección comienza por el lóbulo medio hacia el *veru montanum*, que nunca ha de researse, y continúa por los lóbulos laterales. Los vasos sanguíneos pueden ser cauterizados en cuanto aparezcan o esperan hasta que el lóbulo sea totalmente reseado. La resección entre el adenoma y la cápsula normalmente da como resultado que la parte final sea exangüe. Se cauterizan los posibles vasos sangrantes, sirviéndose de un evacuador de Ellick para lavar los fragmentos prostáticos y los coágulos de sangre. Se tiene que asegurar la retirada de todos los fragmentos que podrían bloquear la SV (12).

B. Fase Intraoperatoria

La enfermera instrumentista tendrá preparada la mesa quirúrgica donde habrá depositado el instrumental y material fungible, antes de proceder al lavado quirúrgico de manos (12).

Se viste la óptica de 30° con la funda de cámara estéril, se monta el resector introduciendo la vaina en el obturador y se impregna de lubricante, se coloca el asa en la herramienta de trabajo, comprobando que la óptica se deslice dentro sin problemas. A continuación, se conecta en la torre endoscópica con la ayuda de la enfermera circulante, el extremo distal del cable de luz fría así como la óptica a la cámara. A su vez, la enfermera circulante conecta el cable de bisturí, el sistema de irrigación bífido a los sueros de lavado y el sistema de drenaje al desagüe, el urólogo comienza introduciendo el resector completo, retira el obturador y seguidamente inserta la herramienta de trabajo con la óptica, conectando el bisturí eléctrico a la misma. Se lleva el evacuado de Ellick depositando el material que va a ser recogido y etiquetado por la enfermera circulante para ser enviado al servicio de anatomía patológica (12).

La enfermera circulante colaborará con el anesestesiólogo en el cuidado del paciente, vigilando los parámetros de los monitores de tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de O₂ alertando al anesestesiista en caso de que observara complicaciones, así como en la administración de oxigenoterapia y antibioticoterapia (12).

C. Cierre y finalización de la cirugía

Para terminar, se procede a la inserción de sonda vesical de tres vías donde se conecta un sistema de irrigación con suero fisiológico o lavado vesical continuo, con inflado de globo vesical traccionando la sonda. Si se ha evidenciado la presencia de numerosos coágulos o la sonda se obstruye se realiza un lavado manual con suero fisiológico y jeringa de 60 cc de cono ancho, antes de conectar la irrigación continúa. Se conecta a la bolsa de diuresis observando que no quede excesivamente tirante y favoreciendo la gravedad (por debajo del abdomen del paciente) (12).

Se comprueba la existencia de sangrado peri uretral, enrollando alrededor del glande una compresa que favorezca la hemostasia si se evidenciara. A continuación se coloca al paciente en decúbito supino y se procede a la retirada de la monitorización, para trasladar al paciente a su cama. Se valora la necesidad de oxigenoterapia para su traslado a la unidad de cuidados postquirúrgicos. Se completa el registro de enfermería reflejando la sonda vesical (tipo y calibre), los ml de globo vesical y la existencia de lavado vesical continuo, así como el número total de frascos de irrigación intraoperatoria que se han infundido (12).

2.4.6. Complicaciones de RTU – P

Las complicaciones más frecuentes que se presentan en los pacientes sometidos a cirugía urológica endoscópica variarán de acuerdo al tipo de procedimiento (cirugía alta o baja) y según el grado de dificultad y experiencia del operador:

- Hemorragia
- Perforación de uretra, vejiga, próstata o uréter
- Bacteriemia
- Síndrome de Reabsorción post-RTU
- Priapismo
- Eyaculación retrograda (14).

a) Hemorragia

Sangrado tras RTU: La pérdida de sangre durante la RTU de próstata se considera que oscila entre 2.6 y 4.6 ml/minuto de resección. Esta pérdida sanguínea se ve incrementada en relación al tamaño de la próstata y al tiempo de resección y parece ser que no se relaciona con la tensión arterial durante la cirugía. Cierta grado de hemorragia es frecuente durante la RTU de próstata debido a su gran vascularización. La hemorragia durante la RTU habitualmente sucede por la incapacidad para localizar el punto sangrante y electro coagularlo (14).

El aporte sanguíneo fundamental a la glándula prostática se localiza en la unión de la base de la próstata con el cuello de la vejiga, aunque las arterias capsulares se pueden encontrar a lo largo de toda la circunferencia de la glándula y provocar un sangrado importante en la resección. Existen estudios contradictorios sobre qué tipo de anestesia se asocia a mayor pérdida sanguínea: para Megowan y Smith no existirían diferencias, mientras que para Mackenzie y Abrams sería mayor en los pacientes sometidos a anestesia general. Otro factor que parece influir en la hemorragia es la infección, que estaría en relación con la presencia de catéteres vesicales de larga evolución, que ocasionarían congestión vascular e hiperemia con incremento del sangrado durante la RTU. En el caso de próstatas muy congestivas es conveniente realizar la hemostasia al tiempo que se progresa en la resección (14).

Sangrado post-litotripsia vesical: En el paciente adulto mayor, la causa más frecuente de litiasis vesical es la obstrucción del flujo de salida vesical, por hipertrofia prostática, por

esclerosis del cuello vesical, sobre todo si existe el antecedente de RTU de próstata o de adenomectomía suprapúbica o por estenosis de uretra posterior. Esta cirugía se indica para litiasis de gran tamaño y se suele acompañar de una resección del cuello vesical o una miocapsulotomía. Las posibles complicaciones de esta cirugía son: el sangrado intenso desde la pared vesical; el desgarro de la pared de la vejiga; la lesión de asas de intestino en el momento de realizar el cierre vesical, sobre todo si existen hernias asociadas, y las derivadas de los procedimientos endoscópicos, como la creación de falsas vías uretrales, el sangrado intenso, la perforación de la vejiga o capsula prostática y el síndrome RTU (14).

b) Perforación

Así como en la RTU de próstata, en la introducción a ciegas del resector se puede crear una falsa vía uretral. Este tipo de cirugía presenta el riesgo de perforación de la vejiga; en ocasiones, la causa de la perforación es la existencia de una vejiga de lucha. En la situación anterior al reseccionar una tumoración localizada sobre una celda se puede producir la perforación. Otras veces la perforación es consecuencia de la estimulación del nervio obturador al realizar el corte con el asa del resector, que moviliza todo el espesor de la pared con el asa. Otras veces se produce por la manipulación inadvertida del asa del resector. Las perforaciones suelen ser extra peritoneales. Las perforaciones intraperitoneales se presentarán con dolor abdominal por irritación del diafragma, provocando dolor referido a los hombros. También se pueden presentar con palidez, diaforesis, abdomen duro, náuseas, vómitos e hipotensión o hipertensión. Las perforaciones pequeñas no precisan más tratamiento que la derivación con un catéter vesical. Las perforaciones intraperitoneales de gran tamaño precisarán de una intervención quirúrgica para reparar el defecto. Estas perforaciones, si pasan desapercibidas pueden provocar la aparición del síndrome RTU si se continúa con la resección (14, 15).

c) Síndrome de Reabsorción Post RTU

Según Hahn, se cree que la sintomatología de este síndrome es producida por un descenso de la natremia (Na⁺) pero existe controversia en torno a que el verdadero causante del síndrome pueda ser la hipoosmolaridad (14).

El síndrome post-RTU aunque sólo representa un 2% de los casos, implica una serie de complicaciones y cambios hemodinámicos, neurológicos y bioquímicos importantes que deben ser conocidos por todo el personal sanitario que tengan a su cuidado pacientes con dicha intervención realizada (15).

El síndrome post-resección transuretral, es causado por la absorción del líquido de irrigación durante la intervención quirúrgica y en el postoperatorio, se caracteriza por un descenso de la natremia (Na⁺) que cursa con un estado confusional postoperatorio, bradicardia e hipertensión entre otros síntomas, pudiendo llegar al extremo de comprometer de forma severa la vida del paciente (15).

Aunque, como hemos dicho, su incidencia es baja, es necesario tenerla en cuenta ya que su detección es dificultosa por la diversidad de signos y síntomas en los que puede presentarse y la facilidad de confusión con otras patologías. Puede manifestarse en forma de alteraciones neurológicas (92%), cardiovasculares (54%), alteraciones visuales (42%) y alteraciones digestivas (25%) fundamentalmente (1).

El síndrome post-RTU se desarrolla durante la intervención o en el postoperatorio inmediato. Los signos y síntomas iniciales son la bradicardia, hipertensión y algunas alteraciones neurológicas como náuseas, vómitos, confusión, inquietud (14, 15).

d) Bacteriemia

Durante la cirugía endoscópica urológica, en especial en la RTU de próstata o en las litiasis vesicales o ureterales las bacterias pueden acceder al torrente circulatorio a través de los senos venosos prostáticos. Esta bacteriemia suele ser asintomática y fácilmente tratada con antibióticos. Sin embargo, en el 6% de los casos esta bacteriemia se complica con sepsis. Los gérmenes que se encuentran con mayor frecuencia son: *E. coli*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Acinetobacter*, *Klebsiella* y estafilococo (14).

e) Priapismo

Se trata de una complicación relativamente rara que se puede presentar sobre todo durante el curso de la RTU y comprometer su realización, aunque también puede producirse en otros procedimientos endoluminales durante el pasaje prostático (15).

f) Eyaculación Retrograda

Después de algunos tratamientos quirúrgicos, el semen puede retroceder hacia la vejiga en vez de salir por el pene durante la eyaculación. Este efecto secundario puede resultar de una gran reducción o ausencia de semen al eyacular. Este problema no presenta no altera la sensación del orgasmo. También puede ser un efecto secundario de algunos medicamentos (15).

2.4.7. Resección Transuretral de Próstata con energía Bipolar.

La Resección Transuretral bipolar (RTU Bipolar) es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que comparado con la técnica clásica que era la RTU monopolar, reúne nuevas ventajas (27).

El fundamento técnico de la RTU bipolar de próstata es el uso de corriente bipolar de alta frecuencia, entre dos electrodos (activo y pasivo), lo que convierte a la solución de irrigación en una capa de vapor que disocia agua y tejidos orgánicos, generando el corte (27).

Esta corriente continua hace que el asa llegue a una temperatura muy alta, produciendo la vaporización y necrosis coagulativa del tejido con el que entra en contacto. Gracias a su forma de asa además de vaporizar y producir necrosis coagulativa permite la obtención de fragmentos de próstata para estudio de anatomía patológica (27).

La limitación de la RTU convencional era el tamaño de próstata y la complicación en pacientes con problemas cardiacos. La RTU bipolar, que es una técnica con mayor tecnología, el procedimiento es muy efectivo donde se puede tratar próstatas de mayor tamaño y si el procedimiento se prolonga en el tiempo, se minimizan las complicaciones.

En el posoperatorio la RTU de próstata con energía bipolar requiere menor tiempo de sondaje vesical y ofrece la posibilidad de una hospitalización más corta (27).

En conclusión ofrece menores riesgos de complicaciones intra y posoperatorias (27).

2.5. Cuidado de Enfermería

Se procede a la descripción de la intervención de la enfermera en las tres fases del proceso quirúrgico.

2.5.1. Fase Preoperatoria

El paciente ingresa un día previo a la cirugía con el estudio pre anestésico completo, debe guardar ayunas desde las 24 horas del día anterior, tomándose la premedicación indicada por el anestesista la mañana de la intervención más el tratamiento autorizado por el servicio de anestesia. El paciente debe ir al quirófano con la zona genital rasurada hasta el ombligo (16).

El paciente debe ir al quirófano sin ningún tipo de joyas, prótesis, baño confirmado y ropa adecuada (16).

El paciente es llevado a la zona quirúrgica donde enfermería realiza la entrevista pre quirúrgico (16).

- Identificación del paciente, historia clínica correcta y completa.
- Presentación del personal de enfermería que le va a atender dentro del quirófano.
- Comprobación de la hoja de anestesia: alergias, patologías crónicas.
- Comprobación de ayunas.
- Comprobación de toma de medicación pre anestésica (16).

A continuación, el paciente es trasladado dentro del quirófano.

2.5.2. Fase Intraoperatoria

Personal necesario:

- Dos urólogos.
- Un anestesista.
- Dos enfermeras: circulante e instrumentista.
- Un auxiliar de enfermería (16).

A. Funciones de la Enfermera Instrumentista II:

- Es la responsable de administrar los cuidados de enfermería necesarios para preservar la seguridad del paciente dentro del quirófano.
- Revisar el aparataje del quirófano, así como su correcto funcionamiento.
- Preparar la torre de endoscopia para la intervención, formada por:
 - Un monitor.

- Cable de luz de fibra óptica.
- Una cámara.
- Preparar el bisturí eléctrico de la torre y su placa (con cable añadido) (16).

Dentro del quirófano, el paciente es trasladado a la mesa de quirófano y se realiza:

- ✓ Preparación de medicación anestésica (bajo indicación del anestesista)
- ✓ Se retira la ropa del paciente.
- ✓ Se realiza nueva identificación del paciente, recepción, acogida, comprobación de alergias, historia completa, etc.
- ✓ Se procede a la monitorización cardiaca.
- ✓ Se coloca el pulsioxímetro para control de saturación de oxígeno.
- ✓ Se evalúa constante vitales, previa a la punción.
- ✓ Se canaliza la vía periférica usando (abocath 18 o 16). Se tendrá preparado un expansor plasmático (tipo volumen) para prevenir posibles hipotensiones debidas a la técnica anestésica.
- ✓ Se coloca al paciente para la punción en la zona lumbar.
- ✓ Se desinfecta la zona de punción para la anestesia.
- ✓ Se prepara la mesa de mayo con el material siguiente:
 - Dos campos estériles (uno con adhesivo).
 - Gasas.
 - Compresas.
 - Guantes estériles.
 - Jeringas de 5 y 10 CC.
 - Agujas de carga y subcutánea.
 - Apósito quirúrgico pequeño.
 - Aguja espinal.
- ✓ Al paciente, una vez anestesiado, se le colocará en posición de litotomía con piernas y con protección de brazos y hueso poplíteo, con manta térmica en miembros superiores si precisara, (algunas RTU pueden ser dilatadas en el tiempo).
- ✓ Se realizar la profilaxis antibiótica, tras confirmar que no hay alergias y que la función renal es normal (valores de creatinina revisados por el urólogo).

- ✓ Se colocará la placa de bisturí.
- ✓ Se procederá a la desinfección de la zona quirúrgica por debajo del ombligo, zona perineal y primer tercio de los muslos. También se desinfectará el glande.
- ✓ Se conecta la torre de endoscopia: fuente de luz fría, óptica y bisturí eléctrico monopolar, no precisa fundas estériles para ser conectados. Se colocara el corte en torno a 110 – 120 y la coagulación a 120.
- ✓ Se conecta el lavado intraoperatorio:
 - Agua estéril: RTU próstata.
- ✓ Al terminar la intervención se ayudará al anestésista en la recuperación anestésica y posterior traslado del paciente a su cama.
- ✓ Se comprobará que el frasco que se manda a anatomía patológica esté debidamente identificado y vaya con su hoja correspondiente (16, 17).

B. Funciones de la Enfermera Instrumentista I:

- Es responsable del montaje de la mesa operatoria y de la caja del instrumental.
- Ayuda al urólogo en su correcta indumentaria y en la colocación de los campos quirúrgicos.
- Prepara la mesa operatoria:
 - Dos batas de urología: batas hidrófobas.
 - Equipo urológico.
 - Gasas estériles sin contraste.
 - Compresas estériles sin contraste.
 - Jeringa de 20 CC.
 - Jeringa de 50 CC.
 - Guantes estériles.
 - Lubricante urológico.
 - Sistema de aspiración sin terminal.
 - Botes de suero fisiológico de 500 cc para instilación.
 - Bote de biopsia con formol para anatomía patológica (17).

La caja del instrumental contiene: rectoscopio para RTU de OLYMPUS o STORZ:

- Una tijera de mayo recta.
- Una pinza de disección sin dientes.
- Un colador.
- Una pera de aspiración: pera de Ellik.
- Un evacuador de cristal.
- Tubuladura de irrigación.
- Una cazoleta.
- Asas de corte.
- Electrodo de coagulación (bola pequeña y grande).
- Resectoscopio.
- Una óptica (30 grados).
- Un elemento de trabajo.
- Dos vainas: externa e interna.
- Obturadores: recto y acodado.
- Cable de bisturí monopolar. Pinzas para biopsia (16).

Una vez terminada la cirugía se colocará sonda vesical de tres vías N° 20 para vejiga y 22 para próstata, con lavado con bolsas de suero fisiológico de forma continua a chorro durante su traslado a la sala de reanimación posquirúrgica (16,17).

Una vez finalizada la intervención se limpiará con una compresa y un desinfectante el cable de la luz fría y la cámara.

Se entregará todo el material quirúrgico al auxiliar de enfermería en forma desmontada, para su correcta limpieza, desinfección y secado.

Se retirarán las asas de corte y coagulación en las RTUV por ser tumores, no se precisa retirarlas en las RTUP. Se repondrán las asas en la caja del instrumental (16,17).

2.5.3. Fase postoperatoria

A. Inmediata

El paciente es trasladado a la sala de reanimación posquirúrgica, donde permanecerá hasta ser revertidos los efectos de la anestesia (de 2 a 3 horas) (16, 17).

B. Mediata

El paciente será trasladado a la planta de urología, donde suele permanecer de 2 a 3 días si es de vejiga y de 3 a 4 días si es de próstata y si su estado lo permite.

A las 24 horas se le suele retirar el lavado vesical en las intervenciones de vejiga y 48 horas en las de próstatas.

La sonda vesical se retira antes del alta hospitalaria normalmente (16, 17, 19).

2.5.4. Plan de Cuidados Estándar: RTU – P

❖ Diagnósticos NANDA, NOC, NIC (28).

- ✓ **Dolor Agudo - 00132**: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

R/c:

- Agentes lesivos derivados de la cirugía

M/p:

- Trastorno del sueño
- Manifestaciones verbales del paciente
- Gestos de protección
- Observación de evidencias de dolor
- Conducta expresiva.

NOC - Objetivos:

- 1605 Control del dolor.
- 2102 Nivel del dolor.

NIC - Intervenciones de Enfermería:

- 1400 Manejo del dolor.

- 2210 Administración de analgésicos.

✓ **Ansiedad - 00146**

R/c:

- Cambio en el estado de salud

M/p:

- Preocupación creciente
- Nerviosismo
- Dificultad para conciliar el sueño

NOC - Objetivos:

- 1402 Control de la Ansiedad

NIC - Intervenciones:

- 5820 Disminución de la ansiedad
- 1850 Fomentar el sueño
- 7310 Cuidados de enfermería al ingreso
- 5610 Enseñanza pre quirúrgica

✓ **Riesgo de desequilibrio volumen de líquidos - 00025**

R/c:

- Absorción de la solución para la irrigación vesico-prostática

M/p:

- Uso resector monopolar en intervención prostática.

NOC – Objetivos:

- 0601. Equilibrio hídrico.
- 0503. Eliminación urinaria.
- 0909. Estado neurológico.
- 1916. Control del riesgo: deterioro visual.
- 0403. Estado respiratorio: ventilación.

- 0400. Efectividad de la bomba cardíaca.

NIC - Intervenciones:

- 4238. Flebotomía: muestra de sangre venosa.
- 4232. Flebotomía: muestra de sangre arterial.
- 4200. Terapia intravenosa.
- 2080. Manejo de líquidos y electrolitos.
- 4130. Monitorización de líquidos.
- 4150. Monitorización hemodinámica.
- 3320. Oxigenoterapia.
- 5230. Vigilancia.
- 4040. Cuidados cardíacos.

- ✓ **Retención Urinaria – 00023:** Vaciado incompleto de la vejiga.

R/c:

- Obstrucción anatómica o de la sonda vesical por pequeños coágulos de sangre

M/p:

- Distensión vesical
- Micciones frecuentes, goteo, dolor.

NOC – Objetivos:

- 0503 Eliminación urinaria.

NIC - Intervenciones de Enfermería:

- 0580 Sondaje vesical.
- 0620 Cuidados de la retención urinaria.
- 1876 Cuidados del catéter urinario

- ✓ **Riesgo de estreñimiento - 00015:** Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

R/c:

- Agrandamiento prostático
- Obstrucción post. Quirúrgica
- Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal

NOC – Objetivos:

- 501 Eliminación intestinal

NIC - Intervenciones de Enfermería:

- 450 Manejo del estreñimiento/impactación.
- 1100 Manejo de la nutrición.
- 4120 Manejo de líquidos.

✓ **Deterioro de la movilidad física - 00085**

R/c:

- Malestar o dolor
- Temor al manejo de dispositivos terapéuticos (sonda vesical y suero lavador)

M/p:

- Dificultad para realizar las actividades del autocuidado
- Trastornos del sueño

NOC - Objetivos:

- 0208 Nivel de movilidad
- 2101 Dolor: Efectos nocivos
- 1811 Conocimiento: actividad prescrita

NIC - Intervenciones:

- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
- 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir, arreglo personal
- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño, higiene
- 5612 Enseñanza: Actividad, ejercicio prescrito
- 1400 Manejo del dolor
- 1850 Fomentar el sueño
- 0221 Terapia de ejercicios: deambulación

- ✓ **Déficit de Autocuidados: Baño - 00108**: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño e higiene.

R/c

- Incapacidad para acceder al baño
- Dolor
- Debilidad

M/p:

- Incapacidad para lavarse acceder al baño o preparar todo lo necesario para la higiene.

NOC – Objetivos:

- 0300 Autocuidados: Actividades de la vida diaria.
- 0301 Autocuidados: Baño.

NIC - Intervenciones de Enfermería:

- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene.

- ✓ **Déficit de Autocuidados: Uso del inodoro - 00110**: Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.

R/c:

- Debilidad
- Dolor
- Fatiga

M/p:

- Incapacidad para llegar al inodoro o realizar la higiene adecuada tras la evacuación.

NOC – Objetivos:

- 0310 Autocuidados: Uso del inodoro.

NIC - Intervenciones de Enfermería:

- 1804 Ayuda de los autocuidados: aseo.

- ✓ **Déficit de Autocuidados: Vestido – 00109:** Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal

R/c:

- Debilidad
- Dolor
- Fatiga
- Malestar

M/p:

- Deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias.

NOC – Objetivos:

- 0302 Autocuidado: Vestir.

NIC - Intervenciones de Enfermería:

- 1802 Ayuda de los autocuidados: vestir / arreglo personal.

- ✓ **Conocimientos deficientes – 00126** (sobre el régimen terapéutico)

NOC – Objetivos:

- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.

NIC – Intervenciones de Enfermería:

- 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad
- 5612 Enseñanza actividad/ ejercicio prescrito
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
- 0590 Manejo de la eliminación urinaria
- 1876 Cuidados del catéter urinario
- 7370 Planificación del alta

- ✓ **Insomnio - 00095:** Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

R/c

- Deterioro del patrón normal del sueño
- Malestar físico
- Interrupciones del sueño
- Factores del entorno

M/p:

- Manifestaciones verbales del paciente de sueño no reparador o de dificultad para dormir, observación de falta de energía.

NOC - Objetivos:

- 0003 Descanso.
- 0004 Sueño

NIC - Intervenciones de Enfermería:

- 1850 Mejorar el sueño.
- 6482 Manejo ambiental: confort.

- ✓ **Disfunción sexual – 00059:** Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

R/c:

- Alteración de la función o de la estructura corporal (agrandamiento prostático, cirugía)

M/p:

- Alteración en el logro de satisfacción sexual
- Limitaciones reales impuestas por la enfermedad y por la terapia
- Incapacidad para lograr la satisfacción deseada

NOC - Objetivos:

- 0119 Funcionamiento sexual.
- 1309 Capacidad personal de recuperación.

NIC - Intervenciones de Enfermería:

- 5248 – Asesoramiento sexual.
- 5820 – Disminución de la ansiedad.

2.6. Niveles de prevención**2.6.1. Concepto**

La prevención son acciones destinadas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad. El concepto de prevención se define mejor en el contexto de niveles, tradicionalmente llamados prevención primaria, secundaria y terciaria (28).

2.6.2. Niveles de prevención**a) Primaria**

Son medidas que se llevan a cabo antes de que se manifieste una enfermedad, con la finalidad de evitar que ocurra. Esta prevención se puede lograr no solo mediante la protección específica ante diversos patógenos, sino también mediante la promoción de la salud (vacunación, educación sanitaria, eliminación y control de riesgos ambientales, etc.) (16).

b) Secundaria

Va encaminada a reducir el impacto de una enfermedad que ya existe en el individuo. En este nivel de prevención se busca impedir el progreso de la enfermedad y evitar la aparición de posibles complicaciones (16).

c) Terciaria

Este nivel implica que ya la enfermedad ha causado daños irreversibles y que hay que procurar llevar el impacto de éstos en la vida del enfermo a su mínima expresión. Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (16).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

3.1. A nivel internacional

- **Autor:** Lic. Francisca Mamani Araña

Título de la Tesis: Protocolo de atención de enfermería para pacientes pos operados de prostatectomía en el servicio de cirugía varones del Hospital Clínico Viedma. (Tesis Maestría). Cochabamba – Bolivia; 2015.

Conclusiones:

“ 1. Los conocimientos en cuanto al manejo de los pacientes post operados por parte del personal de enfermería es adecuado, pero no realizan técnicas correctas y adecuadas ya sea por varios factores como ser, la poca disponibilidad de tiempo y el número excesivo de pacientes que atienden.

2. La falta de protocolos de atención de enfermería para pacientes post operados de próstata hace que el personal de enfermería no siga los pasos correctos en el cuidado del paciente post operado, pudiendo llegar a presentar complicaciones en el periodo post quirúrgico mediato, retardando el tiempo de recuperación y erogando los gastos económicos excesivos tanto para el paciente y la institución. ” (p.84) (23).

3.2. A nivel nacional

- **Autor (es):** Erika Lizeth Aylas Ramírez, Katherine Tatiana Giles Castro.

Título de la Tesis: Cuidados de enfermería en adultos prostatectomizados en Hospital de Trujillo, 2015. (Tesis Título Profesional). Trujillo – Perú. 2015.

Conclusiones:

“ 1. El cuidado en la sub-escala sanador compasivo y competente que brindan las enfermeras en el servicio de cirugía en adultos prostatectomizados en el Hospital Belén de Trujillo es bueno.

2. El cuidado subescala sanador compasivo y competente que brindan las enfermeras en el servicio de cirugía adultos prostatectomizados en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray es bueno

3. Existe diferencia significativa en el cuidado que brindan las enfermeras de H.B.T. y el H.V.L.E. en la subescala sanador competente y mas no en la subescala sanador compasivo. ” (p.35) (24).

- **Autor(es):** Javier Edilberto Llontop Chumioque, Roger Enrique Ludeña Salazar.

Título de la Tesis: Complicaciones postoperatorias de la Hiperplasia Benigna de Próstata en el Hospital Luis Heysen Inchaustegui durante el periodo enero 2012 – diciembre 2014. (Tesis Título Profesional) Lambayeque – Perú 2015.

Conclusiones:

- “
1. El mayor número de complicaciones se presentaron en pacientes operados por R.T.U.P. en un 58.82% en comparación a los pacientes operados por vía transvesical y retropúbica con un 57.14% y 50% respectivamente.
 2. La complicación durante el acto operatorio encontrado en las técnicas empleadas fue la hemorragia, siendo nulo en los pacientes operados por vía retropúbica, mientras que por la técnica transvesical se presentó en un 11.2% de los casos, y en RTUP se presentó en un 2.9% de los casos.
 3. La complicación durante el post operatorio inmediato más frecuente fue la retención urinaria por coágulos, presentándose en pacientes operados por vía transvesical en un 7.5%, mientras que en pacientes sometidos a RTUP se presentó en un 5.9%, de los casos 89 respectivamente. En cambio la adenomectomía retropúbica no presento incidencia en el presente estudio.
 4. Dentro de las complicaciones mediatas la más frecuente coincidentemente encontrada fue la ITU, que en pacientes intervenidos por vía transvesical se presentó en un 8.1%, en pacientes intervenidos por R.T.U.P. 26.5%, y en pacientes intervenidos por vía retro púbica 16.7%; seguida de infección de herida operatoria que se presentó en pacientes operados por vía transvesical con un 7.5% y en pacientes operados por vía retropúbica en un 33.3% respectivamente.
 5. Las complicaciones tardías, la más frecuente encontrada fue la estrechez uretral, que en pacientes intervenidos por vía transvesical se presentó en 12.4%, en vía retropúbica lo fue en un 16.7%, y en pacientes sometidos a R.T.U.P. se presentó en un 44.1%. Le sigue en orden de frecuencia la incontinencia urinaria, que en pacientes

operados por vía transvesical se presentó en un 13%, por vía retropúbica se presentó en un 33.3%, y por R.T.U.P. se presentó en un 5.9%. ” (p. 88 – 90) (25).

3.3. A nivel local

- **Autor:** Lisbeth Stefany Subia Espinoza

Título de la Tesis: Calidad del cuidado de enfermería a pacientes pos operados de cirugía prostática – Hospital III Goyeneche. Arequipa 2017. (Tesis Título Profesional). Puno - Perú 2017 (26).

Conclusiones:

- “ 1. La calidad de cuidados que brinda el profesional de enfermería a pacientes pos operados de cirugía prostática es casi satisfactorio ya que su nivel de respuesta es de regular a bueno porque en gran porcentaje el profesional de enfermería realiza los cuidados propios de enfermería, resaltando solo en las dimensiones de eficacia, oportunidad y continuidad dentro la categoría bueno y los demás en la categoría deficiente.
2. El profesional de enfermería respecto a la calidad del cuidado de enfermería en la dimensión de eficacia se encuentra dentro la categoría bueno, porque realiza casi en su totalidad las actividades de dicha dimensión.
3. El profesional de enfermería respecto a la calidad del cuidado de enfermería en la dimensión de la oportunidad se encuentra en la categoría bueno ya que realiza las actividades propias de enfermería en su gran totalidad.
4. El profesional de enfermería respecto a la calidad del cuidado en la dimensión de seguridad se encuentra en la categoría deficiente, porque en un gran porcentaje no realizan las actividades propias de esta dimensión ya que por alguna razón dejan de colocar las barandas, en la gran mayoría no usa las medidas de bioseguridad como corresponde.
5. El profesional de enfermería respecto a la calidad del cuidado en la dimensión de la continuidad se encuentra en la categoría bueno, porque realizan sus actividades propias como reportar adecuadamente sus cuidados y realizar sus registros claros; sin embargo un porcentaje similar indica lo contrario.
6. El profesional de enfermería respecto a la calidad del cuidado en la dimensión del humanismo se encuentra en la categoría deficiente, porque en un gran porcentaje no realizan sus actividades y su nivel de respuesta es de a veces a nunca. ” (p. 65) (26).

4. OBJETIVOS.

- 1) Identificar cómo es el cuidado de enfermería transoperatorio y posoperatorio en la atención de salud de pacientes intervenidos quirúrgicamente de Resección Transuretral de Próstata en la Clínica Paz Holandesa.
- 2) Precisar las complicaciones que se presentan en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de Resección Transuretral de Próstata en la Clínica Paz Holandesa.
- 3) Determinar la relación del cuidado de enfermería en la prevención de complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente de Resección Transuretral de Próstata en la Clínica Paz Holandesa.

5. HIPÓTESIS.

Dado que la intervención de enfermería especializada en el proceso perioperatorio de pacientes con indicación de tratamiento quirúrgico a través de sus cuidados hace posible la no aparición de complicaciones postoperatorias.

Es probable que el adecuado cuidado transoperatorio y postoperatorio de enfermería en pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de próstata en la clínica Paz Holandesa sea favorable significativamente en la prevención de complicaciones.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica.

La técnica utilizada para la primera variable (cuidado de enfermería) fue la encuesta en la modalidad de Cuestionario y para la segunda variable (complicaciones de la resección transuretral de Próstata) fue la Observación documental.

1.2. Instrumento.

- El instrumento usado para la primera variable fue la Cédula de preguntas elaborado por la autora y validada por expertos.
- El instrumento para la segunda variable fue la Ficha de observación documental.

1.3. Materiales de verificación

- Cédula de preguntas y ficha de observación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en la Clínica Paz Holandesa, ubicada en la Urb. Villa Continental Calle 4 N° 101 – Paucarpatá; cuenta con los siguientes servicios:

- Consulta Externa
- Hospitalización
- Centro Quirúrgico

- Programas de rehabilitación

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó en los meses de febrero a diciembre del 2019.

En la revisión documental de historias clínicas se consideró a los pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata en los meses de enero a junio del 2019.

2.3. Unidades de estudio:

El total de enfermeros que laboran en la Clínica Paz Holandesa, en el servicio de Centro Quirúrgico que son 10 y Hospitalización que son 5 lo que hace un total de 15 enfermeros, a quienes se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión.

✓ Criterios de inclusión:

- Enfermeros de ambos géneros.
- Enfermeros nombrados y contratados.
- Enfermeros que trabajan bajo la modalidad de reten.

✓ Criterios de exclusión:

- Enfermeros que no desearon participar en el estudio.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Aprobado el proyecto por el Jurado Dictaminador, se realizó el trámite administrativo respectivo para la ejecución del estudio de investigación.
- Validación del instrumento por expertos en número de dos.
- Se aplicó el instrumento a las enfermeras previa firma de consentimiento informado, orientación y guía.
- Revisión de las historias clínicas (enero a junio del presente año) de los pacientes sometidos a resección transuretral de próstata
- Obtenida la información se procedió al procesamiento de los datos obtenidos a través de la codificación, tabulación y sistematización.

- Para la calificación de la información obtenida del cuestionario se utilizó la técnica estadística del Baremo.
- Elaboración de tablas y gráficos estadísticos, presentado la información previamente interpretada en base al contenido del marco teórico de la investigación.
- Se aplicó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango) para variables continuas; las variables categóricas se mostrarán como frecuencias absolutas y relativas; la asociación de las complicaciones con los cuidados de enfermería se evaluará mediante prueba exacta de Fisher, considerando significativas diferencias de $p < 0.05$.
- Posteriormente, se elaboraron las conclusiones, recomendaciones e informe final.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

1. CARÁCTERISTICAS DEL PACIENTE Y DE LA CIRUGÍA QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO.

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA SEGÚN EDAD. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.

EDAD	N°	%
< 50 años	1	1.3
50-59 años	12	16
60-69 años	46	61.3
70-79 años	14	18.7
80-89 años	2	2.7
TOTAL	75	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Edad promedio \pm D. estándar (mín. – máx.): 65.7 ± 7.7 años (42 – 85 años)

La **Tabla N°1** muestra que en relación a la edad de los pacientes sometidos a resección transuretral de Próstata (RTU – P) el grupo etario de 60 a 69 años alcanza el mayor porcentaje con un 61.3% y el menor porcentaje con un 1.3% el grupo etario menores de 50 años. Se deduce que más de la mitad de los pacientes en estudio son adultos mayores. La edad promedio de los pacientes sometidos a RTU – P en estudio es de 65.7. Tal como lo refieren las fuentes consultadas en nuestro medio el 60% de peruanos mayores de 50 años padece de algún tipo de enfermedad prostática.

TABLA N° 2

**ANTECEDENTES PREOPERATORIOS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.
CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

ANTECEDENTES PREOPERATORIOS	ITEMS	N°	%	TOTAL	
				N°	%
Antecedentes Quirúrgicos	Sí	45	60	75	100
	No	30	40		
Alergia a Medicamentos	Sí	6	8	75	100
	No	69	92		
Comorbilidades	Ninguna	42	56	75	100
	HTA (Hipertensión Arterial)	10	13.3		
	Diabetes	4	5.3		
	Gastritis	2	2.7		
	HTA + Gastritis	1	1.3		
	HTA + Diabetes	4	5.3		
	HTA + Bradicardia sinusal	1	1.3		
	Arritmia	1	1.3		
	Otras	10	13.3		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019

En la **Tabla N°2** respecto a los antecedentes preoperatorio de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de Resección Transuretral de Próstata (RTU-P) se muestra que 60% de pacientes tienen antecedentes quirúrgicos, el 92 % no presenta alergia a medicamentos y el 56 % no presentan ninguna comorbilidad. Se deduce que casi el total de pacientes en estudio no tienen alergia a ningún medicamento, más de la mitad han sido operados anteriormente y no presentan ninguna comorbilidad.

TABLA N° 3

**DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.
CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	N°	%
HBP (Hiperplasia Benigna de Próstata)	19	25.3
HBP obstructiva	47	62.7
HBP + estenosis uretral	3	4
HBP residual + esclerosis de cuello vesical	1	1.3
HBP + alteración contracc. vesical	3	4
HBP + otro	2	2.7
TOTAL	75	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Se describe en la **Tabla N° 3** el diagnóstico preoperatorio para la Resección Transuretral de Próstata (RTU – P) donde el mayor porcentaje con 62.7% presenta HBP Obstructiva y el menor porcentaje con 1.3% HBP residual más esclerosis de cuello vesical. Se deduce que más de la mitad de los pacientes en estudio presentan como diagnóstico preoperatorio HBP Obstructiva.

Según un estudio realizado por la Asociación Norteamericana de Urología (AUA) esta enfermedad es extremadamente común en los varones y va en aumento con la edad, la RTU - P parece ser la mejor opción de tratamiento en la patología mencionada.

TABLA N° 4

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.

CARACTERÍSTICAS	ITEMS	N°	%	TOTAL	
				N°	%
Operación	RTU-P	47	62.7	75	100
	Vaporsección con Turys Plasma	22	29.3		
	RTU-P + Cervicotomía	3	4		
	RTU-P + Uretrotomía interna	1	1.3		
	RTU-P + Uretrotomía interna + Cervicotomía	1	1.3		
	RTU-P + Cura Qx de quiste Epidídimo	1	1.3		
Tipo de Energía	Monopolar	53	70.7	75	100
	Bipolar	22	29.3		
Duración cirugía	< 30 min	15	20	75	100
	31-45 min	21	28		
	46-60 min	21	28		
	61-90 min	12	16		
	> 90 min	6	8		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Duración (Cx promedio \pm D. estándar (mín. – máx.): 51.6 \pm 26 min (15 – 140 min)

La **Tabla N°4** muestra características de la intervención resección transuretral de próstata (RTU-P) donde al mayor porcentaje con 62.7% se les realizo exclusivamente RTU - P y el menor porcentaje con 1.3% se les realizó RTU - P junto con otros procedimientos; El mayor porcentaje con 70.7% utilizó energía monopolar y un acumulado de 56% tuvieron un tiempo de duración de cirugía entre 31 a 60 minutos. Se deduce que más de la mitad de

las cirugías realizadas fueron exclusivamente resecciones transuretrales de Próstata utilizando energía monopolar y con un tiempo quirúrgico entre los 31 a 60 minutos.

Según distintas fuentes en una RTU – P con energía monopolar es importante reducir el tiempo de resección pues existe la relación que a más tiempo de resección más probabilidad de absorción de líquido de irrigación y el aumento de la posibilidad de presentar complicaciones como el “síndrome Pos - RTU” por ello se recomienda no sobrepasar los 60 minutos de duración del procedimiento, si la glándula pesa más de 60 gr se recomienda no utilizar esta técnica de RTU pues cuanto mayor tamaño presenta la glándula prostática, mayor es el tiempo que se necesitará para su resección.

Si bien es cierto actualmente la RTU monopolar de próstata como modalidad terapéutica para la patología obstructiva es considerada el “gold standard” dentro de los tratamientos mínimamente invasivos para este tipo de patología, el desarrollo tecnológico facilitó la aparición de otras modalidades terapéuticas, como la vaporización o resección con equipo bipolar.

La RTU bipolar, que permite la remoción del tejido prostático con solución fisiológica anula el riesgo de algunas complicaciones como el “síndrome de RTU” y permite prolongar los tiempos operatorios, ampliando esta indicación a glándulas de mayor volumen, lo que a su vez facilita la indicación quirúrgica a pacientes no aptos para cirugía abierta o monopolar, por los riesgos que éstas implican.

TABLA N° 5

**ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.
CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	N°	%
Un día	16	21.3
Dos días	29	38.7
Tres días	8	10.7
Cuatro días	13	17.3
5 a más días	9	12
TOTAL	75	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Estancia promedio \pm D. estándar (mín. – máx.): 2.8 ± 1.8 días (1 – 11 días)

En la **Tabla N°5** sobre la estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos de Resección Transuretral de Próstata (RTU-P) el mayor porcentaje con 38.7% permanecieron dos días hospitalizados. Se deduce que la mayoría de los pacientes intervenidos de RTU – P tuvieron una estancia hospitalaria de dos días. La estancia promedio de hospitalización es de 2.8.

En los últimos tiempos la tendencia es la cirugía mínimamente invasiva como es el caso de la RTU - P, donde se utiliza vías naturales o mínimos abordajes para introducir herramientas y actuar en distintos territorios de la anatomía humana reduciendo así el tiempo de hospitalización de los pacientes.

2. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA FASE TRANSOPERATORIA Y POSOPERATORIA.

TABLA N° 6

CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE TRANSOPERATORIA POR LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA II. CENTRO QUIRÚRGICO. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	Sí		A veces		No			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desinfección de mobiliario de quirófano	3	30	2	20	5	50	10	100
Comprobación de disponibilidad de agua est.	7	70	3	30	0	0	10	100
Verifica correcto func. de equipos qx.	9	90	1	10	0	0	10	100
Verifica correcto func. de torre endoscópica	2	20	3	30	5	50	10	100
Revisa H Clínica del paciente	8	80	2	20	0	0	10	100
Realiza entrevista al paciente	8	80	2	20	0	0	10	100
Participa del traslado del paciente	8	80	2	20	0	0	10	100
Protege privacidad del paciente	8	80	2	20	0	0	10	100
Monitoriza Fs. Vs. de ingreso y registra	9	90	1	10	0	0	10	100
Participa en inducción anestésica	10	100	0	0	0	0	10	100
Coloca placa de retorno	10	100	0	0	0	0	10	100
Realiza sujeción del paciente	9	90	1	10	0	0	10	100
Realiza lavado de zona operatoria	8	80	2	20	0	0	10	100
Aplica con el equipo qx lista de cir. segura	4	40	6	60	0	0	10	100
Mantiene quirófano limpio y ordenado	10	100	0	0	0	0	10	100
Registro Enf. Aplica SOAPIE	2	20	1	10	7	70	10	100
Registra tipo de solución empleada	6	60	2	20	2	20	10	100
Registra litros de irrigación empleados	4	40	4	40	2	20	10	100
Realiza adecuado envasado de muestra	10	100	0	0	0	0	10	100
Traslado del paciente	10	100	0	0	0	0	10	100
Vigila bolsa colectora	10	100	0	0	0	0	10	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Se muestra en la **Tabla N°6** el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la fase transoperatoria por la enfermera instrumentista II, y se observa que en su mayoría todos se cumplen siempre o algunas veces. De los que menos se cumplen tenemos: registro de enfermería con SOAPIE, más de la mitad de enfermeras no realizan anotaciones con este esquema; desinfección del mobiliario, solo la tercera parte de las enfermeras lo cumple, verificación del correcto funcionamiento de los componentes electro médicos de la torre endoscópica urológica, la mitad de las enfermeras no lo realiza, solo el 40% de enfermeras registra la cantidad de litros utilizados en la irrigación y también solo un 40% de enfermera siempre aplica junto con todo el equipo quirúrgico la lista de cirugía segura.

Deduciendo que, el cumplimiento de la mayoría cuidados de enfermería se cumple de manera óptima sin embargo se presenta cuidados que no se cumplen a cabalidad. Cabe resaltar que los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva a repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

Un adecuado registro de enfermería dispone de cinco etapas interrelacionadas, que son: Valoración, Diagnósticos De Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La especificación de la cantidad de litros empleada en la irrigación intraoperatoria es un dato importante a tomar en cuenta en el supuesto que se presentaran complicaciones posoperatorias se recuerda que, si limitamos la absorción de irrigantes y reconocemos muy bien a los pacientes con riesgo aumentado de enfermedad cardiopulmonar o renal, estaremos previniendo el síndrome de reabsorción pos-RTU.

La aplicación de la lista de cirugía segura es un documento de suma importancia pues tiene como objetivo principal reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica segura, la enfermera instrumentista II siempre que aplica la lista de chequeo de cirugía segura lo debe hacer junto con todo el equipo quirúrgico.

TABLA N° 7

**CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE
TRANSOPERATORIA POR LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA I. CENTRO
QUIRÚRGICO. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	Sí		A veces		No		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Planifica cirugía	10	100	0	0	0	0	10	100
Verifica indicadores de esterilidad en ropa	10	100	0	0	0	0	10	100
Verifica indicad. esterilidad en instrumental	10	100	0	0	0	0	10	100
Adjunta en hoja de Cx segura ind. esterilidad	7	70	3	30	0	0	10	100
Asegura correcta desinfección de equipos	6	60	4	40	0	0	10	100
Cuida esterilidad en todo momento	10	100	0	0	0	0	10	100
Correcto lavado y desinfecc. con desmontaje	5	50	5	50	0	0	10	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

En la **Tabla N°7** sobre el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la fase transoperatoria por la enfermera instrumentista I se muestra que, en su mayoría si se cumplen los cuidados en un 100%; solo en lo que respecta a: adjuntar en la hoja de cirugía segura los indicadores de esterilidad, el 70% si lo realiza y un 30% lo realiza algunas veces; asegurar la correcta desinfección de equipos, el 60% siempre lo realiza y el 40% algunas veces y en cuanto al correcto lavado y desinfección del instrumental desmontando los equipos, la mitad de enfermeras lo realiza siempre y la otra mitad algunas veces.

Se deduce que para brindar los cuidados de enfermería de manera óptima aún hay criterios que se deben mejorar.

TABLA N° 8

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA FASE
TRANSOPERATORIA. CENTRO QUIRÚRGICO. CLÍNICA PAZ HOLANDESA
– AREQUIPA, 2019.**

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	N°	%
Adecuado	10	100
Aceptable	0	0.0
Incorrecto	0	0.0
TOTAL	10	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Se describe en la **Tabla N°8** en cuanto al nivel de cumplimiento del cuidado de enfermería en la fase transoperatoria, que el 100% de enfermeras los realizan de forma adecuada.

Se deduce que la evaluación total sobre el nivel de cumplimiento del cuidado de enfermería en la fase transoperatoria es adecuado, por el total de enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico de la clínica Paz Holandesa.

TABLA N°9

**CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE
POSOPERATORIA INMEDIATA. HOSPITALIZACIÓN. CLÍNICA PAZ
HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	Sí		A veces		No			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Recibe al paciente y verifica sig. vitales	3	60	2	40	0	0	5	100
Mantiene sonda vesical permeable	5	100	0	0	0	0	5	100
Mantiene ritmo de goteo de cistocclisis	5	100	0	0	0	0	5	100
Avisa al médico si hay retención urinaria	5	100	0	0	0	0	5	100
Si hay retenc. por coágulos, realiza lavado	2	40	3	60	0	0	5	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

La **Tabla N°9** muestra el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la fase posoperatoria inmediata donde el 100% de enfermeras: mantiene la sonda vesical permeable, el ritmo de cistocclisis indicado y avisa al médico tratante si hay retención urinaria. Más de la mitad de enfermeras siempre que recibe a los pacientes de la unidad quirúrgica realiza la medición de signos vitales enfatizando tensión arterial y pulso y el 40% lo realizan algunas veces; si se presenta retención por coágulos el 40% de las enfermeras realizan lavados vesicales siempre y más de la mitad algunas veces.

Se deduce que en cuanto a los cuidados de enfermería en la fase posoperatoria inmediata se cumplen en su mayor parte siempre y con mínimo porcentaje algunas veces, ningún cuidado deja de realizarse.

TABLA N° 10

**CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE
POSOPERATORIA MEDIATA. HOSPITALIZACIÓN. CLÍNICA PAZ
HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	Sí		A veces		No		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Vigila que paciente no ingiera alimentos	5	100	0	0	0	0	5	100
Envía exámenes a laboratorio	4	80	1	20	0	0	5	100
Realiza cumplimiento terapéutico	5	100	0	0	0	0	5	100
Realiza balance hídrico	3	60	2	40	0	0	5	100
Brinda apoyo emocional	4	80	1	20	0	0	5	100
Realiza registro SOAPIE	0	0	2	40	3	60	5	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

La **Tabla N°10** respecto al cumplimiento de los cuidados de enfermería en la fase posoperatoria mediata muestra que, el 100% de enfermeras: vigilan que el paciente no ingiera alimentos después de haber salido de la unidad quirúrgica según indicación médica y realizan el cumplimiento estricto de la terapéutica prescrita por el médico. Solo el 40% de las enfermeras realizan el registro de notas de enfermería realizando el esquema SOAPIE y el 60% no emplea este esquema.

Se deduce que en el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la fase posoperatoria mediata la mayor parte se realiza siempre o algunas veces sin embargo respecto al registro del cuidado de enfermería utilizando el esquema SOAPIE más de la mitad de las enfermeras no lo emplea. Coincidiendo con lo que se mostró en la **Tabla N° 6** tanto las enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico como las del servicio de Hospitalización no emplean el esquema SOAPIE para hacer sus registros de enfermería.

TABLA N° 11

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA FASE
POSOPERATORIA. HOSPITALIZACIÓN. CLÍNICA PAZ HOLANDESA –
AREQUIPA, 2019.**

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	N°	%
Adecuado	5	100
Aceptable	0	0
Incorrecto	0	0
TOTAL	5	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Se describe en la **Tabla N°11** en cuanto al nivel del cumplimiento del cuidado de enfermería en la fase posoperatoria que el 100% de enfermeras los realizan de forma adecuada.

Se deduce que, en la evaluación total sobre el nivel de cumplimiento del cuidado de enfermería en la fase posoperatoria, se lleva a cabo de forma correcta por el total de enfermeras del servicio de Hospitalización de la clínica Paz Holandesa.

3. COMPLICACIONES DE LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.

TABLA N° 12

**TIPO DE COMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.
CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

COMPLICACIÓN	N°	%
Sin complicaciones	71	94.7
Hemorragia	3	4
Estenosis uretral	1	1.3
TOTAL	75	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

En la **Tabla N° 12** se muestra el tipo de complicación de los pacientes intervenidos de Resección Transuretral de Próstata (RTU – P) donde el mayor porcentaje con 94.7% no presentaron complicaciones, un 4% presentaron hematuria y solo un 1.3% estenosis uretral. Se deduce que la más de las tres cuartas partes de los pacientes intervenidos de RTU - P no presentó complicaciones.

Según distintas fuentes la resección transuretral de Próstata es una técnica con muy buenos resultados, con bajo porcentaje de complicaciones transoperatorias y posoperatorias, dentro de la más frecuente esta la hemorragia.

La estenosis uretral es una complicación poco frecuente y de presentarse suele ser dentro de los primeros 5 meses del posoperatorio.

4. RELACION DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.

TABLA N° 13

RELACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.

RTU - P	Cumplimiento adecuado		Cumplimiento aceptable		Cumplimiento incorrecto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin complicación	75	100	0	0	0	0	75	100
Con complicación	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	75	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Prueba Chi2 binomial = 0.00025 p = 0.99

La **Tabla N° 13** muestra la relación del cuidado de enfermería en la prevención de complicaciones en el transoperatorio, donde el 100% de las enfermeras cumplen de manera adecuada sus cuidados y no se presentaron complicaciones.

Se deduce que las enfermeras siempre cumplen de manera adecuada sus cuidados en la fase transoperatoria, la prueba estadística muestra que no existe relación significativa entre el cumplimiento de los cuidados de enfermería y la ausencia de complicaciones transoperatorias de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata.

TABLA N° 14

**RELACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.
CLÍNICA PAZ HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

RTU	Cumplimiento adecuado		Cumplimiento aceptable		Cumplimiento incorrecto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin complicación	71	94.7	0	0	0	0	71	94.7
Con complicación	4	5.3	0	0	0	0	4	5.3
TOTAL	75	100	0	0	0	0	75	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Prueba Chi² binomial = 0.004 p = 0.95

La **Tabla N° 14** muestra la relación del cumplimiento de los cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones en el postoperatorio donde el 100% de las enfermeras cumplen de manera adecuada sus cuidados, a pesar de lo cual el 5.33% de pacientes se complicaron en esta etapa.

Se deduce que las enfermeras, aunque siempre cumplen de manera adecuada sus cuidados, una pequeña proporción de pacientes se complican en el postoperatorio, la prueba estadística muestra que no existe relación estadísticamente significativa entre el cumplimiento de los cuidados de enfermería y la presencia de complicaciones posoperatorias de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata.

TABLA N° 15

**RELACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE
DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. CLÍNICA PAZ
HOLANDESA – AREQUIPA, 2019.**

Cumplimiento	Transoperatorio				Postoperatorio			
	Con complicación		Sin complicación		Con complicación		Sin complicación	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	0	0 %	75	100 %	4	5.3 %	71	94.7 %
Aceptable	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Incorrecto	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	0	0 %	75	100 %	4	5.3 %	71	94.7 %

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2019.

Prueba χ^2 binomial = 0.004 p = 0.95

La **Tabla N° 15** muestra la relación del cumplimiento de los cuidados de enfermería en la prevención de las complicaciones en el trans y postoperatorio, donde se aprecia que el 100% de las enfermeras cumplen de manera adecuada sus cuidados y no se presentan complicaciones en el transoperatorio, pero sí en baja proporción en el postoperatorio. Se deduce que las enfermeras siempre cumplen de manera adecuada sus cuidados, y la prueba estadística muestra que no existe relación significativa entre el cumplimiento de los cuidados de enfermería y la prevención de complicaciones trans y postoperatorias de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata.

CONCLUSIONES

- Primero.** El cuidado transoperatorio y posoperatorio de enfermería en la atención de salud de pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata en la Clínica Paz Holandesa se cumplen de manera adecuada.
- Segundo.** Se presentaron complicaciones en 5.26% de pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata en la Clínica Paz Holandesa, principalmente con hemorragia.
- Tercero.** El adecuado cuidado transoperatorio y posoperatorio de enfermería al análisis descriptivo tiene relación en la prevención de complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata en la Clínica Paz Holandesa sin embargo al análisis estadístico no se encuentra relación.

RECOMENDACIONES

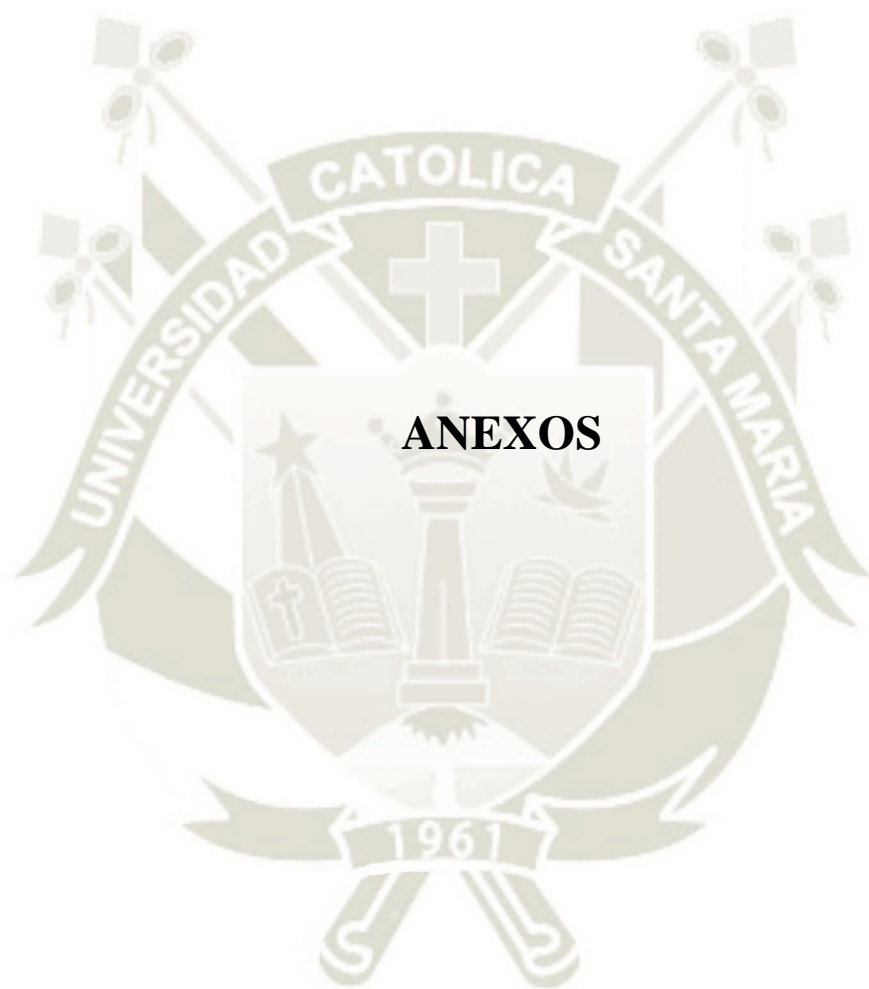
- Primero.** A la Jefatura de Enfermería se le recomienda hacer las coordinaciones respectivas para que se implemente el uso del esquema de SOAPIE en el registro de notas de enfermería ya que en los servicios donde se desarrolló la presente investigación (Centro Quirúrgico y Hospitalización) se registran notas sin diagnósticos enfermeros y sin planificación de los cuidados.
- Segundo.** A la directora de la Clínica Paz Holandesa se le recomienda hacer las coordinaciones respectivas para realizar supervisiones en el servicio de Centro Quirúrgico durante el desarrollo de las intervenciones quirúrgicas, evaluando el motivo por el cual la hoja de cirugía segura no siempre es llenada de manera correcta puesto que es un documento de responsabilidad de todo el equipo quirúrgico.
- Tercero.** A la jefatura de Enfermería se le recomienda considerar los ítems de la presente investigación en los que aún existe cierta dificultad, en cuanto al cuidado de enfermería en el transoperatorio y posoperatorio, para que puedan ser mejorados y así mismo destacar y seguir reforzando la mayoría de los ítems en los que no existe dificultad para que sigan siendo llevados a cabo.

REFERENCIAS

1. Sánchez Ormeño J. Síndrome de reabsorción post-RTU prostática. [en línea].; 2016 [fecha de acceso 2019 Mayo 15]. disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/sindorme-de-reabsorcion-postrtu-prostatica-557.htm>.
2. El comercio. El 60% de peruanos mayores de 50 años sufre males de próstata. [en línea].; 2017 [fecha de acceso 2019 Mayo 15]. disponible en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/60-peruanos-mayores-50-padecen-enfermedades-prostata-noticia-474961>.
3. Susanibar Napuri L. Resección transuretral de próstata vs tratamiento médico. [en línea].; 2011 [fecha de acceso 2019 Junio 13]. disponible en: <http://www.elblogdeurologia.com/2011/01/reseccion-transuretral-de-prostata-vs.html>.
4. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. 10ª ed. México: Mc Graw Hill; 2005.
5. Brenes Bermúdez FJ, Carballido Rodríguez , Cózar Olmo JM. Hiperplasia benigna de próstata (HBP). Alcocer A, editor. Madrid: Grupo IMC; 2013.
6. Prósper Sierra , Catalá Mortelano L, Monedero Alonso , Santamaria Meseguer. Hiperplasia Benigna de Próstata. [en línea]. [fecha de acceso 2019 Julio 3]. disponible en: https://www.academia.edu/12427400/Luis_Monedero_Alonso_HIPERPLASIA_BENIGNA_DE_PR%C3%93STATA.
7. Medwave. Hiperplasia benigna de próstata (adenoma prostático) - diagnóstico. [en línea].; 2011 [fecha de acceso 2019 Julio 6]. disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/adenoma/2590>.
8. Brenes J, Carballido J, Cózar M, Pro A, Hernández C, Miñana B, et al. Pautas de actuación y seguimiento. Madrid: Cedaceros; 2013.
9. Kuntz RM. Laser treatment of benign prostatic hyperplasia. World J Urol. 2007 Jun. 25(3):241-7.
10. Castillo OA, Sánchez-Salas R, Vidal-Mora I, Campos R, Feria-Flores M. Cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales en urología: dónde estamos y hacia dónde vamos. Archivos Españoles de Urología 2009.

11. Fitzpatric, JM, Mebust WK. Minimally Invasive and Endoscopic Management of Benign Prostatic Hyperplasia. En Walsh: Campbell's Urology. 8th Ed. Elsevier Science. 2012.
12. García García A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Actualización de enfermería en cirugía general, traumatológica y urológica. In Seisdedos EA, editor.. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2009. p. 69-116.
13. Jiménez Calvo J, Raigoso O, Pinos M y cols. Cirugía mayor ambulatoria: Nuestra experiencia. Actas Urol. Esp.; 2012. 26: 384.
14. Mebust W. Prostatectomía transuretral: complicaciones inmediatas y postoperatorias. Chile. 2000.
15. Seftel AD, Rosen RC, Rosenberg MT, Sadovsky R. Benign prostatic hyperplasia evaluation, treatment and association with sexual dysfunction: practice patterns according to physician specialty. Int J Clin Pract. 2008 Apr. 62(4):614-22.
16. Du GAS B.W. Tratado de Enfermería Práctica. 4th ed. Madrid: Interamericana ; 2000.
17. Calvo Villa G. 7enfermera instrumentista. [en línea].; 2015 [fecha de acceso 2019 agosto 18]. disponible en : https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enf_quirofano.pdf.
18. Bravo Peña Mery. Guía Metodológica del Proceso de Atención de Enfermería Taxonomía Nanda NOC NIC. 3ra ed. 2012.
19. Gea M. Llorca, De Mena Evaluación de los Cuidados Post Operatorios a los pacientes intervenidos de una resección transuretral de próstata. Estudio realizado en España. .España, 2006.
20. Oelke M., Bachmann A. Guía clínica sobre el tratamiento conservador de los SVUI masculinos no neurogenos. Asociación Europea de Urología 2010.
21. Guía clínica AUGÉ. Estudio manejo médico, quirúrgicos de pacientes con crecimiento prostático benigno sintomático Rev. med chile 2011; 50.
22. Arnaud Cherasse, Alexandre de la Taille, Jean-Michel Dubernard. Cirugía de la Próstata. 3th ed. Elsevier; 2011.
23. Mamani Araña F. Protocolo de atención de enfermería para pacientes postoperados de prostatectomía en el servicio de cirugía varones del Hospital Clínico Viedma. [Tesis Maestría]. Cochabamba: Universidad Nacional Siglo XX Alsie Consultores Pedagógicos Convenio Alsie – UNSXX; 2015.
24. Aylas Ramírez E. Cuidados de enfermería en adultos prostatectomizados en Hospital de Trujillo, 2015. [Tesis título profesional].Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2015.

25. Llontop Chumioque J. Ludeña Salazar R. Complicaciones postoperatorias de la Hiperplasia Benigna de Próstata en el Hospital Luis Heysen Inchaustegui durante el periodo enero 2012 – diciembre 2014. [Tesis título profesional]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015.
26. Subia Espinoza L. Calidad del cuidado de enfermería a pacientes pos operados de cirugía prostática – Hospital III Goyeneche. Arequipa 2017. [Tesis título profesional]. Puno. Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
27. Rassweiler J, De La Rosette J.: Bipolar TURP treatment for BPH refractory to medication: the past, present and future surgical reference standard. J Endourol 22(9): 2111-2115; 2009.
28. Revista médica electrónica Portales Medicos. Plan de cuidados de Enfermería en pacientes intervenidos por Hiperplasia Benigna de Próstata. [en línea].; 2017 [fecha de acceso 2019 Setiembre 26.] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-hiperplasia-benigna-prostata/2/>.
29. Del Campo F, Cirugía Endoscópica Urológica. Boletín de la escuela de Medicina 2015; 23 (2): 15-20.
30. Alcázar Velásquez C. Características clínicas y tratamiento quirúrgico con Laser Greenlight en pacientes portadores de hiperplasia benigna de próstata en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2012 - 2015. [Tesis título profesional]. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín; 2016.



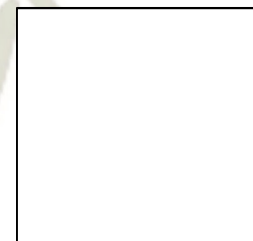
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:.....
con DNI: enfermera de la Clínica Paz Holandesa mediante este documento reconozco haber sido informado/a sobre el estudio de investigación “Cuidado de enfermería en la prevención de complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente de resección transuretral de Próstata. Clínica Paz Holandesa Arequipa, 2019” y acepto participar de forma voluntaria y responsable brindando información real para los fines necesarios.

Reconozco que la información que se provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firma:

Arequipa,..... Octubre del 2019.



Huella índice derecho

ANEXO 2: CÉDULA DE PREGUNTAS

Estimada/o colega, la presente investigación tiene por finalidad identificar algunos aspectos de importancia para la profesión, por tanto, le rogamos responder con veracidad a las preguntas. Las respuestas son confidenciales.

A continuación, se presenta una serie de enunciados relacionados con el cuidado de Enfermería en pacientes intervenidos quirúrgicamente de Resección Transuretral de Próstata en los cuales usted deberá marcar con un aspa (x) ya sea SI, A veces o No de acuerdo a los cuidados que usted brinde. Las preguntas están formuladas de acuerdo a su servicio de trabajo, si usted labora en el servicio de Centro Quirúrgico responda la pregunta que corresponden a la fase transoperatoria, si usted labora en el servicio de Hospitalización responda las preguntas que corresponden a la fase posoperatoria inmediata y mediata.

Servicio en el que labora: Centro Quirúrgico () Hospitalización ()

FASE TRANSOPERATORIA	Si	A veces	No
Enfermera Instrumentista II:			
1. ¿Realiza la desinfección del mobiliario del quirófano?			
2. ¿Comprueba la disponibilidad de un stock suficiente de aguas destiladas para la intervención quirúrgica?			
3. ¿Verifica el correcto funcionamiento de equipos quirúrgicos (Electrocauterio, Aspiración, Luz de cialíticas)?			
4. ¿Verifica el correcto funcionamiento de los componentes electro médicos de la torre de endoscopia urológica?			
5. ¿Revisa Historia Clínica del paciente (Datos del paciente, firma de consentimiento informado, exámenes pre quirúrgicos y órdenes médicas)?			
6. ¿Realiza entrevista al paciente preguntando información relevante para la cirugía?			
7. ¿Participa en el traslado del paciente de la camilla a la mesa quirúrgica?			
8. ¿Protege la privacidad del paciente con cobertores?			
9. ¿Monitoriza funciones vitales de ingreso y las registra?			
10. ¿Participa en la inducción anestésica?			
11. ¿Coloca placa de retorno verificando que este en buenas condiciones?			
12. ¿Cuida la seguridad del paciente realizando sujeción de brazos y piernas, así como la protección de zonas de presión?			
13. ¿Realiza el lavado de la zona operatoria?			
14. ¿Aplica junto con el equipo quirúrgico la lista de cirugía segura?			
15. ¿Mantiene el quirófano limpio y ordenado?			
16. ¿Realiza registro de enfermería aplicando SOAPIE?			
17. En cuanto a la irrigación intraoperatoria ¿Registra el tipo de solución empleada?			

18. ¿Registra la cantidad de litros que se utilizó en la irrigación intraoperatoria?			
19. ¿Realiza un adecuado envasado y fijación (formol al 10%) de la muestra?			
20. ¿Traslada al paciente en camilla con barandas?			
21. ¿Vigila las características de la bolsa colectora y la irrigación del paciente hasta que es entregado al área de recuperación o a su servicio?			
Enfermera Instrumentista I:			
22. ¿Planifica la cirugía preparando equipos e insumos a utilizar?			
23. ¿Verifica que los indicadores químicos de esterilidad de la ropa quirúrgica hayan virado favorablemente?			
24. ¿Verifica que los indicadores químicos de esterilidad del instrumental hayan virado favorablemente?			
25. ¿Adjunta a la hoja de cirugía segura los indicadores de esterilidad?			
26. ¿Sumerge los equipos en el D.A.N. asegurando su correcta desinfección?			
27. ¿Cuida la esterilidad en todo momento?			
28. ¿Realiza correcto lavado y desinfección del instrumental desmontando los equipos?			

Calificación

Nº de ítems: 28

Puntuación: Si (2 pts.) A veces (1pto.) No (0 pts.)

Valor total: 56 pts.

Categoría	Puntaje
Adecuado	37 a 56
Aceptable	18 a 36
Incorrecto	0 a 17

FUENTE: Elaboración propia

FASE POSOPERATORIA			
POSOPERATORIA INMEDIATA	Si	A veces	No
1. ¿Recibe al paciente procedente de la unidad quirúrgica y realiza medición de signos vitales enfatizando tensión arterial y pulso?			
2. ¿Mantiene sonda vesical permeable?			
3. La cistoclisis demanda una vigilancia extrema ¿Mantiene usted el ritmo de goteo indicado para evitar que exista retención urinaria por coágulos?			
4. ¿En caso de retención urinaria da aviso de alerta al médico tratante?			
5. En caso de retención urinaria por coágulos ¿Realiza lavados vesicales?			

FASE POSOPERATORIA MEDIATA	Si	A veces	No
6. ¿Vigila que el paciente no ingiera alimentos después de haber salido de la unidad quirúrgica según la indicación médica?			
7. ¿Envía al laboratorio los exámenes que sean indicados, vigilan que se realice la extracción de muestra y reclaman los resultados?			
8. ¿Realiza el cumplimiento estricto de la terapéutica prescrita por el médico (hidratación, administración de antibioticoterapia y analgésicos)			
9. ¿Realiza un adecuado balance hídrico del paciente observando características de la orina y lo registra?			
10. ¿Brinda apoyo emocional a pacientes y familiares explicándole los aspectos referentes a la cirugía haciendo énfasis en la importancia del reposo en el momento del alta para evitar hemorragias secundarias?			
11. ¿Realiza registro de enfermería aplicando esquema SOAPIE?			

Calificación

Nº de ítems: 11

Valor Mx. de Ítems: 2 pts

Valor total: 22 pts

Categoría	Puntaje
Adecuado	15 a 22
Aceptable	8 a 14
Incorrecto	0 a 7

FUENTE: Elaboración propia

ANEXO 3: GUÍA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL

(Fuente: Historias Clínicas)

1. **Edad:** _____ años
2. **Antecedentes de intervenciones quirúrgicas:**
 - a. No
 - b. Si _____
3. **Alergia a medicamentos**
 - a. No
 - b. Si _____
4. **Presenta comorbilidades:**
 - a. Ninguna
 - b. Hipertensión
 - c. Diabetes
 - d. Gastritis
 - e. Otras _____
5. **Diagnóstico Preoperatorio:**
6. **Operación realizada:** _____
7. **Tipo de energía utilizada:**
 - a. RTU – P con energía Monopolar ()
 - b. RTU – P con energía Bipolar ()
8. **Tiempo quirúrgico:** _____
9. **Días de Hospitalización Pos operado:** _____
10. **¿Se presentaron complicaciones?**
 - a. Si ()
 - b. No ()
11. **Tipo de complicación**
 - a. Perforación de Capsula Prostática () Uretra () Vejiga ()
 - b. Obstrucción de Sonda Vesical
 - c. Hemorragias
 - d. Bacteriemia
 - e. Síndrome Pos RTU-P
 - f. Priapismo
 - g. Otro: _____