

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA**

**AUTORES:**

**Lic. Enrique Castro Cabreras**

**Dr. Octavio de La Concepción Gómez**

**Especialista en Urología**

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio retrospectivo de los casos que fueron intervenidos en el servicio de Urología del Instituto de Nefrología por cirugía Endoscópica del tracto urinario inferior (RTU) de enero del 2000 a Diciembre del 2004 con el objetivo de conocer las principales complicaciones, así como las acciones de enfermería necesarias para tratar y prevenir estas complicaciones siendo este personal el que más cerca está del paciente en el post operatorio. Como resultado obtuvimos que la complicación más frecuente fue la hematuria en el 21.87% de los casos y el lavado vesical fue la acción de enfermería más frecuente realizada a 10 del total de pacientes.

## **OBJETIVOS**

- 1-Describir los cuidados en el post-operatorio, haciendo énfasis en las técnicas adecuadas para este tipo de proceder.
- 2- Identificar los tipos de resección Trasuretral de próstata que se realizan en el servicio.
- 3-Mencionar las complicaciones más frecuentes.
- 4-Describir las medidas tomadas por enfermería frente a cada complicación.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Para la realización de este trabajo, se utilizó una muestra de 109 intervenidos por Cirugía Endoscópica en el servicio de Urología del Instituto de Nefrología Dr. Abelardo Buch López en el período comprendido de enero del 2000 a diciembre del 2004.

Los datos fueron obtenidos de las pancartas del servicio para cirugía Endoscópica y de las Historias Clínicas que ayudaron la realización de las tablas.

Se tuvieron en cuenta, las complicaciones más frecuentes en este tipo de cirugía, como son (Hematuria, Retención Urinaria por coágulos y caída de la sonda).

Toda la información fue procesada de forma cuidadosa donde se analizaron todos los aspectos necesarios en el estudio.

## **INTRODUCCIÓN**

La Cirugía Endoscópica baja constituye la tercera parte de toda la cirugía urológica, mediante esta se tratan diferentes patologías como son los procesos obstructivos y neoplásicos de vejiga, próstata y uretra, así también como la litiasis que se alojan en los tercios inferiores de los uréteres y Resección Transuretral de Próstata(RTU).

Actualmente es considerada la regla de oro o el “Gold Standard” para el manejo quirúrgico de la HPB. Sus resultados son comparables a los de la cirugía abierta convencional de próstata y presenta ventajas en cuanto a invasividad, tiempo de hospitalización, reincorporación a la vida laboral y social, etc.

En nuestro centro esta cirugía es el 65% del total de la cirugía urológica por lo que decidimos realizar este trabajo con el fin de evaluar la atención de enfermería en los pacientes sometidos a cirugía del tracto urinario inferior. Por ser este quien enfrenta las complicaciones de esta cirugía.

## **DESCRIPCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

El enfermero es el personal más importante en el post-operatorio de la cirugía del tracto urinario inferior, por ser el encargado de enfrentar y ayudar al médico a dar solución a las complicaciones que puedan existir. Por lo que se hace necesario mencionar algunos cuidados de Enfermería específicos de esta cirugía.

1-Recibir al paciente procedente de la unidad quirúrgica y realizar medición de signos vitales enfatizando tensión arterial y pulso.

2-Mantener sondas vesical y drenajes permeables.

3-Si el paciente viene con cistoclasia se debe mantener vigilancia extrema manteniendo un ritmo de 20 a 40 gotas por minutos si no hay sangramiento importante, para evitar que exista retención urinaria por coágulos.

4- En caso de retención urinaria por coágulos donde haya necesidad de realizar lavados vesicales o cambio de sonda se harán teniendo en cuenta todas las medidas de bioseguridad para evitar infección.

5-Vigilar que el paciente no ingiera alimentos hasta cuatro horas después de haber salido de la unidad quirúrgica.

6-Enviar al laboratorio de urgencia los chequeos de hematocrito y sodio que sean indicados, vigilar que se realice la extracción y reclamar los resultados.

7-Cumplimiento estricto de la hidratación prescrita por el médico y la administración de antibioticoterapia y analgésicos.

8-Apoyo emocional a pacientes y familiares explicándole los aspectos referentes a la cirugía haciendo énfasis en la importancia del reposo en el momento del alta para evitar hemorragias secundarias.

**TABLA #1 (PROCEDERES ENDOSCÓPICOS)**

Cirugía realizada	# de casos	%
RTU-P clásica	35	18.75
RTU-P con ESF	78	81.25
TOTAL	113	100

FUENTE: Historias Clínicas

**TABLA #2 (Tipos de Derivaciones)**

Tipos de Derivación	Nº	%
Talla vesical y sonda uretral	78	81.25
Sonda Uretra 3 Ramas	34	17.70
Sonda Uretra Simple	1	1.04
TOTAL	113	100

FUENTE: Historias Clínicas

**TABLA #3 (Nº de Complicaciones)**

	Nº	%
Complicaciones	28	21.87
No Complicaciones	85	78.12
TOTAL	113	100

FUENTE: Historias Clínicas

**TABLA #4 (Complicaciones)**

COMPLICACIONES	PACIENTES	%
Hematuria	12	38.09
Caída de la sonda	6	28.57
Retención por coágulos	7	23.80
Parafimosis	2	9.52
TOTAL	27	100

FUENTE: Historias Clínicas

**TABLA #5 (Medidas Tomadas ante las Complicaciones)**

Medidas	# de Casos	%
Lavado vesical	10	38.09
Cambio de sonda	8	33.33
Reintervención	1	4.76
Reducción de Parafimosis	2	9.52

FUENTE: Historias Clínicas

## **RESULTADOS**

En la Tabla #1 se muestran los dos tipos de Resección Transuretral de Próstata que se realizan en nuestro centro. Es importante identificarlos en este estudio ya que en la Resección Transuretral de Próstata (RTU-P) clásica se utiliza una sonda de tres ramas para evacuar la vejiga y en la RTU-P con evacuación Simultánea de fragmentos (RTU-P con ESF), se coloca una sonda uretral y una de talla vesical para poder lavar constantemente la vejiga y evitar la formación de coágulos. Como podemos apreciar, el mayor número de casos fue sometido a RTU con ESF (81.25%).

En la Tabla #2 se muestran los tipos de derivación urinaria que fueron empleados en el postoperatorio inmediato, prevaleciendo la existencia de talla vesical y sonda uretral, lo que coincide con el tipo de cirugía prostática realizada. Solo en un caso se utilizó sonda simple, lo que implica el no empleo de cistoclis.

La Tabla #3 muestra como el 21.87% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación, como se detalla más adelante en la Tabla #4, necesitando algún tipo de intervención por parte del personal de enfermería. La hematuria intensa fue la complicación más frecuente.

## **CONCLUSIONES**

En nuestro trabajo concluimos que la actuación del personal de enfermería en la recuperación del paciente con cirugía del tracto urinario inferior (RTU) es muy importante, ya que es el responsable de realizar todos los procedimientos indicados frente a cada complicación así como los cuidados de enfermería. También se ponen de manifiesto la ventaja de la cirugía endoscópica, que no son comparables a la cirugía abierta convencional y presentando diferencias en cuanto a invasividad, estadía hospitalaria. Siendo el método de evacuación simultánea de fragmentos (RTU + ESF) el de elección en nuestro centro.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Fitzpatrick, JM and Mebust WK: Minimally Invasive and Endoscopic Management of Benign Prostatic Hyperplasia. En Walsh: Campbell's Urology. 8<sup>th</sup> ed. Elsevier Science 2002.
2. Mebust WK, Holtgrewe HL, Crockett ATK et al: Transurethral Prostatectomy: Immediate and postoperative complications. A cooperative study of thirteen participating institutions evaluating 3885 patients. J Urol 1989; 141:243-247.
3. Reuter HJ, Jones LW: Physiologic low pressure irrigation for Transurethral resection: Suprapubic trocar drainage. J Urol 1974; 111(2): 210-212.
4. Iglesias JJ, Spores A, Gellman AC, See bode JJ: New Iglesias electroscope with continuous irrigation, simultaneous suction and low intravesical pressure. J Urol 1975; 114(6): 929-933.
5. Madsen PO, Frimodt-Moller PC: Transurethral Prostatic resection with Suprapubic trocar technique. J Urol 1984; 132(2): 277-279.
6. Rippa A, Sangalli C, Nicolai N, et al: Improvement of Endoscopic resection procedures in relation to the volume of Prostatic adenoma. Chir Ital 1998; 50(1): 25-31.
7. Manual de Enfermería Nefrourológica INEF 2002.