EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 17/4/2024 Aceptado: 15/6/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.04

CASO CLÍNICO

Caso clínico Quirúrgico: prostatectomía por resección transuretral

Surgical clinical case: prostatectomy by transurethral resection

Lucy Ayala (Lcda.)[1]

Darwen José Abdo (Lcdo.)[2]

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)[2]

[1]Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Licenciada en Educación Mención Ciencias de la Salud (ULA). Enfermera II, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida-Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, FUNDAUC. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. Docente en la ULA. ORCID: 0009-0004-0381-0938.

[2]Licenciado en Enfermería (ULA). Enfermero II, Centro Oftalmológico Mérida. Diplomado en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-003-4244-622X

[3]Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas. Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Trujillo. Docente, ULA.

Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

La próstata es considerada la glándula sexual secundaria más importante en el hombre. Su función principal es la secreción de líquido seminal, que juega un papel importante en la fertilización. El crecimiento prostático benigno causa síntomas del tracto urinario inferior lo que conlleva a una alteración en la vida cotidiana del hombre, ameritando la consulta para ser diagnosticado e indicar el tratamiento correctivo y efectivo a través de métodos menos invasivos como los estudios endoscópicos quirúrgicos. Razón por la cual, se aplicó la técnica de resección transuretral de próstata (RTUP) como el tratamiento de primera opción para la resolución quirúrgica en este caso de estudio, por presentar adenocarcinoma prostático grado IV y como objetivo principal desarrollar habilidades técnicas quirúrgicas aprendidas en el Diplomado de Instrumentación Quirúrgica realizado en la Universidad de Los Andes (ULA), e ir de la mano con los avances tecnológicos favoreciendo intervenciones de Enfermería adecuadas y oportunas durante las fases perioperatorias de dicho procedimiento quirúrgico.

Palabras clave: próstata, cáncer, resección, transuretral, proceso enfermero, fases perioperatorias.

ABSTRACT

The prostate is considered the most important secondary sex gland in men. Its main function is the secretion of seminal fluid, which plays an important role in fertilization. Benign prostatic growth causes symptoms of the lower urinary tract, which leads to an alteration in the daily life of the man, meriting consultation to be diagnosed and indicate corrective and effective treatment through less invasive methods such as surgical endoscopic studies. For this reason, the surgical technique of transurethral resection of the prostate (TURP) was applied as the first option treatment for surgical resolution in this case study, because it presented grade IV prostatic adenocarcinoma and as its main objective to develop surgical technical skills learned in the Diploma of Surgical Instrumentation of the Universidad de Los Andes (ULA) and go hand in hand with technological advances, favoring adequate and timely nursing interventions during the perioperative phases of this surgical procedure.

Key words: prostate, cancer, resection, transurethral, nursing process, perioperative phases.

— INTRODUCCIÓN

La urología, es una de las especialidades que se encarga de estudiar el órgano reproductor masculino, como es la próstata, considerada la glándula sexual secundaria más importante en el hombre. Su función principal es la secreción de líquido seminal, que juega un papel importante en la fertilización[1]. El crecimiento prostático benigno causa síntomas del tracto urinario inferior lo que conlleva una alteración en la vida cotidiana, ameritando la consulta para ser diagnosticado e indicar el tratamiento correctivo y efectivo a través de métodos menos invasivos como los estudios endoscópicos por ser factibles y seguros[1].

En tal sentido, la técnica de Resección Transuretral de la Próstata (RTUP) se realiza en los pacientes con un volumen prostático que varía entre 30 a 80 gramos[2]; de igual manera es considerada como el tratamiento estándar en los problemas urinarios obstructivos de origen prostático[3] y, por ser una cirugía en donde se extrae el tejido de la zona de transición por medio de diferentes tipos de energía (monopolar o bipolar), sigue siendo recomendada por las últimas guías de asociaciones científicas en todo el mundo[4], dado que, mejora la sintomatología prostática rápidamente, reanudando una fuerza en el caudal de la orina o potencia miccional casi olvidada para el paciente[5].

La mayoría de los cánceres de próstata se descubren a tiempo; el diagnóstico se basa en la elevación de los niveles séricos del antígeno prostático específico (PSA) y clínicamente a través de la detección de cambios de consistencia o nódulos en la glándula prostática mediante el tacto rectal[6]. Por lo general, este tipo de cáncer, en la etapa inicial es asintomático y cuando están presentes los síntomas, se manifiestan con problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario lento o debilitado, necesidad de orinar con más frecuencia, especialmente de noche, sangre en la orina o el semen, dolor en las caderas, la espalda (columna vertebral), el tórax (costillas) u otras áreas, si se ha diseminado[7]. Además, junto con el tratamiento, puede acarrear consigo disfunción eréctil, debido a las complicaciones propias de la cirugía, la radiación o los tratamientos con hormonas[8].

El tipo de cáncer más común es el que se origina en las glándulas prostáticas, llamado adenocarcinoma (ADC) de próstata. Constituye el 98% de los cánceres de próstata, es el más frecuente en el varón, ocasionando la segunda causa de muerte en los hombres y la primera en edades superiores a los 60 años; la incidencia y la prevalencia aumentan con la edad, el 60% de los mayores de 80 años evidencian adenocarcinoma de próstata clínico o subclínico. Su etiología se desconoce, pero es más frecuente en la raza negra[9].

En este orden de ideas, los avances continuos de tecnología y la forma en que se tratan las afecciones quirúrgicas, obligan a los profesionales de la salud a comprender los matices de la cirugía, a manejar la tecnología y dominar las habilidades para desempeñarse de forma independiente con resultados razonables y seguros[5]. Es por esto, que la atención de Enfermería como estrategia oportuna y eficaz para mejorar la calidad de vida del individuo con ADC prostático, se basa en los cuidados perioperatorios como controlar y paliar el dolor con la

medicación prescrita, humanizar la experiencia de padecer cáncer, relacionarse con el paciente y su familia, orientación en el periodo del diagnóstico, brindar y aclarar dudas de cada uno de los tipos de tratamiento, disminución de la ansiedad, apoyo emocional, proporcionar sentimientos de seguridad, entre otros y vigilar drenajes, catéteres y la aparición de cualquier cambio físico que pueda aparecer en el paciente[10].

Sin embargo, el entrenamiento quirúrgico, es un método complementario de enseñanza cada vez más utilizado[11]. El artículo presentado, permite reforzar las curvas de aprendizaje, desarrollar las habilidades teóricas y prácticas, agilizar las competencias, en un entorno que no comprometa la seguridad del paciente, con la finalidad de transferir las destrezas aprendidas en la técnica quirúrgica de RTUP como el tratamiento de primera opción para la resolución quirúrgica en este caso de estudio, por presentar ADC prostático grado IV y como objetivo principal desarrollar habilidades técnicas quirúrgicas aprendidas en el Diplomado de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Los Andes (ULA), e ir de la mano con los avances tecnológicos favoreciendo intervenciones de Enfermería adecuadas y oportunas durante las fases perioperatorias de dicho procedimiento quirúrgico, y así formarse en el campo de la endourología.

— CASO CLÍNICO QUIRÚGICO

1. Presentación del caso clínico

Se trata de paciente masculino de 68 años de edad, de Mérida – Venezuela, quien refiere inicio de enfermedad actual aproximadamente hace 2 años caracterizado por disminución del calibre y la fuerza del chorro miccional, nicturia, goteo post miccional, sensación de vaciado incompleto y tenesmo vesical. Motivo por el cual acude a la consulta externa del servicio de urología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), donde se le realiza la valoración correspondiente, la apertura de historia clínica para iniciar el proceso de resolución quirúrgica, con la indicación del tratamiento médico, exámenes paraclínicos y estudios diagnósticos.

Previa anamnesis a través de una entrevista realizada al paciente, manifiesta antecedentes familiares: madre fallecida por cáncer uterino, padre fallecido por cáncer de garganta. Antecedentes personales: adenocarcinoma Prostático Gleason 9 (5+4), con resección transuretral de la próstata (RTUP) fallida hace dos años. Inmunidad: incompleta. El usuario está casado, analfabeto, convive con su esposa e hijo, vivienda propia con los servicios básicos, como fuente de trabajo se desempeña como agricultor.

Al examen físico realizado céfalo caudal, se encuentra hemodinámicamente estable, neurológicamente consciente, orientado en sus tres planos. Piel hidratada, afebril al tacto, mucosas húmedas con adecuada coloración cutáneo mucosa, Temperatura: 36.5ºC. Tensión Arterial (TA): 138/80 mmHg. Pulso: 80 lpm. Frecuencia respiratoria: 14 rpm. $SatO_2$: 95%. A nivel cardiovascular: sin presencia de soplos. Genitourinario: genitales normo configurados, prepucio retráctil, meato uretral normo inserto ocupado por catéter UV Foley N° 18 FR, glande y surco balano prepucial sin lesiones, cuerpo y base del pene indemne, escroto sin lesiones ocupados por ambos testículos, no doloroso. Al examen médico digital del recto (EDR) región perianal sin

lesiones, esfínter anal normotónico, ampolla rectal vacía con paredes lisas, próstata aumentada de tamaño, superficie nodular, consistencia pétrea, borde superior derecho tactable, borde izquierdo difícilmente tactable, con nódulos cerca del ápex de 1.5 a 1.5 cm, móvil, no doloroso.

Resultados de exámenes de laboratorio dentro de los límites normales. Pruebas especiales: marcadores tumorales, antígeno prostático específico (PSA): Total 1,7 ng/ml, PSA Libre 0.58 ng/ml; Biopsia Prostática: ADC Prostático Gleason 9 (5+4). Ultrasonido renal: pequeñas y escasas litiasis renal bilateral, pielectasia renal bilateral leve. En vista de los hallazgos y estudios especiales se ingresó al paciente para su resolución quirúrgica por técnica de RTUP con los diagnósticos médicos: 1. Síntomas del tracto urinario inferior (STUI): crecimiento prostático Grado IV (Vol 34 ml). 2. ADC Prostático Gleason 9 (5+4) T3A NO MO. 3. Portador catéter uretrovesical (UV).

Diagnósticos de Enfermería

Durante la actuación de enfermería en los problemas o las respuestas humanas encontrados en la valoración del paciente durante el perioperatorio, se evidenció alto nivel de ansiedad, angustia y temor por la disminución de la orina, sintomatología presentada por la RTUP fallida y el desconocimiento de la intervención a realizar. A continuación, se mencionan las siguientes etiquetas siguiendo la Taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*)[12] que se desarrollarán posteriormente a través de planes de cuidado con los diagnósticos: focalizado, de riesgo y bifocal:

- Preoperatorio: 00146 Ansiedad.
- Transoperatorio: 00206 Riesgo de hemorragia.
- Posoperatorio**:** 00132 Dolor agudo. 00016 Deterioro de la eliminación urinaria. 00322 Riesgo de retención urinaria. 00004 Riesgo de Infección. 00059 Disfunción sexual.

1. Fase perioperatoria

El proceso quirúrgico que atraviesa un paciente con este tipo de cirugía, permite al profesional de enfermería identificar las posibles complicaciones potenciales (CP) derivadas en el proceso perioperatorio (cuadro 1).

Cuadro 1. Complicaciones potenciales durante el perioperatorio

Perioperatorio	Complicaciones potenciales (CP)	Factores de riesgo NANDA
Preoperatorio: Inmediato	Depresión	Técnica quirúrgica fallida.
Transoperatorio	-Hemorragia -Sangrado -Hematuria	-Técnica quirúrgica: cantidad de tejido resecado, tiempo quirúrgico, habilidad quirúrgica. -Medicamentos indicados antes de la cirugía. Consumo de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes.

	-Ruptura vesical -Infección	Inadecuada evacuación de gases. -Presencia de divertículo vesical. -Sonda vesical permanente por retención aguda de orina en el preoperatorio.
Postoperatorio: -Inmediato -Mediato -Tardío	-Sepsis urinaria -Incontinencia urinaria -Estrechez o estenosis uretral -Disfunción eréctil -Reintervención	-Uso de sonda vesical permanente antes de la cirugía. -Traumatismo durante la cirugía.

Fuente: elaborado por los autores.

2. a. Preoperatoria

Etapa que comprende desde que se decide la intervención quirúrgica hasta el acto quirúrgico (cuadro 2). El paciente se recibe en el área quirúrgica proveniente de la sala de cuidados intermedios, consciente, orientado, hemodinámicamente estable, reportando TA: 130/82 mmHg, Resp: 20 lpm, $SatO_2$: 96%, afebril al tacto, hidratado con 2 vías periféricas en MSI con catéter N°18, recibiendo hidratación parenteral parcial con solución Ringer Lactato, con catéter UV permeable conectada a colector de orina. Se comprueba que el preoperatorio está completo, con los consentimientos informados firmados, consulta preanestésica, exámenes y estudios necesarios para ingresar a la resolución quirúrgica: RTUP.

Cuadro 2. Técnicas utilizadas antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía

Técnica	Descripción precisa
Lavado de manos quirúrgico	Antiséptico: Soluhex
Secado de las manos	Compresas absorbentes estériles.
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Técnica cerrada.
Arreglo de las mesas	Mesa circular y de Mayo tomando en cuenta los tiempos quirúrgicos.
Conteo de material	Se ejecutó con la presencia del enfermero circulante y el cirujano a fin de evitar oblitos quirúrgicos.
Posición anestésica y posición quirúrgica	Posición decúbito lateral para la punción espinal y posición de litotomía para el procedimiento RTUP, colocando las piernas en los posicionadores de Allen o pierneras con sujetadores para asegurar el mantenimiento de la posición y los glúteos en el borde de la mesa operatoria para facilitar el acto quirúrgico.
Anestesia	Se coloca una infiltración intradérmica de Cifarcaina al 1%, luego se realiza la punción con una aguja espinal a través del espacio intervertebral lumbar hasta el espacio subaracnoideo; se verificó el espacio, se inyectó lentamente la mezcla anestésica (Cifarcaina Hiperbara 5% + Clonidina y Bupivacaina), bloqueando los nervios de conducción de las raíces nerviosas que emergen en esa zona.
Vestimenta para el cirujano	Técnica abierta/asistida.
Asepsia de la zona quirúrgica	Se realiza en la zona del pene y la región perianal, zona interna de los muslos con antisépticos.
Vestimenta para el paciente	Sábanas y campos estériles idóneos para la cirugía RTUP.

Colocación de conexiones y cables	En el campo quirúrgico se coloca cables de fibra óptica, cable para el recectoscopio, hemostasia eléctrica y sistema de irrigación.
Armado del sistema para la URT	Se coloca la óptica dentro del recectoscopio con el asa de resección, luego se colocan estas estructuras dentro del aislante y a su vez en la camisa que es la que recibe la conexión de irrigación y tiene un puerto para el drenaje.

Fuente: elaborado por los autores siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].

2. b. Transoperatorio

Etapa comprendida desde que se inicia el acto quirúrgico hasta el traslado del paciente a la unidad de cuidados posanestésicos, donde se realizan las diferentes intervenciones de enfermería como circulante e instrumentista. A continuación, el orden secuencial de procedimiento (cuadro 3).

Cuadro 3. Orden secuencial de los tiempos para una RTUP

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTO	SUTURA
1	Inserción del obturador por el meato uretral para dilatar el mismo previa lubricación.	Gel Lubrix Xilocaína en gel Obturador	La técnica de este procedimiento no incluye en este caso el tiempo de síntesis, por tal motivo, no se utilizó material de suturas.
2	Introducción del recectoscopio lubricado a través del meato uretral de manera suave y progresar lentamente para realizar un avance lo más atraumático posible por los diferentes segmentos de la uretra.	Gel Lubrix Recectoscopio	
3	Cistoscopia exploradora utilizando el sistema de irrigación constante para mantener limpio y visible el área operatoria (vejiga).	Recectoscopio Sistema de irrigación continua, solución fisiológica conectado a la camisa	
4	Ubicación del recectoscopio en la uretra prostática, se resecan los lóbulos medios y laterales de la próstata, controlando el sangrado con electrocoagulación.	Resectoscopio Asa de resección	
5	Evacuación de los fragmentos de la resección.	Evacuador de Ellik Colador Jofaina	
6	Se sigue con la cistoscopia exploradora para verificar que no queden zonas por resecar o sangrado, manteniendo siempre activa la irrigación, valorando y controlando la presión intravesical.	Resectoscopio	
7	Retiro del dispositivo transuretral. Se realiza el sondaje uretrovesical y se infla balón con 35 ml de solución, haciendo tracción del cuello vesical indicada por 6 hrs.	Sonda de Couvelaire 3 vías Guiador metálico Jeringa de 20 cc Sol Fisiológica	
8	Se realiza lavado vesical.	Jeringa de Tommy Solución Fisiológica	

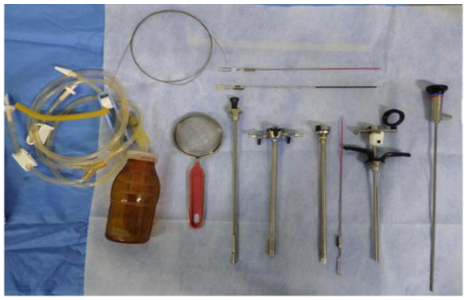
9	Conexión del catéter uretrovesical.	Recolector de 2500 cc Solución Fisiológica o de irrigación de 3000 cc Macrogotero o sistema de irrigación continua	
10	Posicionamiento decúbito dorsal del paciente, suavemente se baja las piernas del paciente a la mesa quirúrgica y posteriormente se traslada a la sala de recuperación.		

Fuente: elaborado por los autores siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].

Instrumental básico: se utilizó la caja de Cirugía Menor para realizar la asepsia y antisepsia, pinzas de Backhaus que permiten la fijación de conexiones y campos quirúrgicos.

Instrumental específico: en el cuadro 4 se observa el material y equipos específicos que se usaron en el transoperatorio.

Cuadro 4. Instrumental específico

Instrumento	Nombre científico y uso	Imagen
De derecha a izquierda: -Óptica - Resectoscopio Comando -Asa de Resección -Aislante -Camisa -Obturador -Canastilla -Evacuador de Ellix -Guiador metálico	-Óptica: para Cistoscopia. Ofrece luz e imagen. -Resectoscopio: porta el asa resectora y sirve de timón para la movilización en la exploración. -Aislante. Ofrece protección aislando el calor para evitar daños en la uretra. -Camisa: cubierta del resectoscopio y a su vez suministra irrigación. -Obturador: sirve de bujía dilatadora para el meato uretral. -Canastilla: para colar el tejido resecado. -Evacuador de Ellix: para hacer lavado de la vejiga y uretra y evacuar los restos de tejido que se ha resecado. -Guiador: para guiar la sonda Couvelaire hasta la vejiga.	 Óptica, Resectoscopio Comando. Asa de Resección. Aislante. Camisa. Obturador. Canastilla. Evacuador de Ellix. Guiador metálico. **Fuente:** imagen tomada por los participantes del diplomado.

Fuente: elaborado por los autores siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].

Cuadro 5. Misceláneos o material médico quirúrgico especial

Material médico quirúrgico especial	Uso en la cirugía	Imagen
Jeringa de Tommy	Lavado vesical	

		https://soloaunclik.com/shop/119248-jeringa-60-cc-tommy-44039#attr=
Lubricante o Gel Lubrix	Facilita la inserción del sistema endoscopio.	https://tuzonamarket.com/carabobo/producto/lubrix-gel-lubricante-intimo-60-gr
Sonda uretrovesical Couvelaire con balón 75 ml	Para irrigar, lavar y medir la diuresis.	https://www.areamedicaequipos.com/product.php?id=1723

Fuente: elaborado por los autores siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].

2. c. Postoperatorio

Etapa comprendida desde que se termina el acto quirúrgico hasta el traslado del usurario a la unidad de cuidados posanestésicos, donde se recibió consciente, orientado en sus III planos, bajo las acciones propias de la unidad: monitorización de signos vitales, valoración física, aplicación de escala de Bromage con un nivel de 0% y una Escala Visual Analógica (EVA) de 2 puntos: poco dolor. En la preparación del alta se identificaron los siguientes diagnósticos y explicándosele junto a su familia las intervenciones de los planes de cuidado (cuadros 6, 7 y 8) fue egresado por orden del anestesiólogo a sala de cuidados intermedios.

Cuadro 6. Plan de cuidado con DxE Focalizado en el problema

DxE Focalizado en el problema Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 1: Función urinaria. 00016 Eliminación urinaria alterada R/C procedimiento quirúrgico E/P sonda vesical y disminución del gasto urinario.			
Resultado esperado (NOC)	**Intervenciones y acciones (NIC)**	**Ejecución**	**Evaluación**
0503 Eliminación urinaria.	1876 Cuidados del catéter urinario. Actividades:		RH: no progresa.
	- Explicar el fundamento del sondaje	C	
	-Vigilar y mantener técnica aséptica durante la manipulación del catéter	EP	FR: se mantiene.
	-Mantener un sistema de drenaje estéril y sin obstrucciones.	EP	
	-Irrigar el sistema del catéter usando la técnica estéril adecuada.	EP	IE: apropiadas.
	-Limpiar con regularidad las diferentes áreas de la parte genital.	EP	
	-Educar al paciente en el cuidado de la sonda vesical y signos de infección.	C	

	-Posición del paciente y sistema de drenaje para facilitar la salida adecuada, por debajo del nivel de la vejiga.	C	
	-Vaciar el drenaje con regularidad observando las diferentes características.	EP	
	-Observar si hay distensión abdominal.	C	
	0590 Manejo de la eliminación urinaria Actividades:		
	-Monitorizar al paciente que recupere favorablemente la eliminación urinaria a través del registro de las características de la diuresis; frecuencia, olor, volumen y color.	C	
	-Observar y explicar al paciente signos de retención y/o infección del tracto urinario.	C	
	-Realizar balances hidroelectrolíticos por turno.	EP	
	-Valorar según análisis de orina los electrolitos en sangre y el hematocrito.	EP	
	-Enseñar al paciente ingerir agua según indicación.	C	

Fuente: elaborado por los autores siguiendo la Taxonomía NANDA[12], NOC[14] y NIC[15] y el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13]. Lectura: DxE= Diagnóstico Enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido. EP= En proceso. RH: Respuesta humana. FR= Factor relacionado. IE= Intervención de Enfermería.

Cuadro 7. Plan de cuidado con DxE de Riesgo

DxE de Riesgo Dominio 11: Medida de seguridad. Clase 1: Infección. 00004 Riesgo de infección R/C uso prolongado de sonda vesical.			
Resultado esperado NOC	**Intervenciones de Enfermería NIC**	**Ejecución**	**Evaluación**
1842 Conocimiento: Control de la infección. 1902 Control del riesgo.	6540 Control de infecciones:		RH: no progresa. FR: abolido. IE: apropiadas.
	-Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.	C	
	-Garantizar una manipulación aséptica.	C	
	-Observar y comunicar los signos de infección.	C	
	-Valorar la temperatura del paciente.	C	
	1876 Cuidados del catéter urinario:		
	-Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.	C	
	-Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.	C	
	-Observar las características del líquido drenado.	C	
	-Observar si hay distención vesical.	EP	

Fuente: elaborado por los autores siguiendo la Taxonomía NANDA[12], NOC[14] y NIC[15] y el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13]. Lectura: DxE= Diagnóstico Enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido. EP= En proceso. RH: Respuesta humana. FR: Factor relacionado. IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 8. Plan de cuidado con DxE bifocal

DxE bifocal Dominio 11: Medida de seguridad. Clase 1: Infección. 00004 Riesgo de Infección S/A procedimiento invasivo de la intervención quirúrgica (RTUP) y al aumento de la exposición ambiental de los agentes patógenos. CP: Sepsis urinaria, infección.			
Resultado esperado (NOC)	**Intervenciones y acciones (NIC)**	**Fundamentación científica**	**Evaluación**
1902 Control del riesgo. 1908 Detección del riesgo.	6550 Protección contra las infecciones:		Se cumplen las actividades específicas de asepsia para el manejo del catéter urinario, cura quirúrgica, así como la orientación a los familiares para el cuidado en casa con el fin de que continúen controlando y disminuyendo el riesgo de infección.
	-Correcto lavado de manos antes y después del contacto con el paciente.	-Representa la primera barrera de protección para el manejo del paciente con riesgo.	
	-Vigilar que el integrante del equipo de salud que realiza la cura operatoria use la técnica aséptica correctamente.	-Crea conciencia entre el equipo de salud para garantizar el cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia en el manejo del paciente.	
	-Darle un manejo adecuado al catéter urinario manteniendo su permeabilidad, posición e higiene en intervalos regulares observado la cantidad, color y consistencia del drenaje, así como la zona alrededor del mismo.	-Al mantener excelente cuidado de limpieza al área genital, se evita el riesgo de entrada para la proliferación de microorganismos; de igual manera el catéter permite el drenaje de la orina. Además, al momento de presentarse una obstrucción permite el lavado vesical.	
	-Tomar constantes vitales y control de signos y síntomas de infección, observación de cambios en la herida quirúrgica y orientar a los familiares.	-El reconocimiento de estos signos y síntomas da la oportunidad de actuar de manera oportuna y ganar tiempo ante el eventual proceso infeccioso.	
	-Administración adecuada de la antibioticoterapia.	-Disminuye el riesgo de infecciones bacterianas.	

Fuente: elaborado por los autores siguiendo la Taxonomía NANDA[12], NOC[14] y NIC[15] y el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].
Lectura: DxE: Diagnóstico Enfermero. S/A: Secundario a. CP: Complicación potencial.

— DISCUSIÓN

El crecimiento prostático benigno representa el principal motivo de consulta por síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en pacientes mayores de 50 años, afectando significativamente su calidad de vida[16]. Existen diversas modalidades de tratamiento; sin embargo, un gran número de pacientes amerita resolución quirúrgica, de aquí la importancia de incluir en el proceso

enseñanza-aprendizaje la formación de competencias en las técnicas quirúrgicas endoscópicas.

Se puede decir que el momento óptimo para la realización de la RTUP es cuando aún no se han desarrollado ninguna de las complicaciones por obstrucción del adenoma. Además, en la intervención, una adecuada técnica (que evite el trauma mecánico o térmico), con un tiempo quirúrgico menor a 70 minutos en conjunto con la modificación de factores de riesgo como la hospitalización mayor a dos días, uso previo de antibióticos innecesarios, consumo de antiagregantes o anticoagulantes y el control de las comorbilidades, podría mejorar los resultados de esta técnica quirúrgica[17]; más, sin embargo, la resección RTUP es el tratamiento de referencia con el que se comparan todas las demás técnicas practicadas desde el siglo XX (años 50) y la más utilizado hoy día en la mayoría de los hospitales[18].

— CONCLUSIÓN

A través de la técnica quirúrgica realizada y la aplicación del proceso enfermero se generó una respuesta positiva en el estado de salud del paciente sometido a una RTUP, promocionando la salud actual del individuo y previniendo posibles complicaciones o riesgos asociados a dicha intervención quirúrgica. Es por ello que, la Enfermería quirúrgica implica ofrecer cuidados oportunos, que no se basen en la cantidad, sino en la calidad de los mismos, ejecutándose de una manera eficaz y eficiente. A modo de evaluación general, los planes de cuidados aquí plasmados han sido de gran utilidad en la recuperación satisfactoria de la persona debido a la cooperación entre los profesionales de la salud durante la hospitalización y después del egreso, mediante la orientación adecuada al familiar.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana M, González T, Sánchez R, Olivé J, Sánchez E, Olivé J. Resultados preliminares de la prostatectomía simple laparoscópica. Rev Cubana Urol [Internet]. 2020 [consultado 2024 abril 01]; 9(3):108-115. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuburol/rcu-2020/rcu203b.pdf
2. Cornu J, Gacci M, Hashim H, Herrmann T, Malde S, Netsch C, et al. EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). European Association of Urology. [Internet]. 2024 [consultado 2024 abril 23]. Disponible en: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Non-Neurogenic-Male-LUTS-2024.pdf
3. Lerner L, McVary K, Barry M, Bixler B, Dahm P, Kumar A, et al. Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA GUIDELINE PART II-Surgical Evaluation and Treatment. The Journal of Urology. [Internet]. 2021 [consultado 2024 abril 23]; 206(4):806–817. Disponible en: https://www.auajournals.org/doi/10.1097/JU.0000000000002184
4. Alarcón-Salvador JF. Resultados funcionales y complicaciones posteriores a procedimientos quirúrgicos transuretrales para el tratamiento de la obstrucción prostática benigna. Rev Mex Urol. [Internet]. 2023 [consultado 2024 abril 02]; 83(1):1-16. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/pdf/rmu/v83n1/2007-4085-rmu-83-01-e05.pdf
5. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel M, et al. EAU Guidelines on the Treatment and Follow-up of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction. European Urology. [Internet]. 2013 [consultado 2024 abril 02]; 64(1):118-40. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283813002285
6. Xavier Hernández M, Abida Cá B, Alves-Napoleão A, Appoloni Euardo A. Calidad de vida y salud autoevaluada de pacientes sometidos a prostatectomía radical y determinantes sociales de la salud. Enferm. glob. [Internet]. 2023 [consultado 2024 abril 02]; 22(71):179-192. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000300007
7. González A, Aguado R. Cáncer de próstata. SEOM. [Internet]. 2023 [consultado 2023 septiembre 26]. Disponible en: https://seom.org/info-sobre-el-cancer/prostata?showall=1&showall=1
8. Middlesex Health. Cáncer de próstata. [Internet]. 2022 [consultado 2023 noviembre 28]. Disponible en: https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/c-ncer-de-pr-stata
9. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Adenocarcinoma de próstata. [Internet]. 2024 [consultado 2024 abril 02]. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/adenocarcinoma-prostata
10. Pereira E, Hermosín A, Núñez A. Cuidados de Enfermería en Cáncer de próstata. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet]. 2017 [consultado 2023 noviembre 27]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-cancer-de-prostata/
11. Aedo R, Kerkebe M. Simulación en Urología. Global Index Medicus. Revista Chilena de Urología. [Internet]. 2018 [consultado 2023 septiembre 26]; 83(3):14-23. Disponible en: https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-963952
12. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. [Internet] España: ELSEVIER; 2021 [consultado 2023 abril 02]. Disponible en: https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html
13. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2014. [consultado 2023 abril 15]. Disponible en: https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf
15. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2014. [consultado 2023 abril 15]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
16. Castro D, Petit M. Hiperplasia Prostática Benigna. Adenomectomía Retropúbica. Laparoscópica Extraperitoneal Dedo Asistida: Descripción de la Técnica y Experiencia Inicial. [Internet]. 2015 [consultado 2024 abril 05]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10872/18249
17. Suaza-Martínez L, García-Valencia J, Giraldo-Arismendi A. Factores de riesgo asociados a

complicaciones perioperatorias en la resección transuretral de próstata con bipolar. Revisión narrativa de la literatura. Iatreia. [Internet]. 2019 [consultado 2023 septiembre 20]; 32(2):102-112. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1002144

18. Gómez P. RTU de próstata (técnica convencional) – Hiperplasia benigna. [Internet]. 2023 [consultado 2024 abril 05]. Disponible en: https://www.urologosmalaga.com/tratamientos/hiperplasia-benigna-o-adenoma-de-prostata/hiperplasia-benigna-rtu-prostata/#:~:text=La%20RTU%20de%20pr%C3%B3stata%20es,puede%20ocasionar%20incontinencia%20o%20impotencia