



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina

*Cuidados de Enfermería Quirúrgica en Paciente con  
Prostatectomía: Caso Clínico*

Presenta:

**LE. José Francisco Téllez Vázquez**

Para Obtener el Grado de  
Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica

Septiembre, 2023



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina

*Cuidados de Enfermería Quirúrgica en Paciente con  
Prostatectomía: Caso Clínico*

Presenta:

**LE. José Francisco Téllez Vázquez**

Para Obtener el Grado de  
Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica

Director de Tesina:

**ME. Miguel Angel Zenteno López**

Septiembre, 2023

**Tesina:** Cuidados de Enfermería Quirúrgica en Paciente con Prostatectomía: Caso Clínico

**Número de registro:** SIEP/EEMQ/004/23.

**Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional**

---

ME. Miguel Angel Zenteno López  
**Presidente**

---

DCE. Francisco Javier Báez Hernández  
**Secretario**

---

EMQ. Daniel Apolonio Tapia  
**Vocal**

---

ME. Miguel Angel Zenteno López  
**Presidente**

MCE. Erika Pérez Noriega  
**Directora de la Facultad de Enfermería**

DCE. Francisco Javier Báez Hernández  
**Secretario de Investigación y Estudios de  
Posgrado**

## Agradecimientos

Agradezco a mis padres por el gran apoyo que me han brindado para poder cumplir mis metas personales y profesionales.

Gracias a mi director de tesina el ME. Miguel Angel Zenteno López por su tiempo, profesionalismo y dedicación para apoyarme en cada momento, por tener la disponibilidad de compartir enteramente su conocimiento y gran experiencia. Así mismo a mis docentes académicos y clínicos que me han brindado de las mejores herramientas para alcanzar mis objetivos.

Agradezco a mis compañeras y amigas de especialidad por todos los momentos juntos, por compartir su tiempo y experiencia. Gracias por las clases compartidas, las actividades realizadas en conjunto y las historias vividas.

Por último agradecer a la Facultad de Enfermería BUAP por abrir sus puertas y darme la grandiosa oportunidad para desarrollar mis capacidades profesionales.

## Dedicatoria

A mi madre Elisa por darme el soporte necesario para poder concluir mis estudios, a mi querida Nohemi Olmedo Robles por apoyarme incondicionalmente todos los días, sin ti habría sido imposible llevar a cabo este enorme paso profesional en mi vida, gracias por tu tiempo, cariño, paciencia, y por estar siempre para mí y mi hija Naomi a quien agradezco su alegría, amor y comprensión en cada uno de mis días complicados. Gracias por ser mi fuerza principal.

Finalmente a mi amigo y director de tesina el M.E. Miguel Ángel Zenteno López por cada una de sus palabras y enseñanzas para formarme como un excelente profesional.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Marco de Referencia	6
1.2 Propósito/Objetivo del Estudio	9
Capítulo II	
Metodología	11
2.1 Diseño del Caso Clínico	11
2.2 Proceso Enfermero	11
2.2.1 Valoración	13
2.2.2. Diagnóstico	17
2.2.3. Plan de Cuidados de Enfermería	17
2.2.4. Ejecución y Evaluación del Cuidado	17
2.3 Plan de Alta	33
Capitulo III	
Conclusión	35
Referencias	37
Tabla 1. Biometría hemática	12
Tabla 2. Química sanguínea	12
Tabla 3. Tiempos de coagulación	12
Tabla 4. Electrolitos séricos	12
Tabla 5. Examen general de orina	13
Tabla 6. Antígeno prostático	13
Tabla 7. Plan de cuidados de enfermería durante el preoperatorio 1	17
Tabla 8. Plan de cuidados de enfermería durante el preoperatorio 2	18
Tabla 9. Descripción del procedimiento quirúrgico	23
Tabla 10. Plan de cuidados de enfermería durante el transoperatorio 1	25
Tabla 11. Plan de cuidados de enfermería durante el transoperatorio 2	26
Tabla 12. Plan de cuidados de enfermería durante el posoperatorio inmediato 1	29
Tabla 13. Plan de cuidados de enfermería durante el posoperatorio inmediato 2	30

Tabla 14. Plan de cuidados de enfermería durante el posoperatorio mediato	32
Tabla 15. Plan de alta	33
Apéndices	
Apéndice 1. Escala de coma de Glasgow	42
Apéndice 2. Escala de Aldrete	43
Apéndice 3. Escala de EVA	44
Apéndice 4. Escala Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS)	44
Anexos 1. Consentimiento informado	45

## Resumen

Candidato para el Grado de:	Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica.
Fecha de Graduación:	Septiembre 2023
Universidad:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad:	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	Cuidados de Enfermería Quirúrgica en Paciente con Prostatectomía: Caso Clínico
Número de páginas	45
Área de Estudio	Enfermería Clínica

**Introducción:** La hiperplasia prostática benigna anormal, inhibe el flujo de uresis y líquido seminal, en etapas graves se requiere la resección de la próstata, lo cual implica que los profesionales de la salud que realizan el procedimiento quirúrgico tengan las habilidades necesarias para el éxito operatorio. Tal es el caso de enfermería quirúrgica la cual realiza cuidados específicos a través del proceso enfermero, mejorando los procesos de seguridad y calidad del proceso perioperatorio. No obstante, a través de la revisión de literatura científica relacionada no se encuentran estudios de caso de enfermería quirúrgica durante el proceso perioperatorio. **Objetivos:** Realizar un proceso enfermero con enfoque perioperatorio en un paciente con hiperplasia prostática benigna programado para prostatectomía abierta y aplicar actividades e intervenciones enfocadas para mejorar el estado de salud del paciente y disminuir los días de hospitalización. **Desarrollo:** Caso clínico mediante la aplicación del proceso enfermero. **Caso Clínico:** Los diagnósticos e intervenciones de enfermería fueron: 1. Preoperatorio: retención urinaria y dolor agudo dando como intervenciones la colocación de sonda vesical y manejo de medicación (analgesia); 2. Transoperatorio: los diagnósticos principales fueron riesgo de shock y riesgo de hipotermia perioperatoria, las intervenciones fueron administración de hemoderivados y regulación de la temperatura perioperatoria y; 3. Posoperatorio los diagnósticos fueron déficit de volumen de líquidos e hipotermia y las intervenciones realizadas fueron el manejo de la hipovolemia y regulación de la temperatura. Los resultados obtenidos alcanzaron puntuaciones de cambio satisfactorias de +1 y +2. **Conclusión:** Los diagnósticos, intervenciones y actividades aplicados mejoraron la condición del paciente de manera significativa al considerar las tres etapas del proceso perioperatorio.

**Palabras Clave:** Hiperplasia prostática, enfermería quirúrgica, cuidados perioperatorios, proceso de enfermería, caso clínico.

Firma del director de Tesina: ME. Miguel Angel Zenteno López.

## Capítulo 1

### Introducción

La Hiperplasia Prostática (HP) se define como el incremento de infiltrados inflamatorios de tipo crónico degenerativo anómalo y/o propio del ciclo vital humano que conllevan a una lesión tisular y fibrosis, desencadenando el crecimiento progresivo de la glándula prostática, la cual se ubica debajo de la vejiga y rodea la uretra. Su crecimiento anormal, inhibe el flujo de uresis y líquido seminal (Guzmán y García-Perdomo, 2020; Rosas, 2006).

En América Latina la letalidad de la HP se reporta en 413,000 nuevos casos en personas a partir de 50 años. De ellos, el 20.5 % ( $f=85,000$ ) fallece a causa de esta enfermedad. Además, se estima que 6 de cada 10 casos se detectan en personas de  $\geq 65$  años. En países como México, la situación no es diferente, se calculan 9.8 muertes por cada 100 mil hombres, lo que lo vuelve el cáncer más letal (Procuraduría Federal del Consumidor [PROFECO], 2019). Asimismo, dentro de sus estados más afectados, se encuentra Puebla donde la probabilidad de presentar complicaciones por HP comienza a partir de los 60 años de edad con un 10%, 70 años de 10 a un 30% y de 80 años  $\geq 30\%$  (Castilla, 2020).

La HP es un padecimiento habitual que se desarrolla a través de la edad de acuerdo al ciclo vital humano, su incremento anormal y el desarrollo de una neoplasia puede ser condicionada por dos tipos de factores, conductuales o genéticos. En los primeros se encuentra la ingesta excesiva de calcio, zinc, grasas animales, uso prolongado de fármacos como las estatinas, presencia de infecciones de transmisión sexual, antecedente quirúrgico de vasectomía y exposición a la radiación o sustancias químicas; y en los segundos, interfieren las mutaciones genéticas hereditarias específicamente los genes de reparación e

incremento de la testosterona y ser de raza negra (Sociedad Americana del Cáncer, 2020; Islas et al. 2020).

Los síntomas de la HP se presentan a medida que aumenta el daño en la próstata y se clasificarán en dos: obstructivos e irritativos. Dentro de los obstructivos, se encuentra la incontinencia urinaria por rebosamiento, disminución del calibre, fuerza de evacuación, retención urinaria y micción intermitente o prolongada; e irritativos, se encuentra la nicturia, disuria, dolor supra púbico, hematuria y micción imperiosa (Islas et al. 2020; Rosas 2006).

De acuerdo a su clasificación, la HP se divide en cuatro grados tomando como referencia el diámetro anteroposterior y el volumen de la siguiente manera: El Grado I: 30-38 mm hace referencia al volumen cúbico de 20 a 36 cm<sup>3</sup>; Grado II: 38-45 mm con un volumen cúbico de 36-60 cm<sup>3</sup>; Grado III: 45-55 mm con un volumen de 60-90 cm<sup>3</sup>; y por último el Grado IV:  $\geq 55$ mm con un volumen cúbico  $\geq 90$  cm<sup>3</sup> (Sosa, Burguera y Rivera, 2020).

Asimismo, el diagnóstico se realiza en tres fases; primero, se elabora una historia clínica para catalogar la severidad de los síntomas descritos en el anterior párrafo, a través del uso de instrumentos de valoración como el International Prostate Symptoms Score (IPSS), que valora la calidad de vida y la intensidad de los Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI), durante los últimos treinta días. Cuando el paciente tiene más de 8 puntos es igual a un resultado moderado; segundo, se realiza un examen físico en la región suprapúbica para valorar la presencia de vejiga palpable y tacto rectal para valorar el tamaño, dureza, textura y forma de la próstata; y tercero, se realiza examen de diagnóstico complementario y diferencial con pruebas de glicemia y creatinina; además, se tomarán en cuenta pruebas de

antígeno prostático para descartar riesgo de padecer cáncer (Tabla 1 y 2); además, se consideran estudios de imagen para detectar la presencia de litos en caso de infecciones de vías urinarias constantes y el volumen residual de orina pre y post miccional para determinar el tratamiento médico indicado ya sea farmacológico o quirúrgico; este último, dependiendo del tamaño se decidirá el abordaje (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018)

En consecuencia, el tratamiento ideal para la HP consiste en conservador y quirúrgico. En el conservador, se sugiere utilizar los bloqueadores alfa 1, inhibidores de 5 alfa reductasa, los agonistas receptores muscarínicos, inhibidores de 5 fosfodiesterasa, análogos de la vasopresina y agonistas beta 3 para tratar la sintomatología de STUI que va de moderada a severa y prevenir la progresión de la enfermedad al disminuir la retención aguda de orina. Finalmente, el tratamiento combinado tiene mejores resultados a diferencia de la monoterapia y será indicado dependiendo de la sintomatología del paciente, No obstante, cuando el tratamiento farmacológico fracasa y/o continúan los STUI severos se opta por el tratamiento quirúrgico (IMSS, 2018).

Los abordajes sugeridos más usuales para el tratamiento quirúrgico de la Hp son cuatro:

1. la Resección Transuretral de Próstata (RTUP), la cual consiste en la resección de la hiperplasia prostática obstructiva por medio de un endoscopio vía ureteral que se realiza con un asa diatérmica con energía monopolar o bipolar;
2. La Incisión Transuretral de Próstata (ITUP) es un procedimiento quirúrgico endoscópico para próstatas menores a 30 gramos, en la que se incide en la próstata hasta su capsula;
3. La enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) está indicada en próstatas mayores a 60 gramos y se realiza resección del adenoma prostático con láser de Holmio;
- y 4. En casos con HP mayores a 80

gramos se realiza la Prostatectomía Abierta (PA) al cual consiste en la extracción del adenoma prostático con abordaje abdominal, éste puede ser retropúbica y suprapúbica. (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018). No obstante, la elección de la técnica quirúrgica está condicionada por los recursos económicos, técnicos y equipo biomédico con los que cuente la institución (Díaz-Pérez, Vega-Ochoa, Domínguez-Lozano, Carrillo-González y González-Puertas, 2020).

Para el logro del tratamiento quirúrgico para la HP, es importante que los profesionales de enfermería cuenten con el conocimiento necesario en las técnicas quirúrgicas y las innovaciones actuales para garantizar el éxito del procedimiento y recuperación del paciente (Pérez, Becerra y Delgado, 2021). Uno de los profesionales más relevantes en el proceso perioperatorio es enfermería, debido a que es la encargada de brindar cuidados integrales conforme a sus necesidades fisiológicas que condiciona la patología, tomando en cuenta requerimientos espirituales y emocionales del paciente (Echeverría y Pérez, 2017).

Más aún, cuando el profesional de enfermería se especializa en procesos perioperatorios aumenta y mejora las intervenciones en este tipo de población ejerciendo cuidados específicos ya que se ha demostrado que mejora la seguridad e integridad del paciente durante su estancia hospitalaria, al disminuir complicaciones como: riesgo de infecciones, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, riesgo de estreñimiento, retención urinaria y deterioro de la movilidad física (Castañon, Duergel y Gibert, 2017).

En estudios relacionados de caso (Pinilla, et al., 2022; Pes, et al., 2021; Bernal, et al., 2021; Rezende, Da Silva y Silveira. 2018; y Appoloni, Napoleã, Carvalho, 2016) que tuvieron como objetivo el diseño y análisis de planes de cuidados de atención de enfermería en pacientes post operados de prostatectomía para disminuir complicaciones. Encontraron

que los cuidados/intervenciones de salud más prevalentes son: el manejo del dolor, vigilancia de la piel, cambio de posición corporal, mejora del sueño-descanso, disminución de la ansiedad, ayuda con el autocuidado, control del estrés, monitorización de las funciones vitales, manejo de líquidos, termorregulación, control de infecciones, cuidados de catéter urinario, cuidados de drenajes, escucha activa, apoyo emocional, asesoramiento sexual, enseñanza del procedimiento y control de medio ambiente hospitalario mejoran el tiempo de la recuperación y estancia hospitalaria. Por lo tanto, concluyen que para el logro del procedimiento quirúrgico en HP el profesional de enfermería debe tener un amplio conocimiento sobre la patología, realizar una valoración y aplicación de intervenciones sistemáticas desde el pre quirúrgico y dar seguimiento después del alta del paciente en unidades de salud de primer nivel de atención.

Por lo que, si se considera que la HP es una enfermedad crónico degenerativa que afecta a un porcentaje elevado de hombres en el mundo y México; que el tratamiento implica cuidados específicos dados por enfermería durante el proceso perioperatorio para el logro de un pronóstico favorable; y que a través de la revisión de literatura de estudios relacionados no se encuentran o se mencionan en sus resultados intervenciones que abarquen el proceso perioperatorio, uso de valores clínicos de referencia que orienten la mejora de cambios de valores fisiológicos, uso de guías de práctica clínica, estudios de enfermería realizados en México y participación del especialista en enfermería quirúrgica. Entonces, cobra importancia la elaboración de un caso clínico basado en la aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un paciente con HP que contemple los aspectos no abordados. Lo cual podrá aumentar el soporte y fundamentación de las intervenciones de

enfermería desde la perspectiva del especialista con la finalidad de mejorar el pronóstico y la recuperación del paciente.

## **1.2 Marco de Referencia**

En el siguiente apartado se describe la fisiopatología de la Hiperplasia Prostática y el proceso de atención de enfermería que se utilizará para el estudio, así como sus objetivos.

### **1.2.1 Fisiopatología**

La etiología de la HP puede deberse a distintas causas; sin embargo, los estudios realizados han demostrado que los cambios estructurales de la próstata se relacionan con el sistema endocrino. Tomando en cuenta el mecanismo intracelular básico, la testosterona se transforma por la acción de la enzima  $5\alpha$ -reductasa en dihidrotestosterona, y ésta en conjunto promueve el crecimiento de la próstata. El aumento de las células prostáticas se produce por el desequilibrio de la dehidrotestosterona y el avance de la edad. La obstrucción vesical se compone de dos mecanismos; el estático que es la disminución de la luz uretral causada por el incremento del volumen prostático y el dinámico es el aumento del tono muscular del estroma. Por lo tanto los factores antes mencionados colaboran al aumento de la presión intravesical, a infecciones de tracto urinario inferior, lesiones del tracto urinario superior e insuficiencia crónica obstructiva. (Robles, Garibay, Acosta y Morales, 2019).

### **1.2.3 Proceso de Atención de Enfermería**

El modelo del cuidado de enfermería que se realiza en este trabajo es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el que se plasma y se justifica cada una de las actividades en respuesta a las necesidades del paciente con el fin de solucionar problemas, donde el

profesional de enfermería aplica el conocimiento científico basado en evidencia y toma las mejores decisiones desde el aspecto biomédico para brindar la atención y el cuidado para el individuo de manera personal. El PAE consta de cinco etapas:

1. Valoración: permite evaluar el estado de salud de manera planeada y sistemática en la que se adjunta la información sobre el estado de salud del paciente; se realiza una valoración general haciendo énfasis en los problemas de salud que afectan actualmente al paciente, utilizando los once patrones funcionales de Marjory Gordon, posteriormente al identificar que el estado de eliminación está afectado se procede a aplicar el IPSS.

2. Diagnóstico: es la segunda etapa en donde se ejerce un juicio clínico en respuesta a las necesidades que requieran atención y cuidados de enfermería que aumenten el nivel de bienestar del individuo.

3. Planeación: que es preparación de las actividades encaminadas a las necesidades de individuo que tienen como objetivo prevenir futuras complicaciones, controlar el estado actual del paciente y eliminar cualquier problema previamente identificado.

4. Ejecución: es la aplicación de las intervenciones planificadas para que el individuo alcance los resultados esperados y la evaluación que es la última etapa dentro del proceso de atención de enfermería en la cual se comparan los resultados esperados y el estado de salud actual del paciente (Secretaría de Salud, 2018).

#### **1.2.4 Estudios Relacionados**

Pinilla, et. al, (2022) Realizaron un caso clínico con un paciente de HP, al cual se valoró por medio de las necesidades de Virginia Henderson, con base a lo anterior las intervenciones implementadas se centraron al proceso espiritual y apoyo emocional,

encontrando como diagnóstico de enfermería principal; Temor relacionado con crisis situacional dificultad para hablar con otras personas sobre sus problemas y dificultad en la toma de decisiones y el segundo diagnóstico principal fue; Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con interés para el aprendizaje y explica su conocimiento del tema. Concluye que las actividades realizadas tienen una respuesta positiva en la comunicación y seguridad de paciente.

Pes, et. al. (2021). Realizaron un Caso Clínico en un paciente de hiperplasia de próstata donde los diagnósticos principales son; Dolor agudo relacionado con intervención quirúrgica manifestado por expresión facial; Deterioro de la movilidad física relacionado con malestar manifestado por enlentecimiento del movimiento; Déficit de autocuidado: higiene relacionado con debilidad y cansancio manifestado por incapacidad para realizar aseo personal; Ansiedad relacionado con cambio en el estado de salud manifestado por preocupación creciente y Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por el interés en el aprendizaje. Se plasman las actividades principales de cuidado en un paciente post operado de RTUP; control del dolor, ayuda con el autocuidado, control de la ansiedad y asesoramiento sobre su estado de salud. Concluye que realizar el proceso sistemático ayuda a mejorar la planeación de las actividades para mejorar la recuperación.

Bernal, et. al, (2021). Realizaron un caso clínico, valoraron al paciente por medio de las necesidades de Virginia Henderson, realizaron la interpretación de datos y la planificación de cuidados dentro los cuales las actividades principales son; manejo de dolor, prevención de hemorragias, cuidados de la sonda vesical, ayuda para el autocuidado manejo de la nutrición, y enseñanza del procedimiento y tratamiento. Concluyen que las actividades aplicadas tuvieron un resultado positivo, el paciente fue egresado sin complicaciones.

Rezende, Da Silva y Silveira. (2018). Realizaron una revisión bibliográfica focalizada a identificar la eficacia de las terapias alternativas para la recuperación temprana de la continencia urinaria posterior a la prostatectomía. Se encontró que al realizar los ejercicios para fortalecer el suelo pélvico de manera precoz tienen un impacto positivo, y a su vez puede ser combinada con terapia de biofeedback y electroestimulación disminuyendo notablemente el tiempo de recuperación, además de ser un tratamiento no invasivo que puede ser implementado en todos los pacientes. Sin embargo, las actividades realizadas fueron aplicadas mayormente por personal médico y fisioterapeuta, no obstante, es posible involucrar al profesional personal de enfermería.

Appoloni, Napoleã y Carvalho, (2016). Realizaron un estudio de revisión bibliográfica para identificar las intervenciones de enfermería en pacientes con disfunción eréctil después de ser sometidos a prostatectomía radical. Las intervenciones se enfocaron en el aspecto biológico, psicológico y comportamental, apoyo al paciente, enseñanza del tratamiento y a la enfermedad, respeto a la individualidad del paciente, preparación del entorno para el abordaje y terapia en pareja. La conclusión de estos autores es que el personal profesional de enfermería tenga el conocimiento necesario sobre función sexual, y habilidades para la comunicación efectiva enfermero-paciente para poder proporcionar intervenciones y cuidados que mejoren la calidad de vida y de bienestar del individuo.

### **1.2.5 Objetivo General**

Implementar cuidados de enfermería durante el proceso perioperatorio en un paciente sometido a prostatectomía mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería.

### 1.2.5.1 Objetivos específicos

- Realizar la valoración integral del paciente mediante los once patrones funcionales de Marjory Gordon durante el proceso perioperatorio.
- Efectuar los diagnósticos de enfermería prioritarios durante el proceso perioperatorio en un paciente sometido a prostatectomía
- Desarrollar la planeación de intervenciones de salud durante el proceso perioperatorio en un paciente sometido a prostatectomía
- Implementar la ejecución de las intervenciones de salud planeadas en un paciente sometido a prostatectomía.
- Evaluar el cambio a de las respuestas fisiológicas y conductuales alcanzadas con la implementación de cuidados en pacientes sometidos a prostatectomía.

## Capítulo II

A continuación, se presenta el caso clínico del paciente dividido en la atención que recibió durante su estancia preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria.

### **Etapa Preoperatoria**

Lugar: Hospital de segundo nivel de atención, urgencias adultos.

### **Datos de identificación**

HCR paciente masculino de 72 años de edad, con fecha de nacimiento del 14 de enero de 1951. Originario de Tlacotepec Puebla, residente de Tehuacán, Puebla, zoonosis positiva a un perro vacunado y desparasitado, condiciones de vivienda con correcta ventilación, iluminación natural y artificial, cuenta con drenaje, sanitario dentro de la vivienda, realiza aseo diario y exposición a biomásas negativo. Vive con su familia, estado civil en unión libre, escolaridad primaria concluida, de ocupación albañil, no profesa ninguna religión.

Antecedentes heredofamiliares; línea materna y paterna interrogados y negados. Antecedentes patológicos; niega diabetes e hipertensión, alergias interrogadas y negadas, sin cirugías previas, niega fracturas, hemotransfusiones, hospitalizado por problemas respiratorios hace 5 años, enfermedades negadas y toxicomanías; alcoholismo de manera ocasional (cada dos meses) sin llegar a la embriaguez.

Acude a la unidad hospitalaria al servicio de urgencias estado de conciencia con GLASGOW de 15, presenta dificultad para miccionar con síntomas del tracto urinario inferior; flujo intermitente, disminución de fuerza y chorro, disuria, incontinencia por rebosamiento, sensación de vaciado incompleto - aumento de la frecuencia urinaria, nicturia y necesidad de pujar con una puntuación de 15 IPSS, refiere dolor en región

suprapúbica con puntuación 7/10 en escala de EVA, se realiza USG vesical en el cual se aprecian imágenes compatibles con crecimiento prostático y se observa una imagen que denota crecimiento de la mucosa vesical sin poder determinar el origen, se realiza radiografía de tórax donde se reporta silueta cardiaca de tamaño normal parénquima pulmonar con adecuada distribución de patrón de aire y vascular se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones donde se registra ritmo sinusal frecuencia cardiaca de 82 latidos por minuto, complejo PR; 176 MS, complejo QRS; 80 MS y complejo QT; 410 MS.

Tabla 1. Biometría hemática

Tipo de muestra	Resultado	Valores de referencia
Hemoglobina	11.7 g/dL	14-18 g/dL
Hematocrito	44.1%	42-52%
Plaquetas	326 <sup>3</sup> μL	130-400 <sup>3</sup> μL

Nota: Expediente del paciente HCR, Puebla Pue, 2023.

Tabla 2. Química sanguínea

Tipo de muestra	Resultado	Valores de referencia
Glucosa	99 mg/dL	65-110 mg/dL
Creatinina	0.9 mg/dL	0.50-1.50 mg/dL
Ácido úrico	3.9 mg/dL	3.5-7.2 mg/dL

Nota: Expediente del paciente HCR, Puebla Pue, 2023.

Tabla 3. Tiempos de coagulación

Tipo de muestra	Resultado	Valores de referencia
Tiepos de protombina	13 segundos	11-15 segundos
Indice internacional normalizado	1.04	0.8 – 1.2
Tiempo de tromboplastina parcial	26.4 segundos	25-41 segundos

Nota: Expediente del paciente HCR, Puebla Pue, 2023.

Tabla 4. Electrolitos séricos

Tipo de muestra	Resultado	Valores de referencia
Sodio	110 mEq/L	136-146 mEq/L
Potasio	4 mEq/L	3.5-5.1 mEq/L
Cloro	90 mEq/L	97-111 mEq/L

Nota: Expediente del paciente HCR, Puebla Pue, 2023.

Tabla 5. Examen general de orina

Tipo de muestra	Resultado	Valores de referencia	
Color de orina	Amarillo	-	-
Ph	7.5	4.6	8
Cantidad de bacterias	Escasas	-	-

Nota: Expediente del paciente HCR, Puebla Pue, 2023.

Tabla 6. Antígeno prostático

Tipo de muestra	Resultado	Valores de referencia
Antígeno prostático específico	3.8 ng/ml	0.54-3.7 ng/ml
Antígeno prostático específico libre	11.7%	Se sugiere biopsia

Nota: Expediente del paciente HCR, Puebla Pue, 2023.

### **Patrones funcionales de la salud**

#### 1. Patrón de mantenimiento y percepción de la salud.

Se considera una persona sana, refiere realizar aseo bucodental al despertarse y posteriormente después de cada ingesta de alimentos, el aseo persona lo realiza cada dos días, el cambio de ropa es diario, no consume tabaco, alcohol esporádicamente y no ha utilizado drogas, no es alérgico a ningún alimento o medicamento, la asistencia a valoración médica únicamente cuando se enferma, la actividad física que realiza es mínima por la condición en la que se encuentra, ya que no lo deja trabajar de manera normal. Actualmente conoce el proceso de su enfermedad ya que el médico tratante ha explicado ampliamente su situación. Cuenta con esquema de vacunación completo y 3 dosis de vacuna COVID (PFIZER).

#### 2. Patrón nutricional metabólico.

Los hábitos alimenticios son aparentemente buenos, consume aproximadamente 1 a 1.5 litros de líquidos claros por día, realiza 3 comidas al día: verduras; 3/7, frutas; 3/7,

legumbres; 3/7 y carnes; 3/7. No le desagradan ningún alimento, el apetito se ha conservado a pesar de la enfermedad.

### 3. Patrón de eliminación

Evacuación intestinal 1 vez por día, sin dificultad para evacuar, la evacuación urinaria está afectada ya que tiene dificultad para miccionar, presenta globo vesical con dolor suprapúbico y síntomas de tracto urinario inferior.

### 4. Patrón actividad y ejercicio

Con base a la actividad, refiere que ha disminuido ya que presenta incomodidad por la enfermedad y no puede laborar de la misma manera, no realiza ejercicio más que las actividades cotidianas. No se observa dificultad para la marcha ni limitación para la traslación, en tanto a la función cardiaca y respiratoria no tiene ningún problema

### 5. Patrón del sueño descanso

Las horas de sueño del paciente varían de entre 6 a 7 horas por día, sin embargo, refiere no descansar de manera adecuada por la constante sensación de querer miccionar durante el transcurso de la noche no utiliza medicamentos para lograr el sueño ni técnicas relajantes.

### 6. Patrón Cognitivo perceptual

No tiene dificultad para ver, no utiliza dispositivos como lentes o lentes intraoculares, identifica correctamente los olores, los sabores y no presenta cambios en la memoria, orientación y concentración, la sensibilidad es normal, no presenta datos de parestesias. Solo refiere tener ligera dificultad para escuchar.

#### 7. Percepción autopercepción y concepto de sí mismo.

Se considera una persona alegre, comunicativa, refiere sentirse bien con su imagen corporal a pesar de la edad, no tiene dificultad para la toma de decisiones, sin embargo, se ha sentido desanimado por el proceso de enfermedad que cursa.

#### 8. Patrón rol relaciones

Estado civil en unión libre, escolaridad primaria concluida, laboralmente se desempeña como albañil, sin embargo, ha dejado de laborar, y por el momento sus hijos lo apoyan económicamente. En su casa únicamente vive el con su cónyuge, la relación que lleva con ella es buena y con sus hijos también.

#### 9. Patrón de Sexualidad-Reproducción

Genitales acordes a edad y sexo testículos bien descendidos en bolsas escrotales sin presencia de masas pene en situación normal, uretra ocupada por sonda foley 16 fr.

#### 10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés

Refiere sentirse preocupado por el proceso de enfermedad que presenta y por el procedimiento quirúrgico que se planea. En su domicilio se había sentido incomodo por la enfermedad.

#### 11. Patrón de valores-creencias

No procesa ninguna religión.

### **Valoración cefalocaudal**

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, con presencia de diaforesis, Glasgow de 15, cráneo normocéfalo, pupilas de 3 milímetros con adecuada respuesta a estímulo luminoso, narinas permeables, mucosa oral húmeda, cuello cilíndrico, no se palpan escalonamientos, tráquea central y móvil, sin megalias, sin ingurgitación yugular. Tórax simétrico, con adecuados movimientos respiratorios, adecuada entrada y salida de aire, sin agregados, precordio con ruidos cardiacos rítmicos adecuados en intensidad y en frecuencia, sin soplo, extremidades superiores sin limitaciones articulares. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y a la opresión media y profunda, peristalsis presente en los cuatro cuadrantes sin datos de irritación peritoneal, genitales acordes a edad y sexo sin compromiso alguno. Distensión vesical, dolorosa a la opresión con sintomatología de tracto urinario inferior con presencia de uresis intermitente y presencia de hematuria. Extremidades inferiores simétricas, con buen tono muscular, articulaciones sin limitaciones o dolor. Llenado capilar de 2 segundos. Se monitorizan signos vitales, TA 137/72, TC 36.9, FR 23, FC 91 y Saturación de oxígeno 92%.

**Tabla 7. Plan de Cuidados de Enfermería durante el Preoperatorio 1**

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Diagnóstico de enfermería</p>	<p>Dominio: 3 Eliminación/intercambio  Clase: 1 Funcional urinaria 0002  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Retención urinaria pag.275</b></li> </ul> R/C hiperplasia prostática benigna y obstrucción del tracto urinario E/P disuria, distensión vesical, incontinencia por rebosamiento, flujo de orina débil, verbaliza sensación de orina residual, incremento de la frecuencia.  GPC: IPSS 15 puntos (sintomatología moderada)</p>			
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Intervenciones de enfermería</p>	<p>Campo: 1 Fisiológico: básico  Clase: B Control de evacuación  Intervención:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sondaje vesical</b></li> </ul> Actividades:  -Se explicó el procedimiento y fundamento del sondaje.  -Se reunió equipo adecuado y pre llenar el balón de la sonda para comprobar permeabilidad y tamaño.  -Se garantizó la intimidad del paciente y colocarlo en posición adecuada: decúbito dorsal.  -Se mantuvo la técnica aséptica estricta.  -Se limpió el área del meato uretral, introducir la sonda vesical, llenar el balón de la sonda, conectar la sonda a bolsa colectora de orina y mantener por debajo del nivel de la vejiga, colocar fijación de sonda vesical con los datos correspondientes.  -Se enseñó al paciente los cuidados apropiados de la sonda: tracción y deambulación con sonda.</p>			
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Evaluación</p>	<p>Resultado esperado</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Escala de medición</p>	<p>Evaluación</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eliminación urinaria</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor al orinar (1) – (3 ) EVA 7 – EVA 2</li> <li>• Retención urinaria (1)-(4)</li> <li>• Globo vesical palpable (2)-(5)</li> <li>• Vacilación al orinar (2)-(5)</li> <li>• Incontinencia urinaria (2)-(5)</li> <li>• Cantidad de orina (2)-(5) (Se drenan</li> </ul>	<p>1) Grave  2) Sustancial  3) Moderado  4) Leve  5) Ninguno</p>	<p>Puntuación basal: 2</p>
				<p>Puntuación diana: 4</p>
			<p>Puntuación cambio: +2</p>	

		410 ml de uresis hematórica)		
--	--	------------------------------	--	--

**Tabla 8. Plan de Cuidados de Enfermería durante el Preoperatorio 2**

Diagnóstico de enfermería	Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico 00132 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dolor agudo pag. 576</b></li> </ul> R/C lesión por agentes biológicos E/P distensión vesical, conducta excesiva, alteración en parámetros de los signos vitales, diaforesis y evidencia de dolor utilizando escala de EVA, puntuación de 7			
	Intervenciones de enfermería	Campo: 1 Fisiológico: complejo Clase: H Control de fármacos Intervención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Manejo de la medicación</b></li> </ul> Actividades: -Se ministraron los fármacos necesarios de acuerdo a la indicación médica: (ketorolaco 30mg i.v. c/12hrs, ceftazidima 1gr i.v. c/12rs y tamsulosina 0.4mg c/12 hrs. -Se mantuvo vigilancia de los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. -Se realizó vigilancia de posibles efectos adversos en el paciente.		
Evaluación		Resultado esperado	Indicadores	Escala de medición
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel del dolor</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor referido (1)-(4) EVA 7 a 2</li> <li>• Expresión facial (2)-(5)</li> <li>• Diaforesis (3)-(4)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (3)-(4) 22 rpm – 19 rpm</li> <li>• Frecuencia cardiaca (3)-(4) 91 lpm a 79 lpm</li> <li>• Tensión arterial (2)-(5) 137/72mm/Hg a 126/70mm/Hg</li> </ul>	1) Grave 2) Sustancial 3) Moderado 4) Leve 5) Ninguno	Puntuación basal: 3
				Puntuación diana: 4
Puntuación cambio: +2				

		Deterioro de la eliminación urinaria (1)-(5)		
--	--	--	--	--

## **Etapa Transoperatoria**

Lugar: Hospital de segundo nivel de atención, quirófano.

### *Sistema respiratorio*

Presencia de taquiapnea con 22 respiraciones por minuto.

### *Sistema cardiocirculatorio*

Tensión arterial estable con ligera tendencia a la hipertensión limítrofe, se reporta una cifra de 135/80 mm/Hg.

### *Sistema genitorurinario*

Portador de catéter vesical 16Fr. limpio con fijación y bolsa colectora de uresis. Presencia de hematuria previamente vaciada en recuperación, se reportan 280 ml.

### *Sistema nervioso*

Paciente refiere sensación de ansiedad, GLASGOW de 15, neurológicamente sin compromiso.

### *Sistema digestivo*

Día previo a procedimiento quirúrgico refiere haber evacuado sin complicaciones con puntuación de 4 en escala de Bristol. Presencia de leves sonidos hidroaereos.

### *Sistema genital masculino*

Genitales sin compromiso.

### *Sistema tegumentario*

Leve palidez de tegumentos.

### *Sistema musculoesquelético*

Sin limitación de la amplitud de movimientos articulares, únicamente disminución de la marcha y actividad física por catéter vesical y catéter venoso periférico.

### **Valoración cefalocaudal**

Paciente realiza baño en regadera e higiene bucal. Refiere haber realizado esta actividad para entrar limpio a cirugía. .

La dieta indicada en días anteriores fue blanda, sin tortilla, pan, o harinas, alta en fibra. Se encuentra en ayuno en un periodo aproximado de 12 horas.

Presento evacuación con característica en escala de Bristol de tipo 4, actualmente presencia de catéter vesical 16 Fr. Uresis de característica hematúrica macroscópica, hemoglobina de 11.6gr/dl, se cuantificaron 280 ml. de uresis en servicio de recuperación. Refiere dificultad para la traslación, ya que por la presencia de catéter venoso periférico y catéter vesical se le dificulta deambular, actualmente se encuentra en camilla y con apoyo para la traslación.

Refiere no haber podido descansar correctamente por la actividad y los estresores presentes en servicio de hospitalización.

Se encuentra consciente y orientado Glasgow de 15 puntos.

Refiere sentirse con ansiedad ante el procedimiento quirúrgico planeado.

### **Descripción de Eventos de acuerdo a la Lista de Verificación de Cirugía Segura**

#### **a) Antes de la anestesia**

Se realiza aseo de sala de operaciones, se comprueba la funcionalidad de equipo y mobiliario.

Ingresa paciente a sala de operaciones es trasladado con apoyo a mesa de quirúrgica, consciente Glasgow de 15, orientado, refiere sensación de ansiedad y nerviosismo, presenta

temblor corporal, cavidad oral sin prótesis dentales o dientes flojos, se observa acceso venoso periférico corto 16 G. permeable sin datos de edema o eritema, funcional con líquidos parenterales cloruro de sodio al 0.9 por ciento a 60 cc/hr. Portador de catéter vesical 16 Fr. sin rebosamiento, funcional, con bolsa colectora, uresis de característica hematúrica. Miembros pélvicos con medias antiembolicas sin limitación de amplitud de movimientos. Se procede a realizar la monitorización, hemodinamia estable 135/80, normotermico 36.0°C (refiere sensación de frío), taquicardia 86 lpm, taquipnea 22 rpm, nivel de saturación de oxígeno dentro de parámetros normales 91% sin apoyo de oxígeno suplementario, se reporta hemoglobina de 11.6gr/dl\* y hematocrito 40.2%\*. Se realiza cotejo sobre datos personales; nombre completo, fecha de nacimiento, edad y tipo de sangre y alergias. Se comprueba el procedimiento quirúrgico planeado y el sitio, posteriormente se coteja su firma de los consentimientos informados correspondientes. Médico especialista anestesiólogo informa contar con el equipo, funcionalidad y material necesario para el procedimiento. Paciente niega alergias, vía aérea de fácil acceso, riesgo de hemorragia mayor a 500 ml aproximadamente, se ha corroborado la disponibilidad de componentes sanguíneos. Instrumental, equipo y material quirúrgico completo.

#### **b) Antes de la Incisión**

Se realiza pausa quirúrgica por medio de enfermera circulante, se comprueba la presencia del equipo quirúrgico, se comprueba nuevamente la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico planeado. Identificación de pasos críticos; 1) disección vascular y resección prostática por medio de médico especialista, 2) No presenta complicaciones para la continuidad del procedimiento anestésico, 3) el instrumental, equipo, y material quirúrgico están completos y estériles, no hay ningún problema respecto a la funcionalidad.

Previamente el enfermero especialista realizo verificación de los indicadores de primera línea de los equipos, que el material no tuviera averías en su envoltura. Realizó aseo clínico de manos y procedió a abrir el bulto de cirugía general, colocó y organizó el material y el instrumental requerido para la cirugía, en todo momento se verificó que no hubiera factores que pusieran en riesgo la integridad de la esterilidad del equipo y material.

**Tabla 9. Descripción del Procedimiento Quirúrgico.**

<b>Procedimiento</b>	
<b>Cirujano</b>	<b>Enfermera(o) Quirúrgica(o)</b>
<p>1. El cirujano realiza asepsia y antisepsia en el área quirúrgica de la región (Desde la pared abdominal por debajo del diafragma hasta el tercio superior del muslo).</p> <p>2. Coloca campos quirúrgicos para delimitar el área operatoria (infraumbilical) y posterior fija lápiz de electro bisturí, tubo de succión /yankauer para que sean conectados</p> <p>3. Realiza incisión infraumbilical en la piel.</p> <p>4. Efectúa hemostasia, corta y disecciona el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis, el músculo recto y la grasa perivesical hasta llegar al espacio de Retzius.</p> <p>5. Con pinzas de ángulo pinza el plexo venoso y lo resecciona.</p> <p>6. Liga con seda libre 3-0 el plexo venoso.</p> <p>7. Procede a colocar dos hileras de catgut crómico en forma paralela con el fin de hacer hemostasia.</p> <p>8. Incide la capsula prostática en medio de las dos hileras ampliando la incisión con tijeras Metzenbaum o monopolar hasta identificar el</p>	<p>1. Proporciona vaso metálico con torundas con una Pinza de anillos o duraprep.</p> <p>2. Proporciona ropa del bulto de cirugía para que delimite el área y cubra paciente, y 5 pinzas de campo/backhaus.</p> <p>3. Proporciona mango de bisturí núm. 4 con hoja núm. 20 y baja a retorno.</p> <p>4. Proporciona pinzas de disección y monopolar, proporciona dos gasas y separador Balfour.</p> <p>5. Proporciona dos pinzas de ángulo y tijeras Metzenbaum.</p> <p>6. Prepara seda libre 3-0 en pinzas de ángulo.</p> <p>7. Prepara catgut crómico núm. 1 con aguja de /8 de círculo en porta agujas largo.</p> <p>8. Proporciona tijeras Metzembraum y monopolar.</p> <p>9. Proporciona varias pinzas Allis medianas.</p> <p>10. Prepara catgut crómico – en portaagujas largo.</p> <p>11. Proporciona dos separadores de vejiga.</p>

<p>adenoma prostático, el cual se disecciona en forma digital realizando la enucleación del mismo.</p> <p>9. Con pinzas Allis medianas sujeta la cápsula prostática. Procede a identificar los meatos uretrales y observa que exista salida de orina.</p> <p>10. Posteriormente efectúa trígono del cuello vesical.</p> <p>11. Con separadores de vejiga rechaza el cuello vesical; revisa la hemostasia.</p> <p>12. Cierra la cápsula prostática con catgut crómico núm. 1.</p> <p>13. Pasa la sonda por el meato uretral, previamente lubricada; infla el globo con 30 ml. de solución cloruro de sodio; conecta el equipo de venoclisis a la sonda.</p> <p>14. Coloca equipo de drenaje a succión de ¼” en el espacio de Retzius y lo extrae por contraincisión; lo fija con seda atraumática núm. 1.</p> <p>15. Afronta el músculo recto con catgut crómico 3-0, la aponeurosis con poligactina 910 núm. 1, el tejido celular subcutáneo con catgut simple 3-0 y la piel con nylon 3-0</p> <p>16. Coloca parche con gasa en la herida quirúrgica.</p> <p>17. Coloca la tracción a la sonda con la gasa, fijando la sonda a la pierna con tela adhesiva.</p>	<p>12. Prepara catgut crómico núm. 1 con aguja de medio círculo en portaagujas largo.</p> <p>13. Proporciona sonda de hematuria con lubricaína, jeringa desechable con solución salina y equipo de venoclisis.</p> <p>14. Proporciona punzón de sistema cerrado de alta presión y seda atraumática núm. 1.</p> <p>15. Prepara material de sutura para cerrar a herida quirúrgica.</p> <p>16. Prepara gasa sin cinta radiopaca.</p> <p>17. Prepara gasa sin cinta radiopaca húmeda.</p> <p>18. Entrega gasa estéril y apósito transparente estéril para colocar en región de herida quirúrgica.</p> <p>19. Retira material e instrumental quirúrgico.</p>
---	--

Nota: Tabla realizada con base a la técnica quirúrgica efectuada con el paciente HCR 2023.

### c) Antes de salir de Sala

Se procedió a realizar el aseo y la colocación de gasa y apósito transparente estéril en herida quirúrgica, se comprobó la funcionalidad y la fijación del drenaje cerrado de alta presión, se colocó bata hospitalaria y se sabana pre calentada para disminuir la

hipotermia perioperatoria. El recuento de gasas e instrumental estuvo completo, al igual que de suturas y punzocortantes, se procedió a rotular la pieza patológica.

**Tabla 10. Plan de Cuidados de Enfermería durante el transoperatorio 1**

Diagnóstico de enfermería	Dominio: 11 Seguridad/protección Pag. 156 Clase: 2 lesión física <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Riesgo de Shock Pag. 530</b></li> </ul> R/C dispositivos médicos (catéter vesical, e instrumentación quirúrgica), procedimientos quirúrgicos, síndrome de respuesta inflamatoria, traumatismos, extremos de edad, sangrado (hematuria).			
Intervenciones de enfermería	Campo: 1 Fisiológico: complejo Pag. 35 Clase: N Control de la perfusión tisular (Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos Intervención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Administración de hemoderivados – 4030 Pag. 55</b></li> </ul> Actividades: - Se corrobora el consentimiento informado del paciente. - Se verificó existencia de pruebas cruzadas y que el hemoderivado se haya preparado y clasificado. - Se realizó doble chequeo de paciente correcto, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad, la fecha de caducidad y realizaron los registros correspondientes. - Se monitorizaron signos vitales y se observaron posibles reacciones alérgicas.			
Evaluación	Resultado esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Severidad de la pérdida de sangre Pag. 564</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematuria (2)</li> <li>• Pérdida de sangre (750ml) (Se hemotransfundieron 2 paquetes eritrocitarios)</li> <li>• Disminución de la hemoglobina y hematocrito (3)</li> <li>• Aumento de la frecuencia cardiaca (3) – (4) 86 lpm – 79 lpm</li> <li>• Ansiedad (2)</li> </ul>	1) Grave 2) Sustancial 3) Moderado 4) Leve 5) Ninguno	Puntuación basal: 3
	Puntuación diana: 4	Puntuación cambio: +1		

**Tabla 11. Plan de Cuidados de Enfermería durante el transoperatorio 2**

<p>Diagnóstico de enfermería</p>	<p>Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 6 Termoregulación Pág. 568</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Riesgo de hipotermia perioperatoria</b></li> </ul> <p>R/C ansiedad, temperatura ambiental &lt;26°C y presencia de flujo laminar, persona mayor a 60 años, procedimiento quirúrgico mayor a 2 horas, personas sometidas a cirugía abierta, anestesia &gt; a 2 horas, anemia, traumatismo, preparaciones farmacológicas,</p>			
<p>Intervenciones de enfermería</p>	<p>Campo: 1 Fisiológico: complejo Clase: J Cuidados perioperatorios Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regulación de la temperatura: perioperatoria</b></li> </ul> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se monitorizó la temperatura corporal cada quince minutos.</li> <li>- Se proporcionaron dispositivos para mantener la eutermia quince minutos de iniciar la anestesia.</li> <li>- Se calentaron líquidos intravenosos y monitorizar su temperatura.</li> </ul>			
<p>Evaluación</p>	<p>Resultado esperado</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Escala de medición</p>	<p>Evaluación</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Termorre- gulación</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia cardiaca (3) – (4) 86 lpm – 79 lpm</li> <li>• Frecuencia respiratoria (3) – (4) 22 rpm – 18 rpm</li> <li>• Comodidad térmica referida (2) – (3)</li> <li>• Disminución de la temperatura cutánea (3) – (4)</li> </ul>	<p>1) Gravemente comprometido 2) Sustancialmente comprometido 3) Moderadamente comprometido 4) Levemente comprometido 5) No comprometido</p>	<p>Puntuación basal: 3</p> <hr/> <p>Puntuación diana: 4</p> <hr/> <p>Puntuación cambio: 1</p>

**Etapa Postoperatoria: inmediata**

Lugar: Hospital de segundo nivel de atención, recuperación.

*Sistema respiratorio*

Paciente requiere de apoyo de oxígeno suplementario con dispositivo de puntas nasales a dos litros por minuto para mantener el nivel de saturación de oxígeno por arriba del 90 por ciento.

*Sistema cardiocirculatorio*

Hemodinamicamente inestable con cifras de hipotensión arterial 101/60 mm/Hg. Se realiza monitorización cada 15 minutos.

*Sistema genitorurinario*

Portador de catéter vesical 22 Fr. de tres vías con irrigación continua, bolsa colectora de uresis, se drenan 380 ml. en la primer hora post quirúrgica.

*Sistema nervioso*

Se siente cansancio con dolor con puntuación de EVA de 4, sentirse extraño con los drenajes y catéteres colocados.

*Sistema digestivo*

Se encuentra sin vía oral presencia de sonidos hidroaéreos y refiere sensación de sed.

*Sistema genital masculino*

Uretra ocupada por catéter vesical con tracción, presencia de mínimo rebosamiento hemático sin compromiso a la funcionalidad de la sonda.

*Sistema tegumentario*

Cursa con ligera palidez de tegumentos, se observa herida en región suprapúbica.

*Sistema musculo esquelético*

Fuerza disminuida en extremidades inferiores, sin anomalías articulares.

### **Valoración cefalocaudal**

Cursa el paciente en proceso posoperatorio inmediato, en su unidad de recuperación, se monitorizan signos vitales, TA 101/60, TC 35.8, FR 20, FC 85, SAT O2 94% con apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales a 2 litros por minuto. Conciencia GLASGOW de 15, ALDRETE; 1) actividad: 1 mueve dos extremidades voluntariamente o ante ordenes, 2) respiración: 1 disnea, 3) circulación: 2 PA < 20% del nivel preanestésico, 4) conciencia: 2 completamente despierto, 5) Oxígeno: 1 necesita oxígeno suplementario para mantener la saturación de oxígeno >90%. Refiere dolor en herida quirúrgica en región suprapúbica EVA 4-5 la cual está cubierta con gasas estériles y apósito transparente estéril con datos mínimos de sangrado. Se observa ligera palidez de tegumentos, mucosas semihidratadas, lengua seca, refiere sensación de sed, piel fría, se colocan sabanas calientes para corregir la hipotermia, se ministran líquidos parenterales tibios. Durante el transoperatorio se ministraron dos paquetes eritrocitarios de 250ml y 275 ml, el sangrado aproximado cuantificado fue de 700 ml. Presencia de catéter vesical de tres vías 22Fr. con tracción con gasa y fijación en miembro pélvico derecho, con irrigación continua de solución cloruro de sodio al 0.9 por ciento a velocidad continua, a 160 cc/hr, bolsa colectora de uresis con gasto de característica hemática, se cuantifican 380ml en la primer hora, a sí mismo portador de drenaje cerrado de alta presión con gasto de característica hemática, se cuantifican 40 ml. en la primera hora.

**Tabla 12. Plan de Cuidados de Enfermería durante el Posoperatorio inmediato 1**

<p>Diagnóstico de enfermería</p>	<p>Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Déficit de volumen de líquidos pag. 262</b></li> </ul> <p>R/C pérdida activa del volumen de líquidos, afecciones externas e internas que alteran las necesidades de líquidos. E/P disminución de la presión arterial, incremento en la frecuencia cardiaca, incremento en la concentración de orina (hematuria), mucosas semi hidratadas y sed.</p>			
<p>Intervenciones de enfermería</p>	<p>Campo: 1 Fisiológico: complejo Clase: N Control de la perfusión tisular Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Manejo de la hipovolemia 4180</b></li> </ul> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se monitorizó el estado hemodinámico cada 15 minutos TA y PAM.</li> <li>- Se observaron signos de deshidratación, lengua con característica deshidratada, y refirió sed.</li> <li>- Se identificaron fuentes de pérdida de líquidos (catéter vesical con presencia de hematuria, drenaje cerrado de alta presión con gasto hemático).</li> <li>- Se realizó la verificación de la funcionalidad del acceso venoso periférico y se ministro la solución parenteral tibia según la indicación médica.</li> <li>- Se instruyó al paciente para evitar cambios bruscos de posición, con el fin de evitar el aumento del gasto del drenaje.</li> </ul>			
<p>Evaluación</p>	<p>Resultado esperado</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Escala de medición</p>	<p>Evaluación</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Equilibrio hídrico</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial (2) TA 101/60 – TA 109-68</li> <li>• Frecuencia respiratoria (3) – (4) FR 20 – FR 19</li> <li>• Presión arterial media (3) – (4)74mm/Hg – 82mm/Hg</li> <li>• Velocidad del pulso radial (3) - (4) 85 lpm – 81 lpm</li> <li>• Cantidad de orina (2) – (3) 380 ml – 310 ml</li> <li>• Sed (2) - (2)</li> </ul>	<p>1) Grave 2) Sustancial 3) Moderado 4) Leve 5) Ninguno</p>	<p>Puntuación basal: 2</p> <hr/> <p>Puntuación diana: 4</p> <hr/> <p>Puntuación cambio: +2</p>

**Tabla 13. Plan de Cuidados de Enfermería durante el Posoperatorio inmediato 2**

<p>Diagnóstico de enfermería</p>	<p>Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 6 termorregulación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hipotermia</b></li> </ul> <p>R/C inactividad, traumatismo, uso de bata hospitalaria, temperatura ambiental baja, ayuno prolongado. E/P taquicardia, piel fría al tacto, hipoxia (se corrigió con oxígeno suplementario por puntas nasales).</p>			
<p>Intervenciones de enfermería</p>	<p>Campo: 1 Fisiológico: complejo Clase: M Termorregulación Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regulación de la temperatura</b></li> </ul> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se monitorizó al paciente para vigilar las constantes vitales cada quince minutos específicamente la temperatura corporal.</li> <li>- Se realizó vigilancia continua de signos y síntomas de la hipotermia.</li> <li>- Se precalentó un cobertor y se colocó al paciente.</li> <li>- Los líquidos intravenosos se ministraron tibios.</li> </ul>			
<p>Evaluación</p>	<p>Resultado esperado</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Escala de medición</p>	<p>Evaluación</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Termorregulación</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura cutánea disminuida. (2)- (4)</li> <li>• Hipotermia (2) – (4) 35.8°C – 36.3°C</li> <li>• Deshidratación (3) – (3)</li> <li>• Frecuencia cardiaca (3) – (4) 85 lpm – 81 lpm</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Grave</li> <li>2) Sustancial</li> <li>3) Moderado</li> <li>4) Leve</li> <li>5) Ninguno</li> </ol>	<p>Puntuación basal: 2</p> <hr/> <p>Puntuación diana: 4</p> <hr/> <p>Puntuación cambio: +2</p>

**Etapa postoperatoria: mediata**  
**Servicio de hospitalización**

*Sistema respiratorio*

Paciente sin compromiso para la ventilación, 17 respiraciones por minuto, sin agredados pulmonares.

*Sistema cardiocirculatorio*

Se registra una tensión arterial estable de 128/73, frecuencia cardiaca de 77 latidos por minuto.

*Sistema genitorurinario*

Cursa con catéter versical 22 fr. con irrigación continua a velocidad moderada, bolsa colectora de uresis la cual se cuantifica cada 4 horas, se observa disminución de hematuria, se realizan registros de cantidad y características.

*Sistema nervioso*

Glasgow de 15, sin complicaciones neurológicas.

*Sistema digestivo*

Se encuentra en las 24 primeras horas postquirúrgicas, por indicación médica continua con dieta líquida, pendiente progresar dentro de las próximas 24 horas. Se informa la necesidad y la importancia de mantener dieta líquida (es con el propósito de que no tenga ganas de evacuar y deba realizar esfuerzo para movilizarse o pujar)

*Sistema genital masculino*

Se capacita al paciente para manejo de cuidado de la sonda vesical, se sugiere mantener las piernas separadas para disminuir el riesgo de edema escrotal.

*Sistema tegumentario*

Sin compromiso, se observa mejor coloración de tegumentos.

*Sistema musculo esquelético*

Por indicación médica cursa en reposo absoluto para disminuir la hematuria, refiere poder mover las extremidades sin complicaciones, sin embargo se observa apego a las indicaciones. Posición semifowler estricta hasta nueva valoración médica. Se realiza enseñanza para el autocuidado.

**Tabla 14. Plan de Cuidados de Enfermería durante posoperatorio mediato**

Diagnóstico de enfermería	Dominio: 1 Promoción a la salud Clase: 2 Gestión de la salud <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Disposición para mejorar la autogestión de la salud pag. 221</b></li> </ul> E/P expresó deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo (riesgo de lesiones por el manejo inadecuado de sondas, catéteres y drenajes), expresa deseos de mejorar la inclusión del régimen de tratamiento en la vida diaria (durante la hospitalización incluyendo indicaciones médicas y de enfermería), expresa deseos de mejorar los signos.			
Intervenciones de enfermería	Campo: 3 Conductual Clase: S Educación de los pacientes Intervención: <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Potenciación de la disposición de aprendizaje</b></li> </ul> Actividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se satisficieron las necesidades de seguridad del paciente.</li> <li>- Se fomentó la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.</li> <li>- Se realizó escucha activa del paciente para que realizara preguntas y atender inquietudes específicas.</li> <li>- Se explicó como la información le ayudará a cumplir con los objetivos terapéuticos.</li> <li>- Se explicaron las experiencias sanitarias desagradables previas con la asistencia sanitaria difieren de la situación actual.</li> <li>- Se ayudó al paciente a darse cuenta de la importancia de apego al tratamiento y de la susceptibilidad de complicaciones.</li> <li>- Se realizó vigilancia continua del estado emocional del paciente.</li> </ul>			
Evaluación	Resultado esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Conocimiento: Régimen terapeutico</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Proceso de la enfermedad. (3)-(4)</li> <li>● Beneficios del tratamiento. (3)-(5)</li> <li>● Responsabilidades del autocuidado</li> </ul>	1) Grave 2) Sustancial 3) Moderado 4) Leve 5) Ninguno	Puntuación basal: 2  Puntuación diana: 4

		para el tratamiento en curso. (3)-(5) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos esperados del tratamiento. (3)-(5)</li> <li>• Dieta prescrita. (3)-(3)</li> <li>• Procedimientos prescritos. (2)-(4)</li> <li>• Ejercicio/actividad física prescrita. (2)-(5)</li> </ul>		Puntuación cambio: +3
--	--	---	--	-----------------------

### Tabla 15. Plan de alta

Durante el trascurso postoperatorio mediato se realizaron intervenciones de educación para el paciente HCR de tal manera que pudiera identificar los factores de riesgo y como disminuirlos de manera correcta. Se realizó consecutivamente para cerciorarse que no hubiera duda alguna. Al egreso hospitalario se entregó documentación con información específica de los datos de alarma y las actividades necesarias para mejorar el tiempo de recuperación posoperatorio.

PLAN DE ALTA	
<b>Movilidad física y reducción de factores de riesgos</b>	-Enseñanza de mecánica corporal y la importancia de corregir postura para evitar fatigas, tenciones o lesiones. -Realizar caminatas que no impliquen actividad extenuante. -Apego al tratamiento farmacológico de acorde a indicaciones médicas.
<b>Control de infecciones</b>	-Ducharse y lavar la herida con agua y jabón neutro y secar para evitar la humedad. -Observar presencia de enrojecimiento e hinchazón, calor local y secreción purulenta.
<b>Alimentación</b>	-La dieta debe ser blanda, baja en grasa e irritantes, alta en fibra y evitar consumo de harinas, ingesta de líquidos de 2 a 2.5 litros de agua al día.
<b>Eliminación urinaria</b>	-El catéter vesical se retira de 2-3 semanas.

	<p>-Cuidados de catéter urinario (permeabilidad, higiene, cantidad y características)</p> <p>-Ejercicio del suelo pélvico: fortalecimiento y entrenamiento de los músculos del piso pélvico mediante la contracción voluntaria (ejercicios de kegel, contrayendo los músculos del piso pélvico rápidamente en un segundo y soltarlo y descansar un segundo repetir los ejercicios unas 15 veces durante la mañana, la tarde y la noche).</p> <p>-Los síntomas más comunes al retiro del catéter vesical son: ardor al orinar, sangre en orina, sensación imperiosa de ir al baño, por ello es de suma importancia realizar ejercicios de Kegel</p> <p>-Utilizar ropa interior cómoda porque el escroto puede estar inflamado hasta tres o cuatro semanas después de la intervención.</p>
<b>Disfunción sexual</b>	<p>-En caso de presentar problemas sexuales después de la intervención tales como disminución de semen, disminución del orgasmo o disminución de la erección, debe acudir a servicio de psicología en consulta externa para asesoramiento sexual y terapia en pareja.</p>

## Capítulo III

### Conclusión

En el presente trabajo se plasma la actividad de la especialidad de enfermería médico quirúrgica, que tuvo como objetivo evidenciar de manera científica y sistemática las tres etapas del proceso perioperatorio mediante el proceso enfermero en el paciente HCR con el diagnóstico inicial de hiperplasia prostática benigna con plan quirúrgico de prostatectomía.

Los diagnósticos presentados en este trabajo se dividen por etapas; 1; en la etapa preoperatoria se diagnosticó retención urinaria y dolor agudo, en los cuales se realizaron actividades encaminadas a la disminución del malestar del paciente HCR, colocando un catéter vesical y realizando la ministración de analgesia, 2; en la etapa transoperatoria se diagnosticó riesgo de shock y riesgo de hipotermia perioperatoria, en los cuales las actividades realizadas fueron la administración de hemoderivados y regulación de la temperatura, se llevaron a cabo con éxito realizando una valoración correcta y oportuna del paciente antes de ser intervenido, evaluando parámetros clínicos de tal manera evitando complicaciones durante la cirugía realizada, 3; por ultimo en la etapa posoperatoria se dividió en inmediata en la cual el diagnóstico fue déficit de volumen de líquidos e hipotermia, en donde se realizaron actividades de respuesta rápida como la ministración de líquidos intravenosos tibios y colocación de dispositivos térmicos y la etapa mediata en el servicio de hospitalización donde el paciente expresó deseos de apego al tratamiento para su pronta recuperación, por lo cual se potencializo la educación y orientación sobre los cuidados específicos sobre el manejo del catéter vesical, irrigación continua, movilidad y mecánica corporal dentro de cama y requerimiento de reposo absoluto durante las primeras 48 horas, importancia del régimen terapéutico de la dieta indicada y factores de riesgo, vigilancia de la piel y cuidados de herida.

La HPB es una patología que afectará de manera fisiológica y psicológica a todo hombre en algún momento de su ciclo vital humano, trayendo a su vez deterioro gradual de la función de eliminación, por lo anterior la valoración oportuna es piedra angular para un tratamiento eficaz tanto conservador como quirúrgico.

El enfoque quirúrgico en sus tres etapas demuestra que la intervención del enfermero especialista quirúrgico es crucial para la detección de riesgos y la aplicación de intervenciones oportunas a favor de la seguridad, integridad y bienestar del paciente sometido a este tipo de procedimientos.

## Referencias

- Appoloni Eduardo, Aline Helena, Napoleão, Anamaria Alves, & Carvalho, Emilia Campos de. (2016). Intervenciones de enfermería en pacientes con disfunción eréctil después de prostatectomía radical: una revisión integral. *Enfermería Global*, 15(42), 424-439. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000200015&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200015&lng=es&tlng=es)
- Bernal, A., Aviol, A., Delgado, R., Barcelona, T., Herraiz, Y. y Martínez G. (2021). Caso Clínico: Hiperplasia Benigna de Próstata. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-hiperplasia-benigna-de-prostata-hbp/>
- Castañon, Duergel y Gibert. (2017). Prácticas de enfermería en los diferentes escenarios de la cirugía de mínimo acceso. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(2): 229-239. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n2/rhcm09217.pdf>
- Castilla, J. (2020). *Autopercepción de la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática en tratamiento médico en tratamiento médico adscritos a la UMF 2 Puebla IMSS*. (Tesis de especialidad, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina) Recuperado de: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/11369/20200914130514-1663-T.pdf?sequence=1>

Cid J., Acuña J. P., De Andrés A. J., Díaz J. L. & Gómez-Caro A. L. (2014). ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico, 25(4), 687-697. DOI: [10.1016/S0716-8640\(14\)70090-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70090-2)

Díaz-Pérez, Anderson, Vega-Ochoa, Arley, Dominguez-Lozano, Brayan, Carrillo-González, Stephanye, & González-Puertas, Julia. (2020). Factores atribuibles a la cancelación de cirugías programadas. *Cirugía y cirujanos*, 88(4), 489-499. Epub 08 de noviembre de 2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.20001008>

Echeverría Jaramillo, M. N., & Francisco Pérez, J. I. (2017). Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: Experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador. *Enfermería Investiga*, 2(4 Dic.), 132–136. Recuperado de: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/436>

ELSERVIER. (2017). Escala de coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>

Guzman R. X. y García-Perdomo G. A. (2020). Mecanismos inflamatorios involucrados en la fisiopatología de la hiperplasia prostática benigna. *Revista Urología Colombiana*. 29(04), 240–244. doi: 10.1055/s-0040-1701278

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018). Diagnóstico y tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior no neurogénicos asociados a crecimiento prostático. Guía de Práctica Clínica. Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/176GER.pdf>

Islas Pérez, Laura Ángela, Martínez Reséndiz, Jorge Ignacio, Ruiz Hernández, Abigail, Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos, Benítez Medina, Azucena, Beltran Rodríguez, María Guadalupe, Yáñez González, Andrea, Rivera Gómez, Maricarmen, Jiménez Sánchez, Reyna Cristina, & Reynoso Vázquez, Josefina. (2020). Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(9), 1010-1022. Epub 06 de diciembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3686>

Morán del Pozo, Claudia. (2017). Criterios de puntuación del alta postanestésico. *Ene*, 11(3), 728. Epub 07 de noviembre de 2017. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2017000300015&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000300015&lng=es&tlng=es)

Pérez L, Becerra M, y Delgado G. (2021). Complicaciones postoperatorias en pacientes con hiperplasia benigna de próstata según técnica quirúrgica. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 50(4). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v50n4/1561-3046-mil-50-04-e1615.pdf>

Pes, B., Reyes, A., Martínez, P., Miranda, N., Salas, A. y Gasca, G. (2021). Caso clínico: hiperplasia benigna de próstata. Resección transuretral de próstata. Plan de cuidados. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-hiperplasia-benigna-de-prostata-reseccion-transuretral-de-prostata-plan-de-cuidados/>

Pinilla M., Betés P., Blasco S., Rodríguez P., Molero B. y Loraque M. (2022). Hiperplasia Prostática Benigna: Caso Clínico. *Revista Sanitaria de*

*Investigación:* Recuperado de:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hiperplasia-prostatica-benigna-caso-clinico/>

Preciado-Estrella, DA., Kaplan, SA, Iturriaga-Goyón, E, Ramón-Trejo, E, Mayorga-Gómez, E, & Auza-Benavides, A. (2017). Comparación del Índice Internacional de Síntomas Prostáticos versus Escala Visual Análoga Gea® para la evaluación de los síntomas de la vía urinaria inferior. *Revista mexicana de urología*, 77(5), 372-382. Epub 04 de junio de 2021. <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v77i5.1125>

Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO, 2019). Cuida tu próstata y regálate vida. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/cuida-tu-prostata-y-regalate-vida?state=published#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20Instituto,y%2085%2C000%20muertes%20cada%20a%C3%B1o>

Rezende, Da Silva y Silveira. (2018). Terapias alternativas para la recuperación temprana de la continencia urinaria posterior a la prostatectomía: una revisión sistemática. *Enfermería Global*, 17(2), 542–584. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.285871>

Robles, A., Garibay, T., Acosta, E., Morales S., (2019). La próstata: generalidades y patologías más frecuentes. *Revista de la Facultad de Medicina*. 62 (4), 41-53. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v62n4/2448-4865-facmed-62-04-41.pdf>

Rosas, M. (2006). Hiperplasia benigna de próstata. *Divulgación Sanitaria*. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13094133>

Secretaría de Salud (2018). Modelo del Cuidado de Enfermería, programa

Nacional de Enfermería. Recuperado de:

[http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo\\_cuidado\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf)

Sociedad americana del cáncer. (2020). Factores de riesgo para el cáncer de

próstata. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

Sosa, Burguera y Rivera. (2020). Ecografía Transabdominal de la Vejiga y

Próstata. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. ISSN:

2659-2606. Recuperado de: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-ecografia-transabdominal-vejiga-prostata-333>

## Apéndices

### Apéndice 1. Escala de coma de Glasgow

<b>Respuesta apertura ocular</b>	
Espontánea	4
Obedece a órdenes verbales	3
Obedece a estímulo doloroso	2
Sin respuesta	1
<b>Respuesta verbal</b>	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta	1
<b>Respuesta motora</b>	
Obedece a ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retira al dolor	4
Flexión anormal	3
Respuesta en extensión	2
Sin respuesta	1

Nota: Escala de coma de GLASGOW, tomada de ELSEVIER, 2017.

## Apéndice 2. Escala de Aldrete

<b>Características</b>	<b>Puntos</b>	
<b>Actividad</b>	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
<b>Respiración</b>	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
<b>Circulación</b>	Presión arterial $\leq 20\%$ del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20-49% del nivel preanestésico	1
	Presión arterial $\geq 50\%$ del nivel preanestésico	0
<b>Conciencia</b>	Completamente despierto	2
	Responde a estímulo verbal	1
	No responde	0
<b>Saturación de oxígeno</b>	Mantiene SaO <sub>2</sub> >92% con aire ambiente	2
	Necesita O <sub>2</sub> para mantener SaO <sub>2</sub> <90%	1
	SaO <sub>2</sub> <90% con O <sub>2</sub> suplementario	0

Nota: Criterios de puntuación del alta post anestésico, toma de Moran del Pozo, 2017.

### Apéndice 3. Escala de EVA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Leve			Moderado			Severo			

Nota: Escala Visual Análoga del Dolor, tomada de Cid et al., 2014.

### Apéndice 4. Escala Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS)

	Ninguna	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de veces	Más de la mitad de veces	Casi siempre
1.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
3.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	<b>Ninguna</b>	<b>1 vez</b>	<b>2 veces</b>	<b>3 veces</b>	<b>4 veces</b>	<b>5 o más veces</b>
7.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5
Puntuación IPSS total:						

Nota: Escala Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS), tomada de Revista Mexicana de Urología, 2020.

