

**UNIVERSIDAD AUTONOMA “JUAN MISAEL SARACHO”**  
**SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA**  
**DIRECCION DE POSGRADO**



**TESIS DE GRADO**

**COMPETENCIAS COGNITIVAS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POSTOPERADOS DE RESECCIÓN TRANSURETRAL CON CISTOCLISIS, EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ GESTIÓN 2019**

**POR: Lic. Rosmery Gómez Catunta**

Trabajo presentado a consideración de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, como requisito para la obtención del título de **Maestría en Enfermería Médico Quirúrgico**.

**La Paz - Bolivia**

**2020**

TESIS APROBADA POR:

---

M. Sc. Dra. Mariam Casal Chali  
**SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA**

TRIBUNAL:

---

M. Sc. Lic. Pamela Verónica Meneces Quisberth  
**PRESIDENTE**

---

M. Sc. Lic. Silvia Maria Paucara Monroy  
**SECRETARIA**

---

M. Sc. Lic. Irma Quispe Colque  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## **DEDICATORIA**

A Este trabajo la dedico con todo mi amor y cariño a mí amado padre, madre y hermanos por sus sacrificios y esfuerzo, por darme sus apoyos y creer en mí

A Dios, por no abandonarme en ningún momento de mi vida.

A mí amada hija Alejandra por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día mas y así poder luchar para que la vida nos depara una vida mejor.

Gracias a todos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco de todo corazón a Dios por todo lo bueno que me dio, porque me ha dado la oportunidad de alcanzar cada uno de mis sueños y metas y hoy se cumple uno más de ellos. Por darme vida y salud y cuidar de mi cada momento de mi vida.

A las autoridades del Hospital Clínicas, Servicio de Urología. Porque gracias a su confianza y apoyo se logró la realización de este estudio de investigación.

A la Universidad Juan Misael Saracho, por darme la oportunidad,

Y ser parte de esta formación académica que es muy importante.

A mi familia por el apoyo incondicional que me brinda constantemente.

## RESUMEN

La presente tesis de investigación se realizó con el objetivo de determinar las competencias cognitivas y prácticas de enfermería en la atención de pacientes postoperados de resección transuretral con cistocclisis, en el servicio de urología del Hospital de Clínicas, La Paz Gestión 2019. Metodología, el estudio fue de tipo es cuantitativo, descriptivo, corte transversal y observacional en la cual se aplicó un instrumento de medición cuestionario al personal que trabaja en el servicio Urología del Hospital de Clínicas previo consentimiento informado. Los cuales dieron los siguientes resultados, Entre los datos sociodemográficos según edad del profesional de enfermería del servicio de Urología del Hospital de Clínicas; el 40% oscilo entre una edad de 25-30 años, 20% 31-35 años. Según grado académico el 10% tiene Maestría en médico quirúrgico, 25% tienen especialidad en médico quirúrgico, 35% tienen diplomados, 30% son Licenciadas en enfermería. Según experiencia laboral, el 60% se encuentra entre 1 a 5 años de trabajo, 25% de 6 a 10 años. El nivel de conocimiento el profesional de enfermería en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, fue 30% es malo, 40% deficiente, 25% regular y 5 % bueno. En cuanto a la práctica, el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con resección transuretral con cistocclisis, que el profesional de enfermería cumple en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 80% Vigila la posición del paciente, 90% control de signos vitales estricto, 90% realiza en cambio de solución para cistocclisis,60% realiza el vaciado de la diuresis, 95% realiza la valoración del dolor del paciente,75% asegura el confort del paciente, 80% realiza el balance hídrico de los ingresos y egresos. En conclusión, existen debilidades en las competencias cognitivas y no así en la práctica.

**Palabras clave: Competencias, resección transuretral, cistocclisis, enfermería.**

## SUMMARY

The present research thesis was carried out with the objective of determining the cognitive competencies and nursing practices in the care of post-operative patients of transurethral resection with cystocysis, in the urology service of the Hospital de Clínicas, La Paz Gestión 2019. Methodology, The study is quantitative, descriptive, cross-sectional and observational, in which a questionnaire measuring instrument was applied to the staff working in Urology of the Hospital of Clinics with prior informed consent. Which gave the following Results, Among the sociodemographic data according to age of the nursing professional of the Urology service of the Hospital de Clínicas; 40% oscillate between an age of 25-30 years, 20% 31-35 years. According to academic degree, 10% have a Master's degree in surgical doctor, 25% Specialist in surgical doctor, 35% graduates, 30% have a degree in nursing. According to work experience, 60% is between 1 to 5 years of work, 25% from 6 to 10 years. The level of knowledge of the nursing professional in the Urology department of the Hospital de Clínicas, was 30% bad, 40% poor, 25% regular and 5% good. Regarding practice, the fulfillment of nursing care in the care of patients with trans-urethral resection with cystocysis, which the nursing professional fulfills in the Urology Department of the Hospital de Clínicas, 80% Monitor the patient's position, 90 % strict vital signs control, 90% perform instead of solution for cystocysis, 60% perform diuresis emptying, 95% perform patient pain assessment, 75% ensure patient comfort, 80% Perform water balance of income / expenses. In conclusion, there are weaknesses in cognitive skills and not in practice. Therefore, a postoperate resection patient care guide with cystocratic prostate urethra with cystoclysis for Nursing is proposed by applying International Standards. A cystolysis control sheet is designed for nursing registration under quality standards in the urology service of the Hospital de Clínicas.emented.

**Keywords: Competencies, transurethral resection, cystocysis, nursi**

## INDICE

### Página

#### **CAPITULO I**

Introducción.....	1
1. Antecedentes.....	3
1.2. Problema de investigación.....	7
1.3. Planteamiento del problema.....	7
1.4. Formulación del problema.....	8
1.5. Justificación.....	9
1.6. Objetivos.....	10
1.7. Objetivo General.....	10
1.8. Objetivos específicos.....	10
1.9. Viabilidad de la investigación.....	11

#### **CAPITULO II**

2.Marco teórico.....	12
2.1. Marco teórico conceptual.....	12
2.2. Marco teórico referencial.....	43
2.3. Alcance del estudio.....	45

#### **CAPITULO III**

3. Diseño metodológico.....	46
3.1.Tipo de estudio.....	46
3.2. Unidad de análisis y universo de estudio.....	47
3.3. Calculo de tamaño de la muestra.....	47

3.4. Selección de la muestra.....	47
3.5. Operacionalización de variables.....	49
3.6. Recolección de datos, técnicas e instrumentos.....	51
3.7. Plan de análisis estadístico.....	52
 <b>CAPITULO IV</b>	
4.Resultados.....	53
4.1. Presentación de resultados .....	53
4.2. Análisis y discusión de resultados.....	71
4.3. Conclusiones y recomendaciones.....	73
4.3.1. Conclusiones.....	73
4.3.2. Recomendaciones.....	74
5. Referencias bibliográficas.....	76
 Anexos.	

## CAPITULO I.

### INTRODUCCION

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 transureteral de próstata(RTU).

Bajo el término cirugía endoscópica, se agrupan varias técnicas de observación directa del interior de un órgano o cavidad mediante un instrumento óptico (un tubo con iluminación conectado a una cámara de vídeo y a un monitor de televisión) que se introduce a través de orificios naturales del cuerpo humano o de la pared abdominal, como pueden ser la histeroscopia y la laparoscopia.

Se trata de una cirugía mínimamente invasiva que ha supuesto un avance respecto a las intervenciones abiertas tradicionales, ya que es una técnica mucho más fiable y precisa, se presentan menos traumas posteriores y además los resultados estéticos son mejores. Normalmente se realiza bajo anestesia general. Actualmente es considerada la regla de oro o el "Gold Standard" para el manejo quirúrgico de la hiperplasia prostática (1). Sus resultados son comparables a los de la cirugía abierta convencional de próstata y presenta ventajas en cuanto a impasividad, tiempo de hospitalización, reincorporación a la vida laboral y social, etc.

El lavado vesical es el procedimiento encaminado a mantener la permeabilidad de la sonda uretral por medio de la introducción en la vejiga del paciente, de una solución de irrigación de forma continua, y su posterior vaciado a través de una sonda vesical, siendo muy importante el papel del

profesional de enfermería para el cumplimiento del procedimiento garantizando la permeabilidad de los catéteres urinarios.

El control y prevención de las complicaciones relacionadas con los catéteres urinarios es un tema recurrente en todo el mundo. Sin embargo, los resultados de diversos estudios demuestran las altas tasas de complicaciones que se producen en los pacientes portadores de catéteres urinarios.

De esto, se deduce que las prácticas de los profesionales de Enfermería y la educación a los pacientes todavía es deficiente, por lo que se plantea una actuación constante encaminado a la prevención de complicaciones.

Se decidió 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 profesional quien enfrenta las complicaciones post quirúrgicas inmediatas de esta cirugía.

## 1.- Antecedentes

A nivel internacional se exponen los siguientes artículos e investigaciones:

Burgos M, Cadavid V, DE Toro L, Frías I, et al. (2011) Barcelona realizaron un estudio de investigación titulado: "Manejo enfermero en el síndrome pos resección transuretral de próstata (Síndrome post-RTUP)" en la cual resumen que la resección transuretral es una técnica sencilla en cirugía urológica de vías inferiores para tumores de próstata, sin otra patología de vías inferiores, con posibilidad de resección completa, en la cual se utiliza, normalmente, anestesia regional, y cuya complicación más importante es el síndrome post-RTUP (pos resección transuretral de próstata). Al ser una técnica sencilla y la aplicación de la anestesia regional, los pacientes intervenidos pasan un corto período de tiempo en la Unidad de Reanimación; es por ello, que el profesional de Enfermería de la Unidad de Cirugía Urológica debe estar familiarizado con una de las complicaciones de la RTUP, como es el síndrome post-RTUP, para ello se llevó a cabo la valoración de las intervenciones realizadas en el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, Madrid, en el año 2008, donde los resultados alcanzaban un 6,49% de pacientes con síndrome post-RTUP, dentro de los referentes bibliográficos establecidos entre el 1% y el 7%; para llegar a la elaboración de un plan de cuidados enfermeros estandarizado en el síndrome post-RTUP, para implementarse en un futuro en nuestra Unidad, teniendo como objetivo general el conocimiento, por parte del personal de enfermería de la misma, de todas las posibles complicaciones que este tipo de intervenciones puede llegar a desarrollar, que sirva además como uno de los protocolos enfermeros del propio centro donde desarrollamos nuestra actividad enfermera, así como que sirva de base para actuaciones futuras en otros centros de nuestro medio.(2)

Reyes L. Sánchez E. (2016), en Perú realizaron el estudio: "Eficacia de la irrigación vesical continua en el manejo de la hematuria", en la cual tuvo

como objetivo: Determinar la eficacia y usos de la irrigación vesical continúa en el manejo de eventos urológicos. Materiales y métodos: Las Revisiones sistemáticas son un diseño de investigación observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias. Son parte esencial de la enfermería basada en la evidencia por su rigurosa metodología, identificando los estudios relevantes para responder preguntas específicas de la práctica clínica. Resultados: Los artículos revisados fueron hallados en las bases de datos Scielo, Dialnet, Ebsco, Lilacs, los resultados evidencian que hay una menor incidencia de las complicaciones postoperatorias inmediatas inherentes al funcionamiento de la sonda uretrovesical, en los pacientes dejados sin irrigación, igualmente el día promedio en la estancia hospitalaria de estos pacientes fue menor, concluyendo que la irrigación vesical continua como tratamiento post prostatectomía no es indispensable. Los otros autores de igual forma coinciden que el uso de la irrigación vesical continua como tratamiento usando un esquema antibiótico continuo es recomendable. Conclusiones: Los artículos revisados evidencian que la irrigación vesical continua como tratamiento e intervención post prostatectomía no es indispensable en los pacientes. El uso de la irrigación vesical continua como tratamiento usando un esquema antibiótico continuo es recomendable, disminuye la estancia hospitalaria, disminuye la fiebre y mejora rápidamente las condiciones generales del paciente así como negativiza los cultivos en un periodo menor de tiempo.

El manejo de la hematuria de origen vesical a través de la irrigación vesical continua como tratamiento con la aplicación de solución de bismuto intravesical es eficaz en acortar el tiempo de control de la hematuria (3).

Ligia B. (2010), en España realizaron el estudio:” Cateterismo Uretral: un tema para la reflexión” El presente artículo trata del cateterismo uretral inspirado en acciones de prevención y de cuidado integral a la persona. Se

propone una guía técnica para el procedimiento con aportes de otras guías basadas en evidencia, además invita a la reflexión a partir del análisis de los riesgos que implica, especialmente los que tienen que ver con la infección urinaria, importante causa de la infección intrahospitalaria. De esta manera se quiere problematizar el papel y la responsabilidad del profesional de enfermería frente a este procedimiento, subrayando la necesidad de practicarlo de manera consciente, con un conocimiento profundo de las indicaciones, riesgos, manejo y medidas alternas que facilitan la eliminación urinaria. Se hace énfasis en los principios éticos de beneficencia no maleficencia como garantes de la calidad del cuidado de enfermería, expresada en el bienestar integral del paciente y su familia (4).

Rodríguez V. (2011) en España realizaron el estudio: “Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado”, El presente trabajo tiene por objetivo describir la importancia de la Enfermería basada en la Evidencia como una estrategia relevante para el desarrollo con calidad de la Gestión del Cuidado, una de las funciones entregada en forma legal a la enfermera en año 1997, al ser incorporado en el Código Sanitario Chileno. Se revisaron los textos y documentos legales chilenos respecto al tema y artículos en diversas bases de datos, PubMed, SCielo, Cuiden Citación, Ciberindex. Describe las diversas etapas de la Enfermería basada en la Evidencia, así como las diversas funciones que se derivan de la Gestión del Cuidado y la importancia de la formación de los futuros enfermeras/os con esta estrategia de aprendizaje para entregar el mejor cuidado hacia los usuarios (5).

Caro-Zapata F, Vásquez A, Correa E, García J. (2018) Colombia realizaron un estudio titulado: “Complicaciones infecciosas después de prostatectomía abierta y resección transuretral de próstata en pacientes con hiperplasia prostática benigna”, indican sobre la hiperplasia prostática benigna (HPB) es la neoplasia más común en hombres y puede requerir tratamiento quirúrgico cuando hay retención urinaria, uropatía obstructiva, hematuria a repetición,

cistolitiasis o falta de mejoría de los síntomas con las terapias farmacológicas. Las opciones quirúrgicas más frecuentes son la prostatectomía abierta y la resección transuretral de próstata, entre cuyas complicaciones están las infecciones del tracto urinario (ITU) hasta en 12,9 % de los pacientes. Sin embargo, este porcentaje es variable porque no siempre se especifica la diferencia entre ITU y bacteriuria. Los siguientes son factores de riesgo: bacteriuria preoperatoria, tiempo quirúrgico mayor de 60 minutos y manipulación posoperatoria de la sonda vesical. Es importante que los profesionales de la salud que participan en la atención de pacientes con HPB conozcan e intervengan estas complicaciones infecciosas y sus factores de riesgo (6).

Castro E. De la Concepción O. (2010) Perú, un estudio titulado: "Atención de enfermería en la resección transuretral de próstata" mencionan 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 postoperatorio. 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. (7)

## **1.2. Problema de investigación**

### **1.3. Planteamiento del problema**

La atención con calidad y calidez de la enfermera en el postoperatorio; es básico y fundamental, ya que de ello depende el éxito o fracaso de la recuperación del paciente. Considerando que la calidad debe estar basada en las necesidades de los pacientes desarrollando técnicas o indicadores para mejorarlas.

La calidad de atención es un compromiso, que requiere recurrir a todos los elementos existentes para alcanzarla.

Respecto a la misma, existe la percepción de que hoy los pacientes están buscando profesionales que actúen en forma humana deseando para ello enfermeras que no sólo resuelvan sus problemas de salud, sino que los escuchen y comprendan el estado actual en el que se encuentra porque no solo su salud física se ve afectada sino también su entorno afectivo.

Frecuentemente se ha podido observar en los pacientes postoperados del servicio de urología complicaciones como: cistoclasia con obstrucciones, hematuria.

También se pudo observar que el profesional de Enfermería tiene poco acercamiento y comunicación verbal o gestual con los pacientes en el postoperatorio inmediato, limitándose a cumplir acciones interdependientes, tales como: control de signos vitales, administración de analgésicos, para el alivio del dolor y tratamientos indicados.

De este modo se observa falta de datos en los registros de enfermería que indiquen acciones dirigidas a la satisfacción de sus necesidades y prevención de complicaciones asociadas a los manejo de catéteres urinarios en los pacientes.

Igualmente, en los registros de enfermería los cuidados relacionados con la satisfacción de las necesidades no tienen secuencia ni continuidad, adicionado a ausencia de estándares de cuidados postoperatorios y otros problemas que surgen de la relación enfermera paciente.

Se debe considerar que la calidad no es un proceso positivo vertical, sino más bien un proceso dinámico ininterrumpido y exhaustivo, de identificación permanente de fallas en las actividades diarias y procedimientos. Dicho proceso debe ser periódicamente revisado, actualizado y difundido con la participación del personal.

La enfermera debe estar comprometida con su labor como profesional actuando en forma responsable y dedicada para garantizar la plena satisfacción del cliente.

Si bien el profesional de enfermería brinda atención y cuidados a los pacientes post operatorios de resección transuretral es importante tomar en cuenta el desarrollo de las diferentes competencias cognitivas y prácticas para que los pacientes internados reciban una atención con calidad, calidez, eficiencia y eficacia.

#### **1.4.- Formulación del problema**

¿Cuáles serán las competencias cognitivas y prácticas de enfermería en la atención de pacientes pos operados de resección transuretral con cistoclasia, en el servicio de urología del Hospital de Clínicas, La Paz Gestión 2019?

### **1.5.- Justificación**

El profesional de Enfermería es el personal más importante en el postoperatorio 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 para el paciente.

Las acciones de enfermería necesarias para tratar y prevenir estas complicaciones siendo este personal el que más cerca está del paciente en el postoperatorio.

Desde el punto de vista práctico será de gran importancia porque permitirá la unificación de criterios de actuación y establecer los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato de resección transuretral de próstata.

El presente estudio pretende generar una evidencia científica que permita atender adecuadamente al usuario, optimizando los recursos humanos, el tiempo de atención para disminuir las posibles complicaciones asociadas al postoperatorio de la resección transuretral de próstata logrando disminuir los días de estadía en la unidad de urología.

Permitirá generar lineamientos de Enfermería sobre las competencias cognitivas y prácticas basadas en estándares de calidad del cuidado enfermero.

El presente estudio es un aporte social ya que al proporcionar información relevante sobre las competencias cognitivas y las prácticas de enfermería en la atención de pacientes de resección transuretral de próstata, permite generar el desarrollo de estrategias importantes básicamente a la prevención de complicaciones y una atención de calidad.

## **1.6. Objetivos**

### **1.7. Objetivo general**

Determinar las competencias cognitivas y prácticas de enfermería en la atención de pacientes postoperados de resección transuretral con cistocclisis, en el servicio de urología del Hospital de Clínicas, La Paz Gestión 2019

### **1.8. Objetivos específicos**

1. Caracterizar socio demográficamente a los profesionales de Enfermería según edad, sexo, formación académica y experiencia laboral en el servicio de urología.
2. Describir las competencias cognitivas y prácticas relacionados a la atención de pacientes postoperados de resección tras suretral de próstata con cistocclisis por el profesional de enfermería.
3. Proponer una guía de actuación sobre la atención de pacientes postoperado de resección tras uretral de próstata con cistocclisis.
4. Diseñar una hoja de control de cistocclisis para Registro de Enfermería en el servicio de urología del Hospital de Clínicas.

### **1.9. Viabilidad de la investigación**

El presente estudio de investigación es factible ya que el personal de enfermería que trabaja en el servicio de Urología, da viabilidad a esta investigación ya que el presente documento proporciona un aporte científico para la prevención de complicaciones a pacientes postoperatorios de resección transuretral de próstata que se encuentran con una cistocclisis internados en el Hospital de Clínicas.

## CAPITULO II

### 2. Marco Teórico

#### 2.1. Marco Teórico Conceptual

**2.1.1. Proceso de atención de enfermería** El proceso para la asistencia de enfermería es una recopilación de datos y una formulación de decisiones que incluye la valoración sistemática de los problemas del paciente, estableciendo diagnósticos, desarrollando un plan de asistencia, con la ejecución de acciones y evaluando la eficacia de las mismas en la resolución de los problemas valorados, con la aplicación del método científico (8). Rosalinda Alfaro menciona que el proceso de atención de enfermería es: “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros humanísticos y eficaces, centrados en un objetivo.

Yura y Walsh definen el proceso como “Un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de enfermería que es mantener el bienestar del paciente en un nivel óptimo, si ese estado se altera, proveer entonces todos los cuidados necesarios para restablecer su bienestar” (9).

Las características del proceso son: sistemático, dinámico, interactivo, flexible con la base teórica. Las limitaciones son: Escaso dominio de la taxonomía enfermera, falta de políticas institucionales, déficit de personal, escasa investigación en enfermería, sobrecarga de trabajo, falta de incentivos profesionales Informatización de los centros de salud.

La organización del proceso consta de cinco pasos y cada uno de ellos con una herramienta útil que será el instrumento que haga posible pasar del PAE teórico a un Sistema de trabajo realista. El Proceso Enfermero requiere de la valoración del paciente a partir de un método sistemático de recolección de datos que consiste en la apreciación del individuo, con la finalidad de identificar las necesidades potenciales o reales de su salud. Además de la

valoración, enfermería realiza el diagnóstico emitiendo un juicio clínico de las respuestas de la persona a los procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales, que proporciona la base para las intervenciones de enfermería. Una vez identificados el o los diagnósticos el personal de enfermería establece los objetivos a conseguir, que reflejan estados favorables que se pueden lograr mediante la aplicación de intervenciones. El objetivo de los cuidados del paciente es proporcionarle cuidado individualizado, planificado y adecuado en un entorno que favorezca el tratamiento, los objetivos de rehabilitación y las necesidades específicas de cada paciente.

### **2.1.2. Clasificación del cuidado Enfermero.**

El cuidado enfermero se clasifica en las siguientes categorías:

- a) Procedimientos generales, enfocados a valorar la situación del usuario.
- b) Cuidados básicos, relacionados a la atención de las necesidades básicas como ser la higiene, la movilización, el arreglo de la cama, la alimentación y el control de productos de desecho.
- c) Cuidados terapéuticos, responden a las exigencias del diagnóstico y tratamiento y pueden ser: control de parámetros, cuidados respiratorios, cateterismos, administración de medicamentos, los cuidados pre y post operatorios y la prevención y el control de infecciones (10).

### **Competencias**

Las competencias parecen constituir, en la actualidad, una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. En una visión y organización sistémica, las competencias han sido incluso capaces de expresarse como un sistema nacional de certificación de competencias

legalmente establecido en varios países del mundo, incluidos proyectos en América Latina. Más que una moda, se trata de "un vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación".

La implantación de nuevos valores y normas de comportamiento. La competencia tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. La flexibilidad y capacidad de adaptación resultan claves para el nuevo tipo de logro que busca el trabajo y la educación como desarrollo general, para que las personas hagan algo con lo que saben.

El término competencia, entonces, puede ser definido de manera general, como un "saber hacer, sobre algo, con determinadas actitudes", es decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales (11).

El término alude, en primer lugar, al carácter eminentemente práctico de toda competencia. Para saber si alguien es competente es indispensable observarlo actuando; es decir, no se es competente cuando sólo se sabe cómo se debe hacer, sino cuando se hace efectivamente y de una manera adecuada. En segundo lugar, la definición hace referencia a algo sobre el que se sabe hacer, que es el contenido de la competencia. En último lugar, para poder afirmar de alguien que es competente no basta saber qué hace ese algo, sino que importa mucho, la manera o la actitud con la que actúa. Nuevamente se hace referencia a los aprendizajes que hacen a alguien competente: sabe quién es, sabe hacer, emprender y hacerlo con otros y, finalmente, cómo hizo para saberlo.

- **Competencias básicas**, son aquellas en las que la persona construye las bases de su aprendizaje (interpretar y comunicar información, razonar creativamente y solucionar problemas, entre otras). Las

competencias básicas están referidas fundamentalmente a la capacidad de "aprender a aprender" que afirma la erradicación definitiva de la concepción de que es posible aprender de una vez y para siempre y de que en el aula se puede reproducir todo el conocimiento. Requiere de instrumentaciones básicas como la idoneidad para la expresión oral y escrita y del manejo de las matemáticas aplicadas y pone en movimiento diversos rasgos cognitivos, como la capacidad de situar y comprender de manera crítica, las imágenes y los datos que le llegan de fuentes múltiples; la aptitud para observar, la voluntad de experimentación y la capacidad de tener criterio y tomar decisiones. Entre las competencias básicas que suelen incluirse en los currículos se encuentran la comunicación verbal y escrita, la lectura y la escritura, las nociones de aritmética, el trabajo en equipo, la resolución de problemas y la enseñanza de lenguas extranjeras.

- **Competencias personales**, son aquellas que permiten realizar con éxito las diferentes funciones en la vida (actuar responsablemente, mostrar deseo de superación y aceptar el cambio, entre otras). Las competencias personales constituyen un conjunto de difícil definición, pues están en función de las capacidades y potencialidades de expresión de un grupo de características que se manifiestan en dependencia del ambiente en que se desarrolle la actividad, como: seguridad en sí mismo, capacidad para dominar los sentimientos y las tensiones emocionales, curiosidad, argumentación crítica y capacidad analítica.
- **Competencias profesionales**. son las que garantizan cumplir con las tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional. Se reconoce que las cualidades de las personas para desempeñarse productivamente en una situación de trabajo, no sólo dependen de las situaciones de aprendizaje escolar formal, sino también del

aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo. Es de señalar que la integración de todas las competencias expuestas representa los factores críticos de éxito profesional.

**Competencias en investigación** Por investigación se utilizará la definición de Ducharme que señala: “La investigación en enfermería explora, describe, explica y predice fenómenos que son de interés para la disciplina.

Permite validar y refinar los conocimientos existentes y generar nuevos que son directa o indirectamente útiles para la práctica de la enfermería”. Entonces investigación en Enfermería sería aquella que explica la investigación realizada por enfermeras/os y para ser utilizada en la práctica de enfermería, aunque también incluiría, a la investigación realizada por enfermeras/os en grupos multidisciplinarios donde se desea encontrar la solución o respuesta a un problema específico desde el punto de vista de cada disciplina y excluyendo aquellas investigaciones en las cuales la enfermera/o participa como colaborador en estudios que buscan resolver problemas de otras disciplinas y en las cuales generalmente su aporte es anónimo o poco reconocido cuando son socializados los resultados en el ámbito científico.

Considerando que las competencias en general surgieron en el mundo laboral empresarial para evaluar el cumplimiento de los trabajadores asociadas a un mejor desempeño, y a una mayor calidad y productividad laboral, se utilizará la definición de competencia laboral utilizada en la Ley Chilena N° 20.267 que crea el Sistema Nacional de Certificación de Competencias Laborales y perfecciona el estatuto de Capacitación y Empleo, como aquellas “aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para cumplir exitosamente las actividades que componen una función laboral, según estándares definidos por el sector productivo”(12).

Trasladándolo al terreno práctico de la enfermería, competencia sería la aptitud, conocimiento y destreza necesarios para cumplir exitosamente las actividades que componen la función de enfermería, traducido en una mayor claridad, calidad e integralidad del cuidado de enfermería.

Con todo, competencia en investigación de enfermería sería la capacidad de la enfermera/o asistencial de demostrar aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para generar, validar y clarificar los conocimientos que permitan encontrar y dar solución a los problemas de la práctica de enfermería, mejorar la calidad del cuidado y al mismo tiempo la calidad de vida de las personas involucradas. Según Pereda y Marriner, nos dice que para que una persona pueda desarrollar los comportamientos incluidos en la competencia, es preciso que ésta tenga los siguientes elementos.

**a) Saber:** conjunto de conocimientos que permiten a la enfermera/o realizar una cierta tarea e investigación.

**b) Saber hacer:** aplicar los conocimientos en la solución de problemas y contar y aplicar sus habilidades y destrezas para dar solución a los problemas y dudas derivadas de la práctica de enfermería, y una excelente enfermera con conocimientos en investigación

**c) Saber estar:** ajustar los comportamientos a las normas y reglas de la organización y del grupo de trabajo. Son las actitudes e intereses, deben ajustarse a las normas éticas, intereses de la institución de salud y mantener una actitud científica

**d) Querer hacer:** contar con la motivación personal para llevar a cabo los comportamientos incluidos en determinada competencia, la enfermera/o debe realizar investigación, siendo el principal impulsor de la investigación.

**e) Poder hacer:** se refiere a las características de la organización que permitan a la persona llevar a cabo la competencia solicitada. La enfermera debe estar motivada e interesada en realizar investigación debe contar en su institución con los recursos y medios (económicos, computacionales, tiempo, etc.) que sean necesarios para llevar a cabo la investigación (13). Benner resalta la diferencia entre el saber cómo un conocimiento práctico que puede evitar las formulaciones sistemáticas, y el saber qué, o explicaciones teóricas de los fenómenos. El saber qué, es el mecanismo que se aplica para alcanzar un conocimiento por medio de la determinación de las relaciones causales entre los hechos. En cambio, el saber cómo, consiste en la adquisición de técnicas que pueden apoyar al saber qué, por lo que se puede desarrollar con anterioridad a la explicación teórica. Benner afirma que el conocimiento práctico puede servir para ampliar la teoría o desarrollarse antes de las fórmulas científicas. Las situaciones clínicas son siempre más variadas y complicadas que los planteamientos teóricos, por lo que la práctica clínica es un área de indagación y desarrollo del conocimiento. La práctica clínica personifica la noción de superación; mediante su estudio pueden desarrollarse nuevos conocimientos. La enfermería debe establecer la base cognitiva necesaria para su desempeño (el saber hacer) y mediante la investigación científica y la observación, empezar a registrar y desarrollar este saber práctico de la experiencia clínica (14). En un mundo ideal la teoría y la práctica deberían abrir un diálogo que alertara la creación de nuevas posibilidades. La teoría se deduce de la práctica, y ésta se modifica o amplía a partir de los desarrollos teóricos.

**Modelos aplicados a la práctica de enfermería:** Patricia Benner adaptó a la práctica clínica de enfermería el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades de Dreyfus 1980-1986, propuesto por Stuart y Hubert Dreyfus, profesores de la Universidad de California en Berkeley. El

modelo de situación describe cinco niveles de adquisición de destreza y desarrollo de técnicas y habilidades en la práctica de la enfermería en la obra *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984). Benner utilizó descripciones sistemáticas de cinco etapas: novato, principiante avanzado, competente, eficaz y experto.

**a) Novato** En esta fase el profesional no dispone de una experiencia acumulada sobre la situación en que se desenvuelve, resulta difícil discernir entre los aspectos relevantes y no relevantes de una situación. En general este nivel se aplica a los estudiantes de enfermería, pero Benner ha sugerido que las enfermeras de un nivel de experiencia muy elevado en determinados campos podrían clasificarse no obstante como novatos en otras áreas o situaciones no familiares.

**b) Principiante avanzado.-** Esta fase se alcanza cuando la persona demuestra una experiencia y rendimiento ligeramente aceptables y es capaz de enfrentarse a situaciones reales para advertir, tal vez orientada por un consejero designado, los componentes significativos que se repiten dentro de la situación. Tiene experiencia suficiente para detectar los distintos aspectos de la situación. Las enfermeras encuadradas en este nivel se guían por normas orientadas al cumplimiento de las tareas y tienen dificultades para captar la situación actual

Se sienten muy responsables del manejo de la atención a los pacientes aun cuando siguen dependiendo en buena medida de la ayuda de personas más experimentadas. Benner sitúa en este nivel a la mayoría del personal que acaba de completar sus estudios de enfermería.

**d) Competente.-** Mediante el aprendizaje basado en situaciones prácticas reales y siguiendo las acciones de otras personas, el principiante avanzado puede pasar a ser considerado un profesional. Esta fase se caracteriza por la puesta en práctica de una planificación deliberada y consciente en gran

medida, que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras consideradas importantes y las que pueden ignorarse. Se trata de un nivel de mayor eficacia en el que no obstante el centro de interés es el manejo del tiempo y la organización de las tareas por parte de la enfermera, más que en lo relativo a las necesidades del paciente. Una enfermera competente es posible que muestre un exceso de responsabilidad con respecto a su paciente, con frecuencia mayor de lo que se le exige, en realidad con una visión omnipresente y crítica de sí misma, aplica nuevas normas y procedimientos de razonamiento dentro del plan al tiempo que utiliza las reglas de acción ya aprendidas adaptándose a los hechos relevantes de la situación (15).

**d) Eficaz.-** (Aventajado) El profesional percibe la situación como un todo (imagen total de la misma), y no solo sus aspectos elementales, guía sus acciones por las máximas aplicables a dicha situación. Este nivel constituye un salto cualitativo respecto al de competencia, en esta fase el profesional es capaz de reconocer los aspectos más sobresalientes y capta la situación de forma intuitiva en función de sus conocimientos incorporados. Las enfermeras en este nivel demuestran nuevas capacidades para apreciar la importancia de una situación, incluidas las de reconocimiento y puesta en práctica de del paciente con una perspectiva amplia. Empieza a reconocer los elementos de forma intuitiva cuando están presentes.

Respuestas técnicas a la misma, conforme evoluciona. Ya no se conforman con aplicar metas pre-establecidas para organizarse y revelan una mayor confianza en sus conocimientos y capacidad. Esta fase puede considerarse una transición a la fase de experto se produce una implicación mucho mayor con el paciente y su familia.

**e) Experto.** - Esta fase se alcanza cuando el profesional experto deja ya de basarse en principios analíticos (normas, directrices máximas) para ligar su

conocimiento de la situación con una acción apropiada. Benner describió que la enfermera experta desarrolla una capacidad especial de comprender intuitivamente cada situación y puede identificar el campo del problema sin perder el tiempo en múltiples diagnósticos o soluciones alternativas. Algunos aspectos claves del ejercicio experto de la enfermería son:

- Rápida comprensión clínica y práctica basada en recursos.
- Saber hacer general.
- Capacidad para apreciar la totalidad del problema.
- Prevé lo inesperado

La enfermera experta tiene capacidad para reconocer patrones de respuestas a partir de su sólida formación experimental. Su máxima meta es satisfacer los problemas y necesidades actuales del paciente, incluso aunque ello requiera planificar y negociar un cambio en el plan de asistencia. En esta fase se tiene una visión del yo casi transparente.

Finalmente, el modelo de Benner postula que en el progreso a través de estos niveles de adquisición de habilidades, se producen cambios en cuatro aspectos del rendimiento, a saber:

- El paso de una confianza basada en principios abstractos y reglas del pasado al uso de la experiencia concreta.
- La sustitución del razonamiento analítico basada en reglas por la intuición.
- La alteración en la percepción de la situación, desde una compilación de porciones de realidad de relevancia comparable a un todo cada vez más complejo en el que sobresale la importancia de algunas de sus partes.

- El pasó desde la condición de observador minucioso, que permanece fuera de la acción a una posición de mayor implicación, plenamente integrada en la situación de que se trate.

De un análisis de episodios reales de asistencia al paciente surgieron treinta y un competencias. A partir de esta obra se desarrollaron siete áreas de la práctica de la Enfermería que poseen una serie de competencias con similares objetivos, funciones y significados. Se identificaron como:

- El papel de ayudar
- La función de enseñanza-entrenamiento.
- La función diagnóstica y de monitorización del paciente.
- La conducción eficaz de situaciones rápidamente cambiantes.
- La administración y monitorización de intervenciones y regímenes terapéuticos.
- Las competencias organizativas del papel profesional.

La obra de Benner describe la práctica de la enfermera en el contexto de lo que la enfermería es y hace realmente (16).

## **2.5. Resección transuretral**

Desde los comienzos de la RTU en 1931, los reseccionistas siempre han pensado en resecar el cáncer de próstata. Sin embargo, el tratamiento siempre fue incompleto y problemático. La fase inicial de la RTUPC comenzó cuando, en 1957 realizamos la primera RTUPC en nuestro departamento de Stuttgart. En 1980 Hans J. Reuter publicó 323 casos en su Atlas de Endourología (17). Impulsados por esta idea, urólogos de todo el mundo han llevado a cabo este procedimiento, sin éxito sólo por no tener en cuenta un pequeño detalle del mismo. Este hecho, extremadamente importante, es la

irrigación a baja presión. La consecuencia que se obtuvo fue extravasación de líquido. Frente a esto, uno de los usuarios más constantes de la irrigación a baja presión prosiguió con el procedimiento de la RTUPC de forma exitosa: Erich Matouschek en Karlsruhe en 1987 publicó las indicaciones de la técnica (18). Naturalmente se fue adaptando esta al estándar oncológico y se dio comienzo a un estudio prospectivo en Stuttgart en 1986 (19). Este artículo es la revisión de 19 años de experiencia y mejoras de la RTUPC.

El “estándar de oro” actual es la cirugía abierta, con prostatectomía, vesiculectomía con exéresis completa de la glándula prostática incluyendo el veru montanum y las vesículas seminales, y, si está indicada, linfadenectomía de estadiaje. Similar a la cirugía, con la RTUPC a baja presión, se alcanza una exéresis completa del tumor, de la cápsula prostática y de las vesículas seminales. Esto se complementa con linfadenectomía laparoscópica de estadiaje (20)

La resección transuretral de próstata (RTU) es el procedimiento de elección en el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna en los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico. La cirugía endoscópica del tracto genitourinario requiere la utilización de una solución de irrigación. Dicha solución se utiliza para el llenado de la vejiga y el arrastre de la sangre y los fragmentos de tejido reseccionados, dejando libre el campo quirúrgico. Entre otras complicaciones, los pacientes que reciben este tipo de procedimiento, debido a la absorción que puede producirse de estos fluidos, están en riesgo de desarrollar hiponatremia y, según su magnitud, puede incluso aparecer el denominado "síndrome de resección transuretral”.

### **Indicaciones de la resección transuretral.**

Las indicaciones de la RTUPC incluyen a aquellos pacientes con cáncer de próstata localizado comprobado histológicamente, estadios T1-2 y T3a determinados con estadiaje preoperatorio mediante Examen Dígito Rectal

(EDR), ecografía transrectal, Antígeno Prostático Específico (PSA), gammagrafía ósea, Tomografía Computarizada (TAC-scan) y radiología pulmonar. La enfermedad metastásica excluye al paciente del estudio. Se incluyen aquellos pacientes que no son subsidiarios o que rechazan la cirugía abierta. Los pacientes con un ASA 3 de alto riesgo (American Society of Anesthesiologists) también se incluyen, así como aquellos con recurrencia bioquímica de PSA tras radioterapia o braquiterapia y aquellos con condicionamientos religiosos, p. ej. Testigos de Jehová. Ni la edad ni la obesidad limitaron las indicaciones para ser intervenidos (21).

### **Síndrome de resección transuretral**

Los fluidos empleados durante la resección transuretral no contienen electrolitos. Su absorción a la circulación sanguínea puede resultar en hipervolemia e hiponatremia dilucional que conduce a alteraciones neurológicas y/o cardiovasculares.

La incidencia de hiperplasia benigna de próstata (*HBP*) aumenta con la edad afectando al 50% de la población masculina a la edad de 60 años y al 90% a los 85 años. Hay numerosas opciones terapéuticas que incluyen tratamiento farmacológico, cirugía mínimamente invasiva y prostatectomía abierta. La realización de una ecografía preoperatoria permite confirmar el diagnóstico de HBP, así como ver la forma, tamaño, volumen y estructura de la glándula.

La resección transuretral (*RTU*) prostática es la técnica quirúrgica de elección en el paciente con HBP. El uso de electrodos monopolares como método de electrocauterización requiere líquidos de irrigación no conductores, hipotónicos, para mantener una buena visibilidad de la óptica durante el procedimiento. Estos fluidos no contienen electrolitos, provocando su absorción a la circulación sanguínea, resultando en una hipervolemia e

hiponatremia dilucional que conduce a alteraciones neurológicas y/o cardiovasculares.

En general, el síndrome post-RTU se define como el descenso de la concentración plasmática de sodio por debajo de 125 mmol/l junto con manifestaciones cardiovasculares y neurológicas, aunque, eventualmente, puede ocurrir con concentraciones de sodio por encima de 125 mmol/l. En base a esta definición, este síndrome aparece en torno al 0.5-10.5% de las RTU (22).

### **Factores de riesgo**

- Apertura quirúrgica de las sinusoides prostáticas.
- Alta presión de irrigación.
- Prolongación del tiempo operatorio (>90 min).
- Utilización de soluciones de irrigación hipotónicas.
- Irrigación continua a través de cistotomía supra púbica en pacientes ancianos.
- Volumen prostático mayor de 45cc: La medición ecográfica del tamaño prostático nos sirve para seleccionar a aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar un síndrome post-RTU. Una próstata de gran tamaño se relaciona con un mayor tiempo quirúrgico y, por tanto, en mayor riesgo de desarrollo de síndrome post- RTU.
- Pacientes mayores de 80 años.
- Raza afroamericana.
- Antecedentes de retención aguda de orina.

### **Lavado vesical continuó**

Es el Procedimiento encaminado a mantener la permeabilidad de la sonda uretral por medio de la introducción en la vejiga del paciente, de una solución de irrigación de forma continua, y su posterior vaciado a través de una sonda vesical.

A través de una sonda de 3 vías la vejiga es irrigada continuamente mediante un sistema de irrigación cerrado, sin alterar la esterilidad del sistema de drenaje ni incrementar el riesgo de entrada de bacterias en el tracto urinario. Este tipo de cistoclasia evita la obstrucción de la sonda por coágulos.

**Sistema de Irrigación Abierto:** Requiere una abertura en el sistema: la sonda vesical se desconecta de la bolsa colectora y se conecta a una jeringa cargada con solución fisiológica para irrigar manualmente la vejiga. Se emplea para desobstruir la sonda taponada por coágulos o mucosidad

Los objetivos del lavado vesical consisten:

- a) Mantener la permeabilidad de la sonda vesical.
- b) Facilitar la eliminación de mucosidad, coágulos o fragmentos tisulares retenidos tras cirugía urológica.
- c) Favorecer la hemostasia postquirúrgica en intervenciones de vejiga o próstata.

Entre las contraindicaciones propias del sondaje vesical como pueden ser:

- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fístulas).
- Traumatismos uretrales (doble vía, etc.).

-Sospecha de perforación o rotura vesical.

- Reflujo vesico-ureteral.

Los riesgos o complicaciones potenciales son: Infección urinaria. Obstrucción de sonda uretral, Distensión vesical. Perforación vesical. Espasmos vesicales. Dolor.

Las indicaciones del lavado vesical continuo se encuentran: hematuria moderada o severa, bien por haber sido sometidos a intervención quirúrgica, o por patologías genitourinarias (23).

**Cuidados de Enfermería.** - Los cuidados de enfermería en el postoperatorio de resección transuretral se engloba en los siguientes puntos:

- a) Presentarse, confirmar la identidad del paciente utilizando al menos dos criterios, ninguno de los cuales será el número de la habitación y explicar el procedimiento solicitando su colaboración.
- b) Realizar la adecuada higiene de manos con un preparado de base alcohólica.
- c) Conectar el sistema de irrigación a la bolsa de suero fisiológico de 3000cc.
- d) Colgar la bolsa de suero en el pie de gotero y purgar el sistema, evitando la entrada de aire en la vejiga, lo que podría ocasionar distensión vesical, se recomienda que la bolsa de la solución de irrigación esté siempre a unos 40 – 50 cm por encima del nivel de la vejiga.
- e) Ponerse la bata o delantal desechable, protección ocular y guantes estériles (IB).
- f) Sondaje vesical con sonda de triple vía (según protocolo de sondaje vesical).

- g) Retirarse los guantes, realizar la higiene de manos con preparados de base alcohólica (IB) y ponerse un nuevo par de guantes (II).
- h) Aplicar alcohol de 70° (IA) en la conexión de la sonda y conectar el equipo de irrigación a la vía de entrada de esta, dejando lo fluir por gravedad.
- i) Conectar el sistema de drenaje cerrado (II) a la vía de salida de la sonda, debiendo quedar ésta por debajo del nivel de la vejiga, para evitar el reflujo de fluido y el mecanismo de ascensión intraluminal de los microorganismos a la vejiga.
- j) Se recomienda evitar que esté en contacto con el suelo u otros objetos.
- k) Dejar que la solución de irrigación fluya por gravedad, regulando el ritmo de irrigación con la llave del sistema.
- l) El ritmo será mayor cuanto mayor sea el grado de hematuria.
- m) Retirarse los guantes y realizar la higiene de las manos con un preparado de base alcohólica (IB).
- n) Realizar balance estricto de entradas y salidas de suero.
- o) Evacuar regularmente el contenido de la bolsa de diuresis (cuando esté llena a dos tercios) por la llave situada en la parte inferior de la bolsa colectora.
- p) Vaciar la bolsa de diuresis utilizando un contenedor de recogida para cada paciente. Evitar que la espiga de drenaje entre en contacto con el contenedor no estéril (IIA)
- q) Para impedir la entrada de aire en vejiga debemos cambiar la bolsa de irrigación antes de que se vacíe por completo, cerrando previamente la pinza del sistema de goteo.
- r) En pacientes conscientes indicarles que debe alertarnos si experimenta dolor al aplicarle la solución de irrigación.
- s) En pacientes inconscientes valorar la aparición de signos clínicos de dolor, como aumento de la presión arterial, taquicardia y taquipnea.

- t) Registrar el procedimiento en la historia de enfermería, incluyendo las características del líquido drenado (color, cantidad y viscosidad), así como cualquier reacción adversa que tuviera lugar durante el procedimiento (24).

### **Parámetros a monitorizar**

Controlar la permeabilidad de la sonda.

En caso de producirse una obstrucción de la misma, interrumpir la irrigación y realizar un lavado manual mediante técnica aséptica para desobstruir la sonda, evitando que pueda producirse una distensión vesical. Controlar la aparición de dolor durante la irrigación, ya que puede indicar que se ha producido una obstrucción en el sistema. Controlar periódicamente el aspecto del líquido drenado, para detectar la presencia de sangre, coágulos, etc. Vigilar que no se produzca aumento de tamaño de los genitales externos y/o abdomen, lo que significaría la diseminación del líquido de irrigación por el tejido celular subcutáneo. La aparición de espasmos vesicales. Medir diuresis mediante control de entradas y salidas de suero. Lo esperado es que las salidas sean mayores que el volumen de irrigación utilizado. Valorar cambios en el estado de conciencia del paciente. Una sobrecarga de líquido a través de los senos prostáticos puede llevar a una hiponatremia dilucional, confusión e hipertensión. Evitar acodamientos del sistema de infusión (25).

### **Precauciones**

Solución de lavado:

Se recomienda como solución de lavado el cloruro de sodio al 0,9%. No debe utilizarse agua, ya que puede adsorberse en la vejiga mediante ósmosis, provocando la dilución de electrolitos en el sistema circulatorio.

La investigación no ha demostrado ningún efecto beneficioso en la irrigación con otros agentes como antisépticos y antibióticos, en cambio pueden producir efectos tóxicos locales y contribuir al desarrollo de microorganismos resistentes.

En casos muy concretos puede ser necesaria la incorporación de determinadas sustancias a la solución de lavado como es el caso de la solución de alumbre potásico al 1% a una velocidad de 200-300 ml/h. El alumbre puede conducir a la formación de un precipitado que pueda llegar a bloquear la sonda. Aunque raros, se han publicado efectos tóxicos asociados con el alumbre, especialmente en pacientes con insuficiencia renal y en niños, ya que existe una mayor predisposición a la acumulación de aluminio. Los síntomas de toxicidad por aluminio incluyen letargo, confusión, convulsiones, anorexia, vómitos, dolor abdominal, encefalopatía, disartria, acidosis metabólica y coma. Si aparecen estos síntomas, se debe avisar al médico responsable y detener la irrigación de inmediato.

– Temperatura de la solución de lavado:

La solución de lavado debe mantenerse a temperatura ambiente, ya que una solución fría puede causar espasmo vesical.

– Fallo del lavado:

La proximidad de los lúmenes de entrada y salida en la punta del catéter puede producir un "canal de irrigación" que permite la formación y retención de coágulos en la vejiga del paciente, mientras que la solución de lavado continua drenándose. El cambio de posición del paciente puede ayudar a aliviar el problema.

– Obstrucción de la sonda:

Se manifiesta por:

- Distensión supra púlica.
- Graves molestias en la parte inferior del abdomen
- Fugas de orina alrededor del catéter.
- Urgencia rectal.
- Reacciones vaso vágales: sudoración, taquicardia, hipotensión

Si durante la irrigación se bloquea el catéter vesical se debe:

- Cerrar inmediatamente el sistema de irrigación para evitar mayores molestias al paciente.
- Inspeccionar en busca de posibles acodamientos del catéter
- Realizar un lavado vesical manual siguiendo escrupulosamente las medidas de asepsia.
- Si tras estas maniobras no se obtiene éxito, avisar al urólogo responsable (26).

### **Control de signos vitales**

Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Se pueden medir en un establecimiento médico, en casa, en el lugar en el que se produzca una emergencia médica o en cualquier sitio. Los cuatro signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud examinan de forma rutinaria son los siguientes:

- 1.- Frecuencia Cardíaca
- 2.- Frecuencia Respiratoria
- 3.- Presión Arterial
- 4.- Temperatura Corporal
- 5.- Oximetría de Pulso

### **Indicaciones del control de signos vitales**

Al ingreso y egreso del paciente al centro asistencial con el fin de registrar datos basales de su estado de salud.

Cuando el paciente presenta cambios en su condición funcional.

Según la prescripción de enfermería o médica, en el paciente estable se requiere control dos veces en cada turno.

En el paciente en estado crítico la monitorización de los signos vitales es una acción permanente. Antes y después de un procedimiento diagnóstico o tratamiento invasor o no invasor y de cirugía menor o mayor.

Antes y después de la administración de medicamentos que puedan afectar el sistema respiratorio o cardiovascular (27).

### **Bioseguridad**

Reglamento para la aplicación de la norma Boliviana 63003. Establecimientos de salud- Requisitos para Bioseguridad

En el capítulo I:

- **Artículo 15.-** (Objeto y campo de acción).- El reglamento especifica la aplicación de la norma dirigida a las instituciones de salud, “como requisito fundamental que se debe cumplir en la práctica segura en la atención de los pacientes, con el fin de reducir el riesgo relacionado

con agentes físicos, químicos y la transmisión de infecciones infectocontagiosas a través de fluidos, secreciones corporales y respiratorias, del paciente hacia los profesionales y viceversa en el desarrollo de actividades propias”.

- **Artículo 16.-** (Responsabilidad del personal dentro del establecimiento de salud).- Dirigido a todo el personal que trabaja en una institución de salud debe cumplir con los requisitos establecidos en la norma:

**A.- Son de cumplimiento individual y general:**

- **Precauciones universales:** Conjunto de técnicas y procedimientos destinados a proteger al personal de salud de posibles infecciones durante la atención al paciente.
- **Cumplimiento del principio de universalidad:** Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente de su diagnóstico de ingreso deben ser considerados como potencialmente infectantes.
- **Higiene personal:** Presenta 11 incisos importantes como NO utilizar cosméticos, lentes de contacto, cabello largo recogido, uñas cortas y sin esmalte, NO uso de anillo, aretes largos, relojes, pulseras y oros.
- **Lavado de manos:** Debe ser ejecutado, para reducir la transmisión de microorganismos del personal al paciente y del paciente al personal en todos los procedimientos. Puede realizarse según el área de riesgo con jabón líquido corriente, jabón antiséptico y alcohol gel.

**B.- Se refiere al uso de equipos de protección personal (EPP), los cuales son:**

- Protección de cara y cuerpo.
- Protección de brazos y manos.

El equipo de protección personal debe ser utilizado de acuerdo al riesgo que se enfrenta en el desarrollo de las actividades. El uso de barbijo, lentes protectores, bata estéril, guantes descartables, guantes estériles, gorros, batas y delantales impermeables zapatos y botas exclusivos según el área de trabajo.

### **C.- Eliminación de residuos sólidos:**

Relacionado con el manejo de residuos sólidos generados en Establecimientos de Salud según norma (28).

### **Higiene de manos**

La higiene de manos constituye el método más importante efectivo y sencillo para la reducción de transmisión de microorganismos por contacto directo a través de las manos contaminadas. Por lo tanto la higiene de manos es un procedimiento estandarizado y es tomado como indicador de calidad medible para conocer la eficiencia con la que se otorga atención a los pacientes. Se consideran 2 técnicas:

- 1) lavado de manos antiséptico, para la eliminación del mayor número de microorganismos mediante el lavado con agua y antiséptico.
- 2) descontaminación de manos con soluciones de clorhexidina con base alcohol, que consiste en la aplicación sin utilización de agua.

La Norma Nacional de Infecciones Asociadas la Atención en Salud, en el capítulo XIV, instruye que todo el personal que trabaja en establecimientos de Salud que atiendan a pacientes deben cumplir de forma obligatoria el procedimiento de higiene de manos, denominada lavado clínico de manos, incluye jabón líquido de uso hospitalario con o sin antiséptico en dispensadores y secado de manos con toalla de un solo uso.

Este tipo de higiene de manos es parte de la Técnica Aséptica, debe aplicarse previo a procedimiento con cierto grado de invasividad practicados en los pacientes y cuando se hayan manipulado materiales o artículos altamente contaminados. Se puede realizar en dos formas; con agua y jabón líquido y/o alcohol gel.

El objetivo es inhibir la flora residente y mantener una baja población microbiana por un tiempo prolongado sobre la superficie de las manos. El lavado quirúrgico incluye fricción con jabón antiséptico de efecto residual de tiempo no menor a tres minutos, limpieza de uñas y secado con toalla estéril y debe realizarse previo a los procedimientos invasivos como en la instalación de catéter venoso central y procedimientos invasivos de alto riesgo. Según la OMS se sugiere los siguientes tipos de higiene de manos:

# ¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



**0** Mójese las manos con agua;



**1** Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



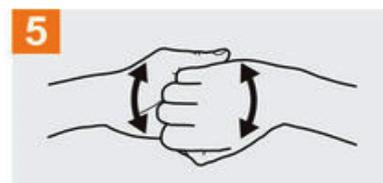
**2** Frótese las palmas de las manos entre sí;



**3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



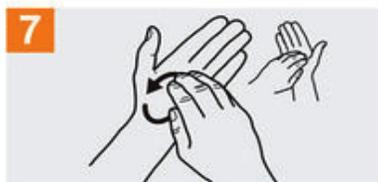
**4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



**5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



**6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



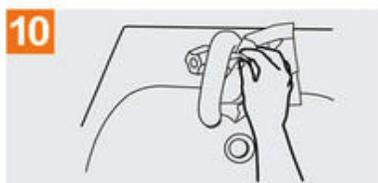
**7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



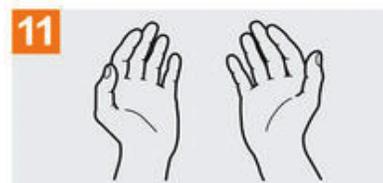
**8** Enjuáguese las manos con agua;



**9** Séquese con una toalla desechable;



**10** Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



**11** Sus manos son seguras.



Organización  
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Fuente: OMS. 2019.

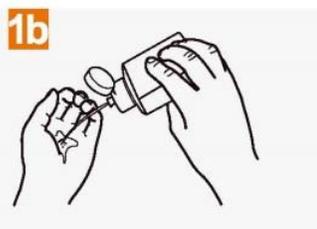
# ¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

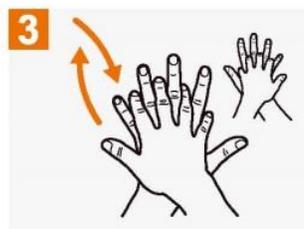
 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



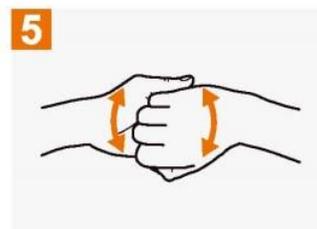
Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



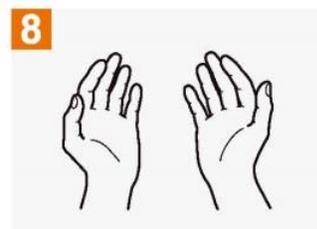
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.



Organización  
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES  
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Fuente: OMS. 2019.

### **Momentos para la higiene de manos en la atención de pacientes con catéter venoso central OMS**

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia aséptica: inmediatamente antes de manipular el catéter y el sistema de administración intravenosa y preparación de medicamentos que serán administrados a través del catéter.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales: después de la inserción, retiro y extracción de sangre a través del catéter.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente (29).

### **Consideraciones fundamentales:**

Asegurarse que esté indicado y retirar inmediatamente cuando ya no sea necesario.

Durante la inserción, mantenimiento y retiro:

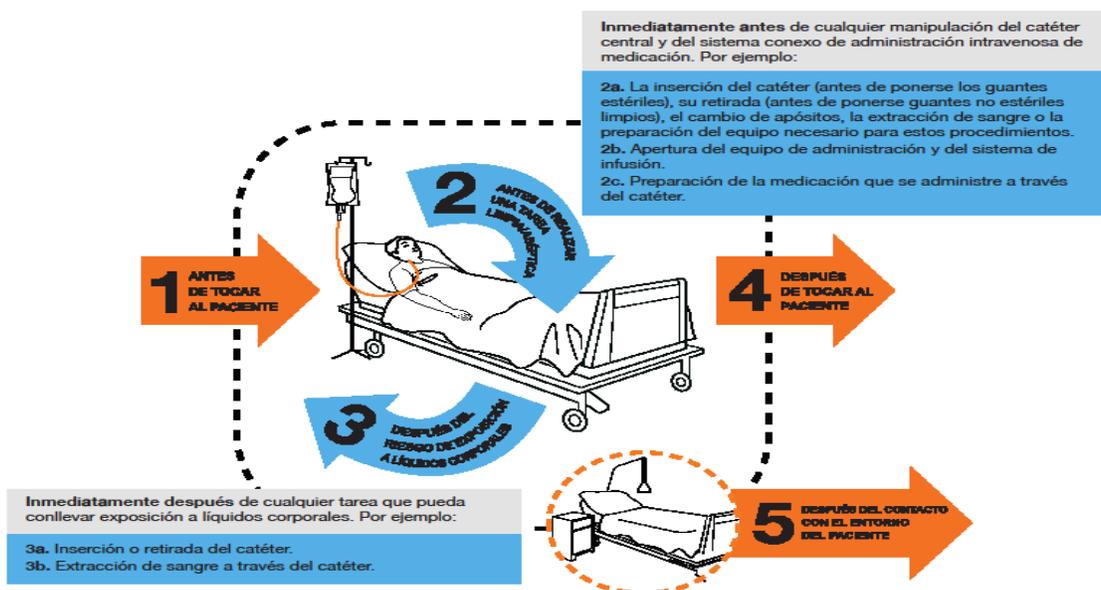
Evitar la inserción en vena femoral.

- Limpiar la piel con clorhexidina al 2% en alcohol antes de la inserción.
- Utilizar precauciones estériles de barrera completa durante la inserción (gorro, mascarilla quirúrgica, guantes estériles, bata estéril, campos estériles grandes).
- Cambiar los apósitos de gasa cada 2 días y los apósitos transparentes cada 7 días y por razón necesaria siempre que estén visiblemente sucios.
- Cambiar el equipo de transfusión de hemoderivados, quimioterapia y nutrición parenteral cada 24 horas. Considerar cambiar los demás set cada 96 horas.

- Utilizar procedimientos antisépticos (técnica “sin tocar”) en toda manipulación del catéter. Limpiar el conector del catéter con gluconato de clorhexidina en alcohol durante un mínimo de 15 segundos (29).

Monitoreo: Registrar diariamente fecha y hora de inserción, retiro de catéter, los cambios de apósitos y valoración de la piel del sitio de inserción.

## Mis 5 momentos para la higiene de las manos En la atención a pacientes con catéteres venosos centrales



### Otras consideraciones fundamentales sobre los catéteres intravenosos centrales

- Indicación:** Asegúrese de que el catéter central está indicado. Retírelo cuando ya no sea necesario o deje de tener una indicación clínica.
- Inserción/mantenimiento/retirada**
  - Evite la inserción de catéteres en la vena femoral.
  - Limpie la piel con un antiséptico (el preferido es el gluconato de clorhexidina al 2% en alcohol) antes de la inserción.
  - Utilice precauciones estériles de barrera completas durante la inserción (gorro, mascarilla quirúrgica, guantes estériles, bata estéril, paños estériles grandes).
  - Cambie los apósitos de gasa cada 2 días, y los apósitos transparentes cada 7 días; cambie los apósitos siempre que estén visiblemente sucios.
- Monitoreo:** Registre diariamente la fecha y la hora de inserción y retirada del catéter y de los cambios de apósitos, así como el estado (aspecto visual) de la piel en el lugar de inserción del catéter.
- Cambie los tubos utilizados para administrar sangre, productos sanguíneos, quimioterapia y emulsiones de grasa en las 24 horas siguientes al inicio de la infusión. Considere la posibilidad de cambiar todos los demás tubos cada 96 horas. Utilice procedimientos asépticos (técnica “sin tocar”) en toda manipulación del catéter.
- Limpie el conector del catéter con gluconato de clorhexidina en alcohol durante un mínimo de 15 segundos.



World Health  
Organization

SAVE LIVE  
Clean Your Hands

Una atención limpia es  
una atención más segura  
2005-2015

© Organización Mundial de la Salud 2015. Se reservan todos los derechos. La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en el presente postre, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. La OMS agradece al Programa de Prevención y Control de Infecciones de los Hospitales Universitarios de Ginebra (Suiza) su activa participación en la elaboración del presente postre.

Fuente: OMS. 2019.

## **Manejo del dolor**

El tratamiento del dolor es un derecho universal de los seres humanos consagrado como tal en la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde el año 2000. Según la ASA, el dolor postoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente.

El adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial; es esencial dentro de los cuidados perioperatorios junto con la movilización y la nutrición de forma precoz (nivel de evidencia 1<sup>a</sup>) (30).

A pesar de todo esto su prevalencia varía, pero la mayoría de autores coinciden en que, en nuestros hospitales, más de la mitad de los pacientes presentan dolor moderado-severo en las primeras 24 horas tras la intervención, y en un 2,7 % de los casos persiste al alta.

Actualmente ha habido un gran avance en el desarrollo de nuevos fármacos y técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio, además de la creación de unidades específicas que facilitan la coordinación eficiente de las diferentes actividades médicas, quirúrgicas y de enfermería. Aun así, en muchos países el dolor postoperatorio sigue siendo un problema y una importante necesidad global de atención sanitaria.

El dolor después de la cirugía es, a menudo, mal manejado incluso en las naciones desarrolladas, persistiendo una alta prevalencia, lo que conlleva

una disminución de la calidad de vida, un aumento de la morbilidad per operatoria, de la estancia hospitalaria y por tanto, de los costos.

En varios estudios y encuestas realizadas en los últimos años se ha podido comprobar que este mal manejo del dolor y de la alta prevalencia es debido a muchos factores. Entre ellos están la existencia de un deficiente conocimiento y experiencia por parte del personal sanitario que no han recibido una educación adecuada y que, en algunos países, aún piensan que tener dolor es algo “normal” tras un proceso quirúrgico. Las pautas de tratamiento analgésico suelen ser inadecuadas para el tipo de cirugía y de paciente, no existiendo protocolos específicos y un miedo al uso de determinados fármacos y técnicas analgésicas, como pueden ser los opiáceos, debido a sus efectos adversos y potenciales complicaciones.

Otro problema es la falta de implantación de Unidades de Dolor Agudo, que son las que van a asegurar los tratamientos aplicados mediante protocolos y una educación al personal sanitario y al paciente (31).

### **Medición de la diuresis**

La medición de diuresis es un procedimiento muy utilizado en la práctica clínica, en el caso de un paciente con alguna desviación de salud pudiera ocurrir que sea necesario medir por las siguientes circunstancias:

Necesidad de realizar balance hídrico, que identifique las pérdidas totales de líquido del paciente.

Valorar en situaciones especiales las características de la orina, tales como infección de las vías urinarias, traumatismos de las vías urinarias o de región pélvica, etc.

También esta técnica se relaciona al equilibrio hídrico requerido para mantener la homeostasia corporal.

Cuando el profesional de Enfermería requiere realizar la valoración de diuresis debe tener claro varios aspectos de la satisfacción normal de este RAU.

Características normales de la Orina en el paciente Adulto: Volumen de 1000 a 1500 ml en 24 horas, el cual estará condicionado por la cantidad de líquido ingerido y por las pérdidas de líquido por otras vías.

Las características que valoran el profesional de enfermería son:

- Aspecto transparente.

- color ámbar claro, cuanto más oscura más concentrada, generalmente es común que la orina de la mañana sea más concentrada que la de otras horas del día.

- Olor ligero que se intensifica al dejarla en reposo.

En el examen general de orina no debiera contener glóbulos rojos, azúcar, albumina, acetona, pus, cilindros, ni cálculos (formaciones de las vías urinarias similares a piedrecillas).

Es importante conocer la definición de la terminología en cuanto a las características de la orina las más frecuentes:

Coluria: orina con pigmentación café oscura, propia de procesos obstructivos de la vía biliar, debe diferenciarse de la orina concentrada.

Hematuria: presencia de sangre en la orina puede ser en diferentes grados, es decir puede ir desde un tinte hemático hasta la hematuria franca (expulsión de sangre fresca por las vías urinarias) en examen de laboratorio se pudiera En el examen general de orina observar hematuria microscópica.

Piuria: presencia de pus en la orina en grados variables (32).

## 2.2. Marco teórico referencial

El Hospital General de Miraflores u Hospital de Clínicas, tiene sus ancestros en los antiguos hospitales de La Paz hoy desaparecidos; cuya referenciase hace imprescindible cuando se trata de pergeñar una historia que nos permita destacar con reverente aprecio las instituciones y valores tradicionales del pasado. Además, antecedentes acumulados en cuatrocientos cincuenta años que ocupan tal historia, deben ser recordados cada cierto tiempo, no solo remozando los escasos documentos o escritos como los que han sido consultados para elaborar este trabajo, sino aportando datos adicionales que puedan abreviar el esfuerzo de futuros investigadores, y contribuyan a una mejor comprensión de las realidades pasadas, presentes y futuras.

El Hospital de Clínicas se encuentra en la avenida Saavedra #2245, frente a la Facultad de Medicina en la zona de Miraflores.

Fue construido entre los años 1913 y 1920 y diseñado por el arquitecto Emilio Villanueva. En la actualidad es un Hospital de Tercer Nivel, depende del Ministerio de Salud.



## Misión

Somos un Hospital de alta complejidad, con servicios médicos especializados y la formación académica de recursos humanos en salud integral y especializada, que beneficia a la salud de nuestra población.

## Visión

El año 2020 ser un Hospital moderno de tercer nivel de referencia departamental y nacional, en la prestación de servicios especializados con inclusión y protección social a la población en situación de riesgo en salud.

El Servicio de Urología del Hospital de Clínicas cuenta con 3 salas, una que corresponde a 10 unidades de internación para varones, 4 unidades para paciente mujer y una sala para internación de paciente aislado.

Respecto a la distribución del personal de enfermería según los diferentes turnos realizan rotación según rol establecido.

<b>Turno</b>	<b>Profesional de Enfermería</b>	<b>Personal auxiliar en Enfermería</b>
Mañana	1	1
Tarde	1	1
Noche A	1	1
Noche B	1	1
Noche C	1	1
FIN DE SEMANA	1	1

### **2.3. Alcance del estudio**

El presente estudio es aborda a todo el personal profesional de enfermería que trabaja en el Hospital de Clínicas quienes se encuentran en las competencias cognitivas y prácticas de brindar cuidados de salud dirigidos a pacientes post operados de resección transuretral de próstata que portan cistocclisis en el servicio de urología.

## CAPITULO III

### 3. DISEÑO METODOLOGICO

#### 3.1. Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional.

**Cuantitativo.** - Porque se realizó en un determinado número de licenciadas el llenado de la encuesta y la información es representada en forma numeral y porcentual.

**Descriptivo.** - Porque su función es describir cómo se distribuye un evento en cierta población, en un lugar y durante un período de tiempo determinado; cuál es su frecuencia y cuáles son los determinantes o factores con ella asociados.

**Transversal.** - Porque la información se la obtuvo en un tiempo único. Posterior al cálculo y selección de la muestra del estudio, se procedió al levantamiento de la información la cual se realizó en un momento dado y único realizando un corte en el tiempo en la gestión 2019, su propósito fue describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

**Observacional.** - Definido por tener un carácter estadístico o demográfico, se caracteriza porque el investigador limita la medición de las variables que se tienen en cuenta en el estudio; otra de las características es que no se puede reproducir en un futuro por otros investigadores. En este sentido, el diseño observacional permitió el uso de la lista de observación, con la que se pudo realizar la observación del procedimiento que sigue el profesional de enfermería durante el mantenimiento del catéter venoso central.

### **3.2. Unidad de análisis y universo de estudio**

**Unidad de análisis.** – Profesionales en Enfermería que trabajan en el servicio de urología del Hospital de Clínicas.

**Universo.** – El universo de estudio está conformado por un total de 20 profesionales de enfermería las mismas que ingresan al servicio de urología de acuerdo a rol establecido por Jefatura de Enfermería.

### **3.3. Calculo del tamaño de la muestra**

El muestreo es no probabilístico por conveniencia, por ser un número reducido se trabajó con la totalidad del universo representado por un total de 20 profesionales de enfermería.

### **3.4. Selección de la muestra**

Por ser un número reducido se estudió al total de la población, profesionales de Enfermería.

#### **Criterios de inclusión**

- Se tomará en cuenta a las Licenciadas con ítem de trabajo
- Se tomará en cuenta a las Licenciadas con contrato de trabajo.
- Al personal profesional de los diferentes turnos.

#### **Criterios de exclusión**

- Personal que no desee participar en la investigación
- Personal nuevo menor a un mes de ingreso a la unidad
- Personal con baja médica.
- Personal que se encuentren con vacaciones.
- Al personal auxiliar de enfermería
- Internos de enfermería.

**Lista de variables**

- Tiempo de experiencia laboral
- Grado de conocimiento
- Control de las constantes vitales
- Ingeridos y eliminados estricto
- Uso de hoja específica de cistoclasia
- Cumplimiento del lavado continuo
- Aplicación de cuidados de sonda vesical
- Prevención de complicaciones
- Medidas de bioseguridad
- Complicaciones en el postoperatorio.

### 3.5. Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador	Instru - Mento
		Descriptivcion	Escala		
Edad	Cualitativa ordinal	Número de años cumplidos del profesional de enfermería	25-30 años 31-35 años 36-40 años 41-45 años >46 años	-Frecuencia -Porcentaje	Cuestionario
Sexo	Cualitativa nominal	Características propias del genero	Femenino Masculino	Frecuencia -Porcentaje	Cuestionario
Grado Académico	Cualitativa Ordinal	Ciclo de estudios de especialización posteriores a la o licenciatura	-Especialidad -Maestría -Diplomado -Licenciada en Enfermería	Frecuencia -Porcentaje	Cuestionario
Experiencia Profesional	Cuantitativo Ordinal	Tiempo en años, en el que una persona se ha dedicado a adquiriendo un conjunto de conocimientos y aptitudes en esta área.	-1 a 5 años -6 a 10 años -Más de 11 años	Frecuencia -Porcentaje	Cuestionario
Conocimien to de la atención de pacientes post operatorios con RTUP con	Cualitativa nominal	Es la información que posee un individuo en el manejo de pacientes post operatorios con RTUP con	Excelente 81-100 Bueno 61-80 Regular 41-60 Deficiente 21-40 Malo 0-20 -Concepto de	Frecuencia -Porcentaje	Cuestionario

cistocclisis		cistocclisis	cistocclisis -Indicaciones de la cistocclisis -Tipos de cistocclisis -Objetivo de la cistocclisis -Complicaciones de la cistocclisis		
Cuidados de enfermería en el posoperatorio	Cualitativa nominal	Es el conjunto de cuidados que se aplican en pacientes posoperados de RTUP	-Vigila la posición del paciente -CSV estricto -Cambio de solución para cistocclisis -Vaciado de la diuresis -Valoración del dolor del paciente -Asegura el confort del paciente. -Balance hídrico de los ingresos y egresos	Frecuencia -Porcentaje	Guía de observación
Medidas de bioseguridad	Cualitativa nominal	Es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos	-Lavado de manos -Uso de alcohol gel -Uso de gorro -Uso de barbijo -Uso de bata -Uso guantes limpios previo al vaciado de diuresis	Frecuencia -Porcentaje	Guía de observación

Tipo de lavado de manos	Cualitativa nominal	Es la frotación vigorosa de las manos con el fin de eliminar la suciedad, flora transitoria y residente.	-Lavado de manos social -Lavado de manos clínico -Lavado de manos quirúrgico. -Lavado de manos más colocación de alcohol gel	Frecuencia -Porcentaje	Guía de observación
Cuidados de la sonda vesical con cistoclis	Cualitativa nominal	Conjunto de actividades encaminadas a la prevención de complicaciones relacionadas al catéter vesical.	-Frecuencia del cambio de frasco -Vaciado de la diuresis en una cistoclis	Frecuencia -Porcentaje	Guía de observación.

### 3.6. Recolección de datos, técnicas e instrumentos

Para la recolección de datos se recurrió a la fuente primaria, el cual se encuentra constituido por el personal profesional de Enfermería del Hospital de Clínicas

En la Investigación se utilizó la técnica de encuesta a través la aplicación de un instrumento de medición tipo cuestionario, compuesto por 10 preguntas.

El instrumento de recolección de datos, cuestionario fue diseñado por la investigadora en base a la base bibliografía y estudios de investigación ya realizados, dicho instrumento fue validado por tres expertas de diferentes centros hospitalarios previa nota de remisión.

Para el desarrollo del estudio se realizó el trámite administrativo mediante la remisión de una nota al Director del Hospital de Clínicas a fin de obtener la

autorización respectiva. Luego se efectuó la coordinación con la Jefatura de Enfermería para establecer el inicio de la recolección de datos, a través de la aplicación del cuestionario previo consentimiento informado, teniendo en cuenta una duración de 10 min. En la aplicación del instrumento por tanto el proceso se dio inicio desde enero hasta el mes de octubre de la gestión 2019.

### **3.7. Plan de análisis estadístico**

Los resultados recolectados fueron procesados a través del programa S.P.S.S. (Statistical Product and Service Solutions) luego se procedió a la transcripción del mismo a través de un procesador de texto, en este caso Microsoft Word 2010, hojas electrónicas en Microsoft Excel 2010. Posteriormente se confeccionaron cuadros y gráficos estadísticos respectivos, en los mismos procesadores citados anteriormente, en relación a las diferentes variables de estudio para su posterior análisis e interpretación respectiva.

## CAPITULO IV

### 4. Resultados

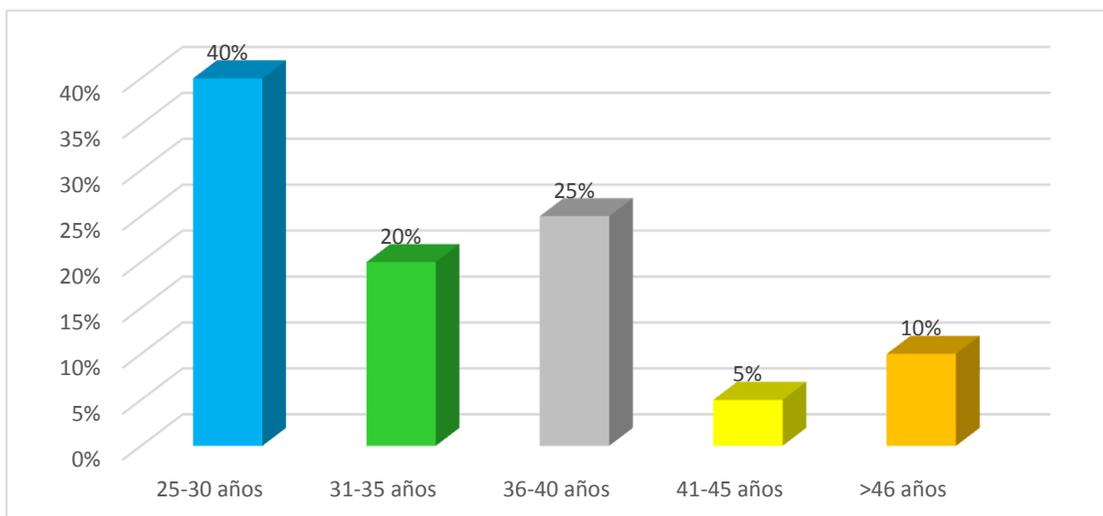
#### 4.1. Presentación de resultados

**TABLA No. 1**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL, SEGUN EDAD DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Edad	No.	Porcentaje
25-30 años	8	40%
31-35 años	4	20%
36-40 años	5	25%
41-45 años	1	5%
>46 años	2	10%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019



**GRAFICO No. 1**

**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 1 y Gráfico N° 1 se muestra la edad del profesional de enfermería del servicio de Urología del Hospital de Clínicas; el 40% oscilo entre una edad de 25-30 años, 20% 31-35 años, el 25% oscilo entre los 36 y 40 años, 5% oscilo entre 41-45 años, finalmente se aprecia que el 10% tiene una edad más de 46 años.

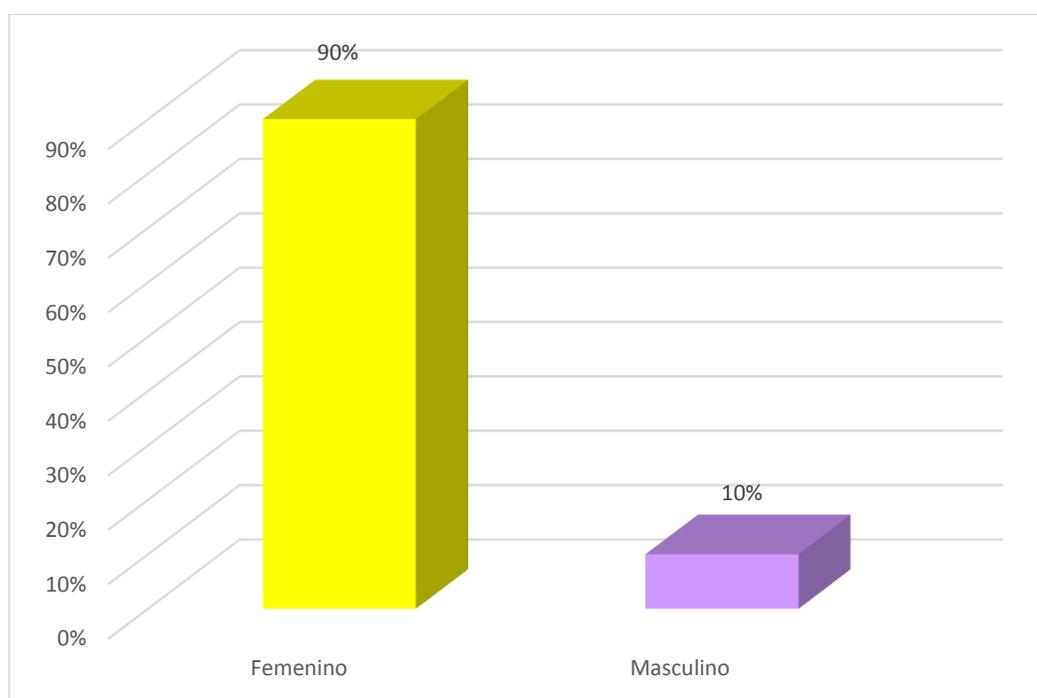
TABLA No. 2

**DISTRIBUCION PORCENTUAL, SEGUN GENERO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

SEXO	No.	%
Femenino	12	90%
Masculino	2	10%
TOTAL	20	100

**Fuente:** En encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 2



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 2 y Gráfico N° 2 se muestra que la distribución porcentual, según género del profesional de enfermería que trabaja en el servicio de urología de hospital de clínicas el 90 % es de género femenino y 10% género masculino.

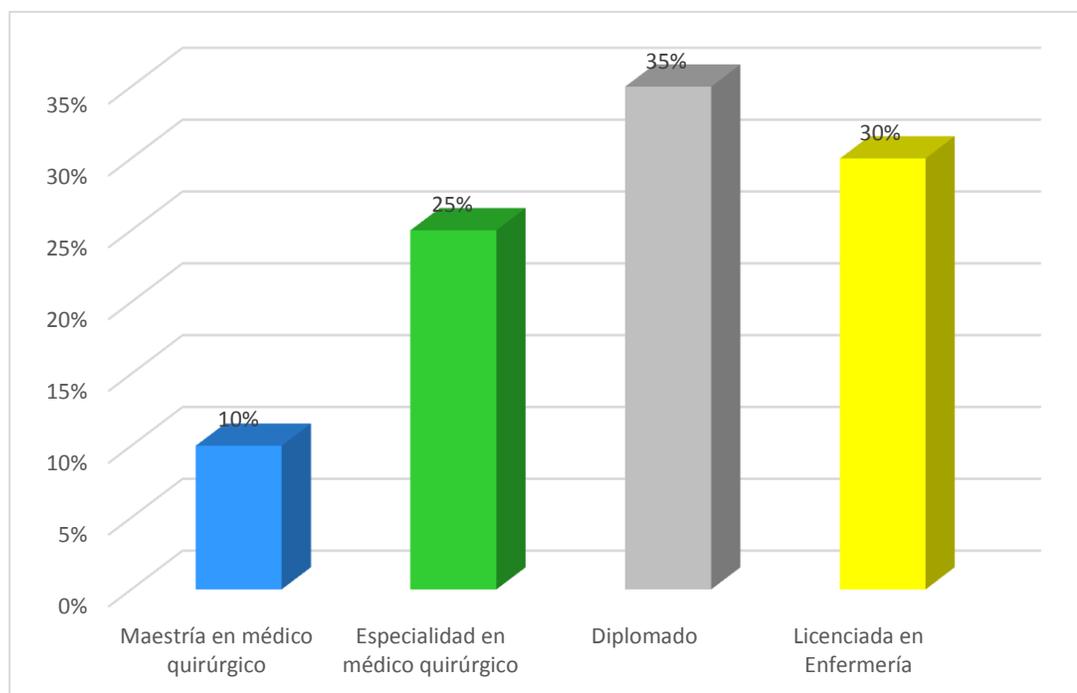
TABLA No. 3

**DISTRIBUCION PORCENTUAL, SEGUN GRADO ACADEMICO ALCANZADO A NIVEL DE POST GRADO DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

GRADO ACADEMICO	Frecuencia	Porcentaje
Maestría en médico quirúrgico	2	10%
Especialidad en médico quirúrgico	5	25%
Diplomados	7	35%
Licenciada en Enfermería	6	30%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 3



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 3 y Gráfico N° 3 se muestra que el del profesional de enfermería del servicio de Urología del Hospital de Clínicas; 10% tiene Maestría en médico quirúrgico, 25% Especialidad en médico quirúrgico, 35% diplomados, 30% son Licenciadas en enfermería.

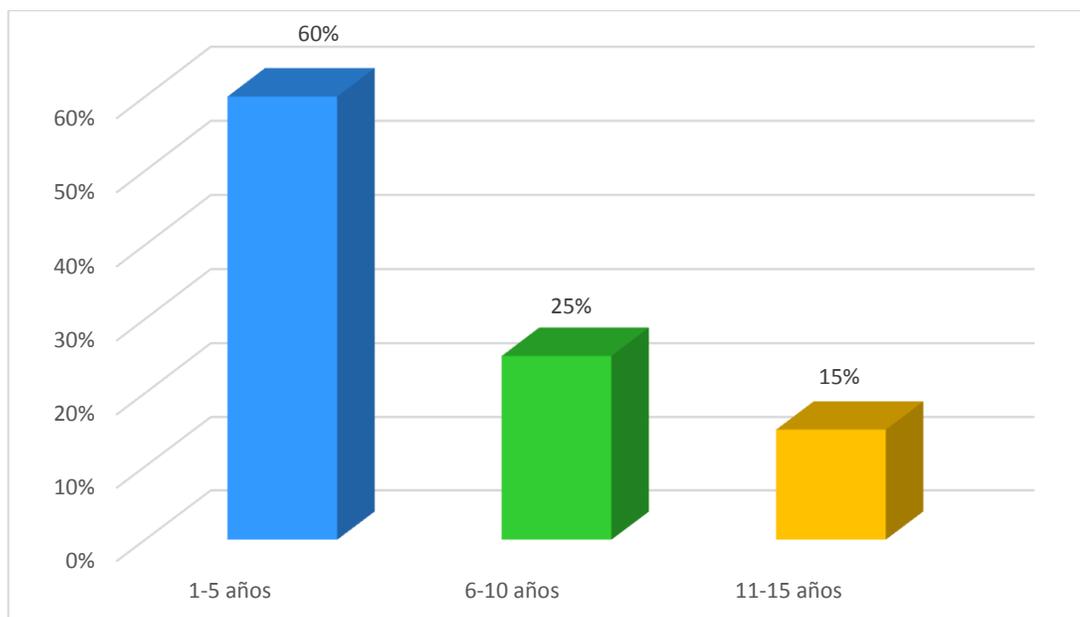
TABLA No. 4

**DISTRIBUCION PORCENTUAL, SEGÚN EXPERIENCIA LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Experiencia laboral	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	12	60%
6-10 años	5	25%
11-15 años	3	15%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 4



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 4 y Gráfico N° 4 se muestra según experiencia laboral que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, el 60% se encuentra entre 1 a 5 años de trabajo, 25% de 6 a 10 años y el 15% entre 11 a 15 años.

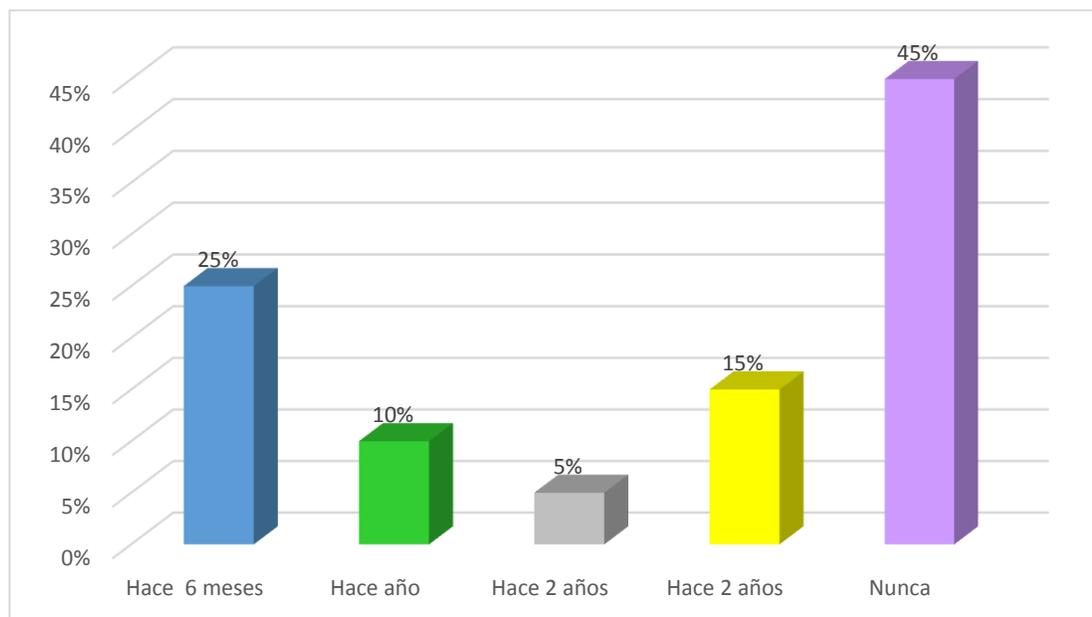
TABLA No. 5

**DISTRIBUCION PORCENTUAL, SEGÚN CAPACITACIÓN DE ACTUALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON RTUP CON CISTOCLISIS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Capacitación	Frecuencia	Porcentaje
Hace 6 meses	5	25%
Hace año	2	10%
Hace 2 años	1	5%
Hace 2 años	3	15%
Nunca	9	45%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 5



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 5 y Gráfico N° 5 se muestra según capacitación recibida en el manejo de pacientes con cistoclasia, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 25% Hace 6 meses, 10% hace 1 año, 5% hace dos años y 45 nunca recibió.

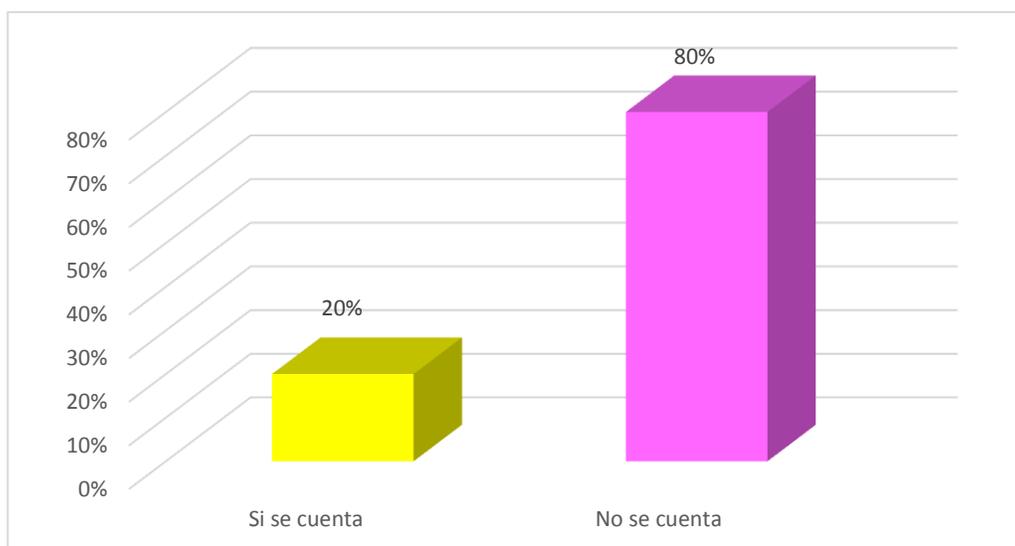
TABLA No. 6

**DISPONIBILIDAD DE UNA GUÍA O PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON RTU CON CISTOCLISIS EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Guía o protocolo de actuación	Frecuencia	Porcentaje
Si se cuenta	4	20%
No se cuenta	16	80%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 6



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 6 y Gráfico N° 6 se muestra según disponibilidad de una guía o protocolo sobre el manejo de pacientes con cistocclisis, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 20% respondieron que si cuenta y 80% no se cuenta.

**II Competencias cognitivas relacionados a la atención de pacientes pos operatorios de resección tras uretral de próstata con cistocclisis**

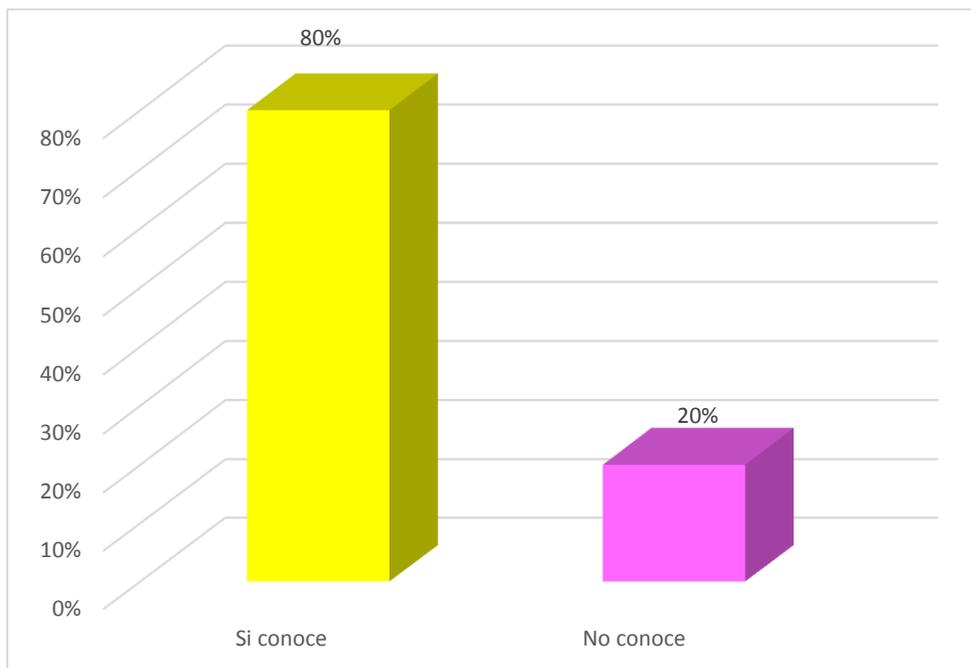
TABLA No. 7

**CONOCIMIENTO DE CISTOCLISIS EN PACIENTES CON RTU, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si conoce	16	80%
No conoce	4	20%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 7



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 7 y Gráfico N° 7 se muestra según conocimiento sobre el manejo de cistoclasia e RTU, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de clínicas, 80% si conoce y 20% no conoce.

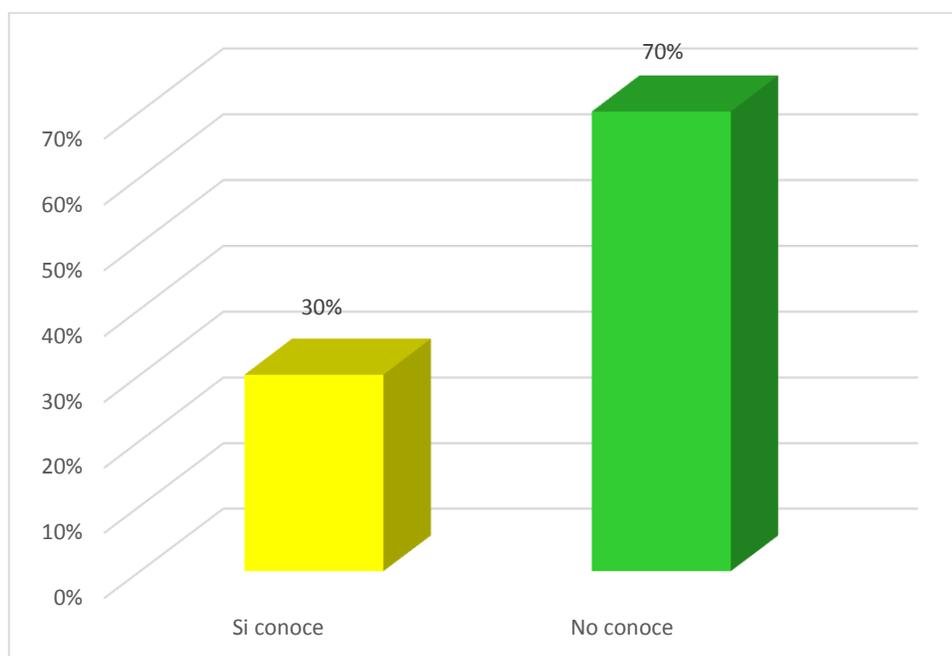
TABLA No. 8

**CONOCIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE LA CISTOCLISIS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si conoce	6	30%
No conoce	14	70%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 8



**INTERPRETACION.** – El 30% de los profesionales de enfermería refieren que si tienen conocimiento y el 70 % que no tienen conocimiento sobre las indicaciones de cistoclasia en el servicio de urología en la tabla y grafico No 8.

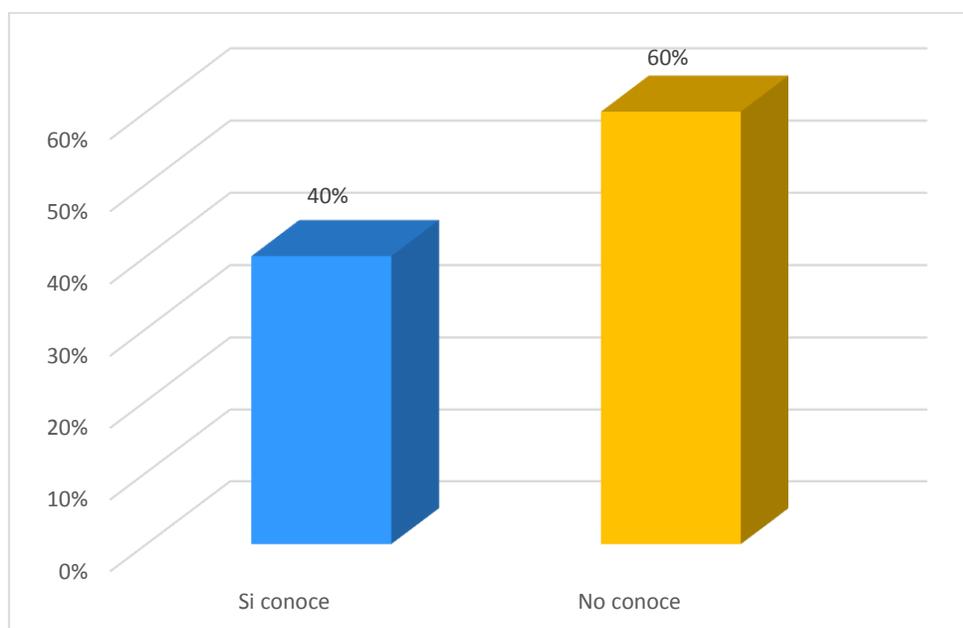
TABLA No. 9

**CONOCIMIENTO DE LOS TIPOS DE CISTOCLISIS EN PACIENTES CON RTU POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si conoce	8	40%
No conoce	12	60%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 9



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 9 y Gráfico N° 9 se muestra según tipos de cistoclasia, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 40% si conoce y 60% no conoce.

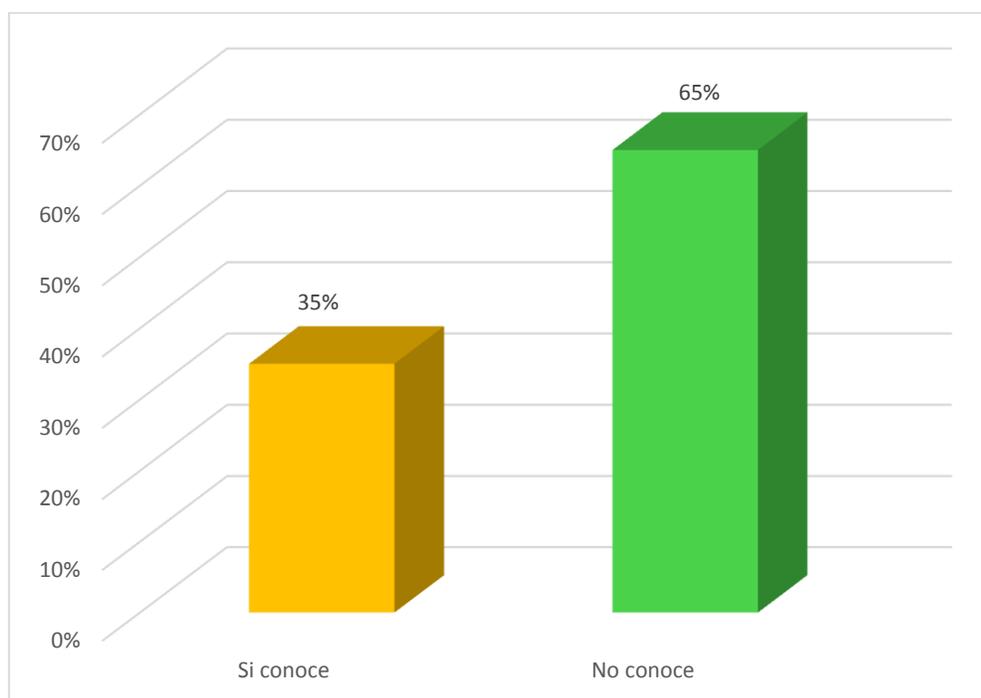
TABLA No. 10

**CONOCIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA CISTOCLISIS EN PACIENTES  
CON RTU POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN UROLOGIA DEL  
HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si conoce	7	35%
No conoce	13	65%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 10



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 10 y Gráfico N° 10 se muestra según conocimiento del objetivo de la cistoclasia, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 35% si conoce y 65% no conoce.

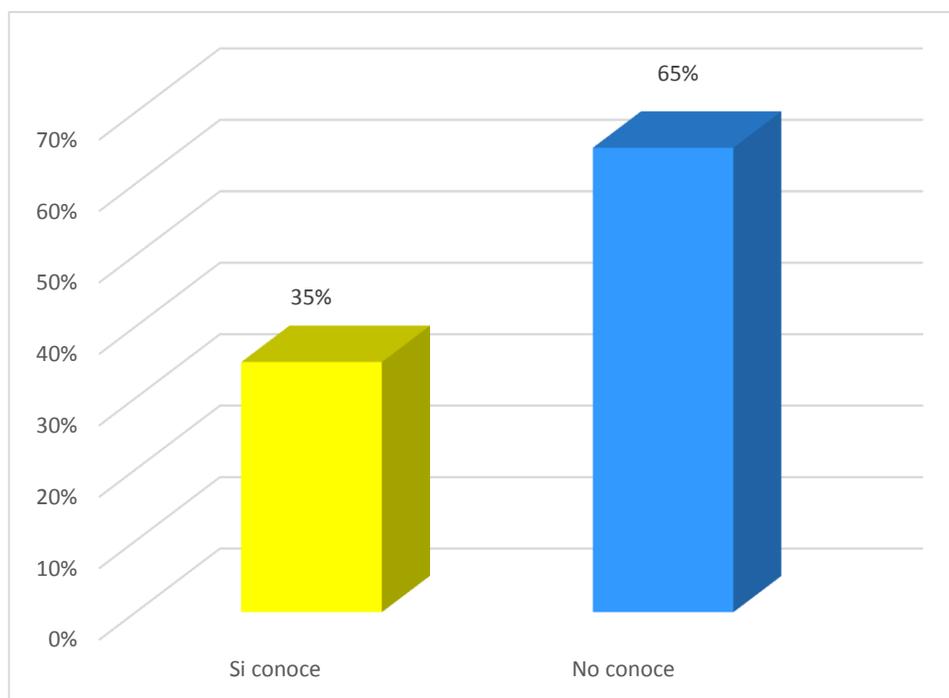
TABLA No. 11

**CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LA CISTOCLISIS EN PACIENTES CON RTU POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si conoce	7	35%
No conoce	13	65%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 11



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 11 y Gráfico N° 11 se muestra según conocimiento de las complicaciones de la cistocclisis, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 35% si conoce y 65% no conoce.

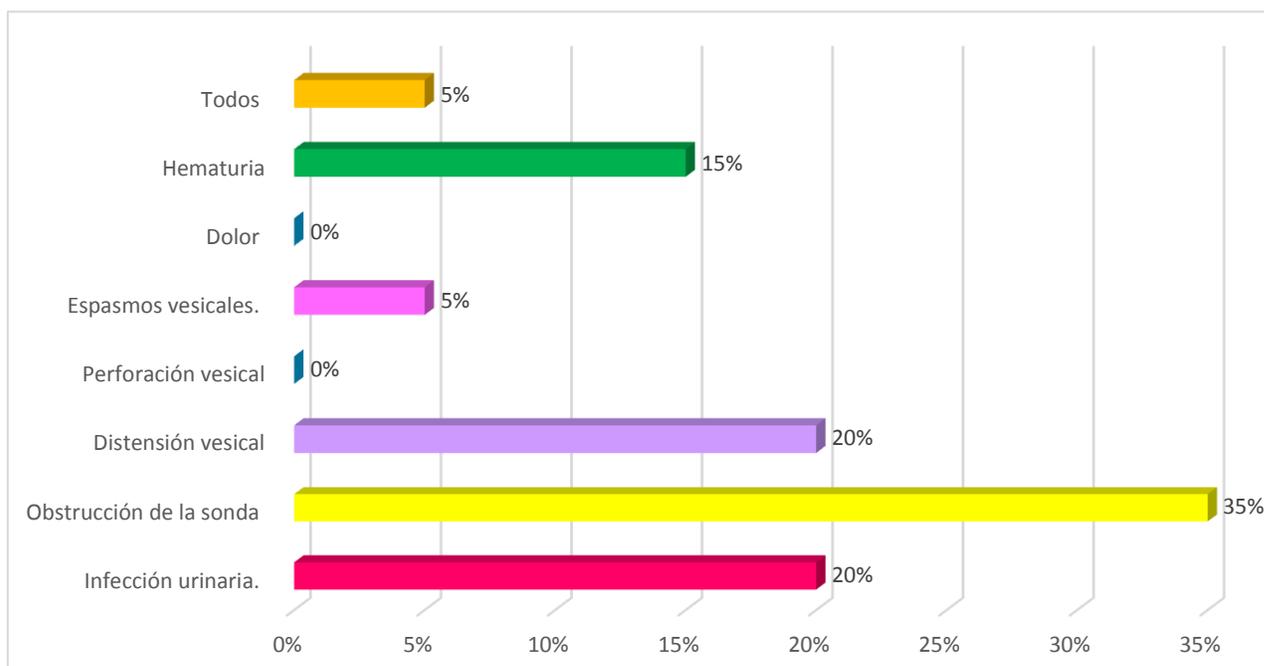
TABLA No. 12

**COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DURANTE LA CISTOCLISIS EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Infección urinaria.	4	20%
Obstrucción de la sonda	7	35%
Distensión vesical	4	20%
Perforación vesical	0	0%
Espasmos vesicales	1	5%
Dolor	0	0%
Hematuria	3	15%
Todos	1	5%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 12



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 12 y Gráfico N° 12 se muestra las complicaciones más frecuentes durante la cistoclisia, 20% infección urinaria, 35% obstrucción de la sonda, 20% distensión vesical, 5% espasmos vesicales, 15% hematuria y 5 % todos.

TABLA No. 13

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN DISPONIBILIDAD DE UNA HOJA DE CONTROL Y DE MONITOREO DE INGRESOS Y EGRESOS PARA CISTOCLISIS EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Disponibilidad de la hoja de control y monitoreo	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	55%
No	9	45%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 13

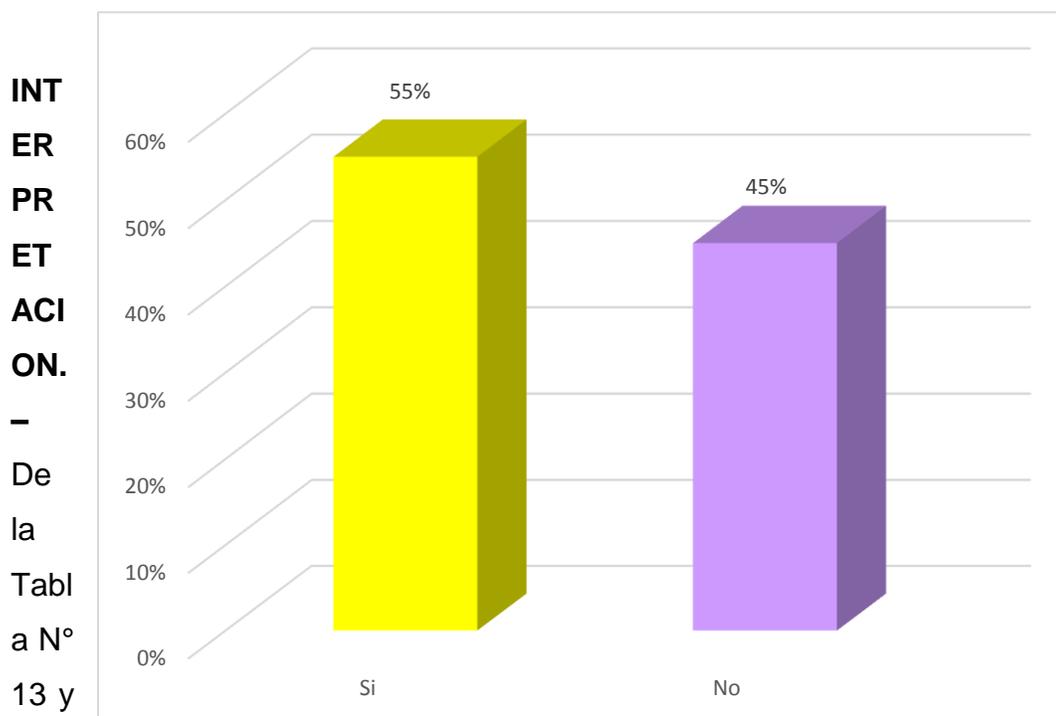


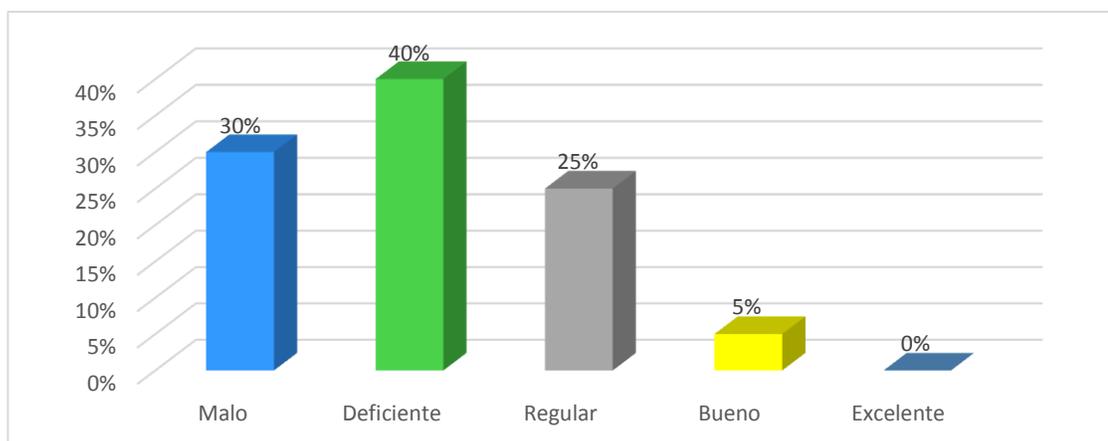
Gráfico N° 13 se muestra la disponibilidad de una hoja de control, 55% refieren que si se cuenta mientras que un 45% refieren que no.

TABLA No. 14

**CONCLUSIVO, NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ATENCION DE PACIENTES CON RTU CON CISTOCLISIS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN UROLOGIA, HOSPITAL DE CLINICAS 2019**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Malo	6	30%
Deficiente	8	40%
Regular	5	25%
Bueno	1	5%
Excelente	0	0%
Total	20	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología,



Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 14

**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 14 y Gráfico N° 14 se muestra según nivel de conocimiento en la atención de pacientes con resección tras uretral con cistoclisia, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 30% es malo, 40% deficiente, 25% regular y 5 % bueno.

Resultado No. 3 Competencias prácticas sobre la atención de pacientes pos operados de resección tras uretral de próstata con cistoclisia por el profesional de enfermería.

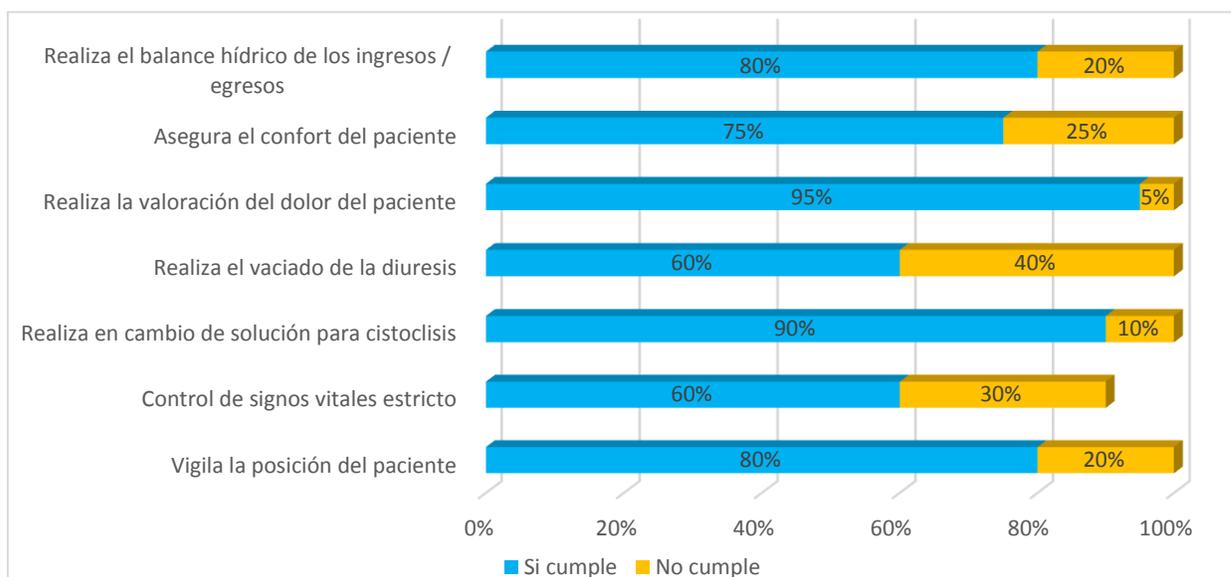
TABLA No. 15

**CUMPLIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON RTU  
CON CISTOCLISIS EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS 2019**

Cuidados de enfermería	Si cumple		No cumple		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vigila la posición del paciente	16	80	4	20	20	100
Control de signos vitales estricto	12	60	6	30	20	100
Realiza en cambio de solución para cistocclisis	18	90	2	10	20	100
Realiza el vaciado de la diuresis	12	60	8	40	20	100
Realiza la valoración del dolor del paciente	19	95	1	5	20	100
Asegura el confort del paciente	15	75	5	25	20	100
Realiza balance hídrico de ingresos / egresos	16	80	4	20	20	100

**Fuente:** Datos recolectados de la guía de observación aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 15



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 15 y Gráfico N° 15 se muestra el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con resección tras uretral con cistocclisis, que el profesional de enfermería cumple en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 80% Vigila la posición del paciente, 90% control de signos vitales estricto, 90% realiza en cambio de solución para cistocclisis, 60% realiza el vaciado de la diuresis, 95% realiza la valoración del dolor del paciente, 75% asegura el confort del paciente, 80% Realiza el balance hídrico de los ingresos / egresos

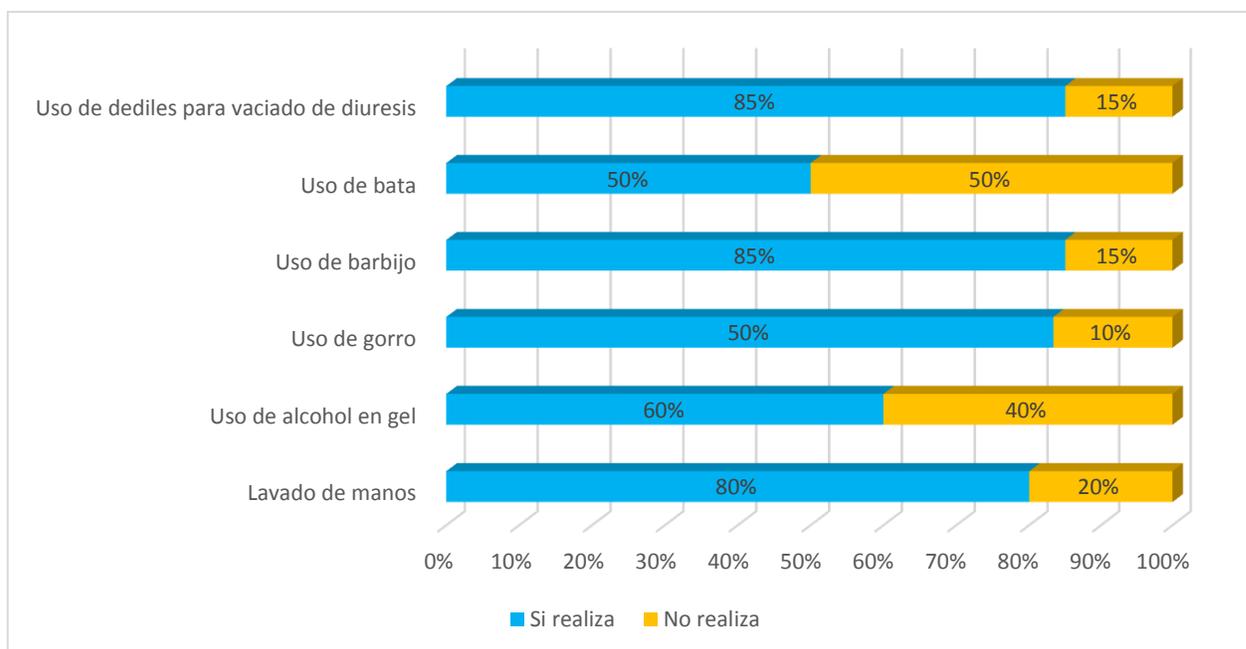
TABLA No. 16

**APLICACIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, EN LA ATENCION DE  
PACIENTES CISTOCLISIS POR ENFERMERIA EN UROLOGIA DEL  
HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ 2019**

Medidas de bioseguridad	Si aplica		No aplica		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lavado de manos	16	80	4	20	20	100
Uso de alcohol en gel	12	60	8	40	20	100
Uso de gorro	10	50	10	50	20	100
Uso de barbijo	17	85	3	15	20	100
Uso de bata	10	50	10	50	20	100
Uso de guantes limpios en el vaciado de diuresis	17	85	3	15	20	100

**Fuente:** Guía de observación aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

GRAFICO No. 16



**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 15 y Gráfico N° 15 se muestra la aplicación de medidas de bioseguridad en la atención de pacientes con resección tras uretral con cistoclasia, que el profesional de enfermería cumple en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 80% cumple con el lavado de manos, 60% Uso de alcohol en gel, 50% gorro, 85 % Uso de barbijo, 50% uso de bata, 85% uso de guantes limpios para vaciado de diuresis.

TABLA No. 17

**TIPO DE LAVADO DE MANOS, PREVIO AL CAMBIO DE FRASCO DE SOLUCION Y EL VACIADO DE LA DIURESIS POR ENFERMERIA EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS 2019**

Tipo de lavado de manos	Frecuencia	Porcentaje
Lavado de manos social	1	5%
Lavado de manos clínico	12	60%
Lavado de manos quirúrgico	0	0%
Lavado de manos clínico más aplicación de solución hidroalcoholica.	7	35%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Guía de observación aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

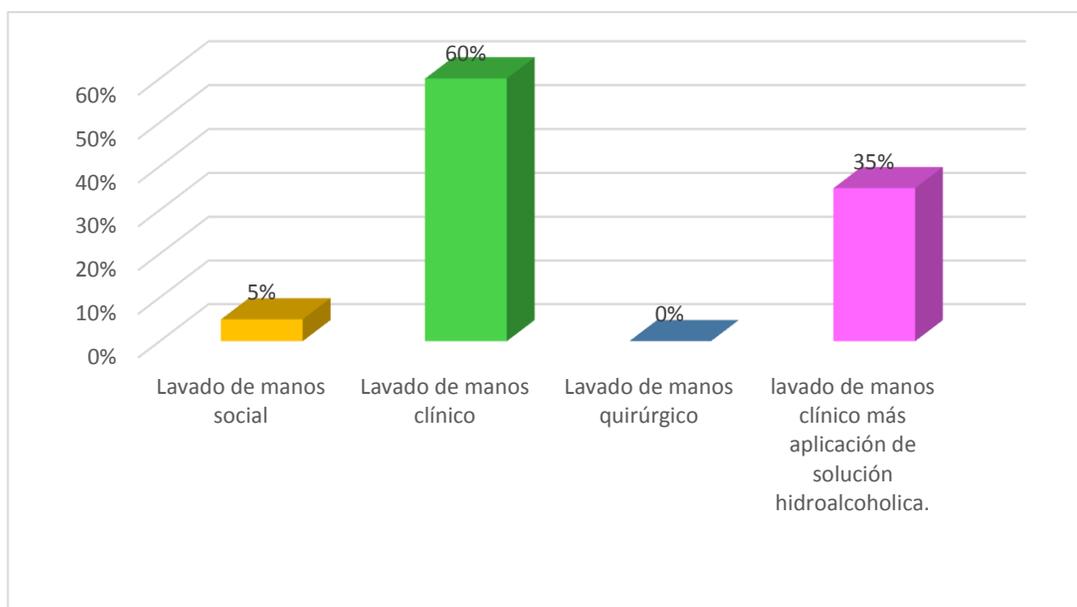


GRAFICO No. 17

**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 17 y Gráfico N° 17 se muestra según el tipo de lavado de manos previo al cambio de solución y vaciado de orina en pacientes con resección tras uretral con cistocclisis, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 5% Lavado de manos social, 60% lavado de manos clínico, y 35 % Lavado de manos clínico más aplicación de solución hidroalcoholica.

TABLA No. 18

**FRECUENCIA DE CAMBIO DE FRASCO DE SOLUCIÓN ENDOVENOSA Y EL VACIADO DE LA DIURESIS DE PACIENTES DURANTE LA CISTOCLISIS POR ENFERMERIA EN UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS 2019**

Frecuencia de cambio	Frecuencia	Porcentaje
Cada 10 a15 min.	2	10%
Cada 30 min.	5	25%
Cada hora	11	55%
Cada 3 hrs.	0	0%
Cada 6 hrs	2	10%
TOTAL	20	100

**Fuente:** Guía de observación aplicada al profesional de Enfermería del servicio de urología, Hospital de Clínicas 2019

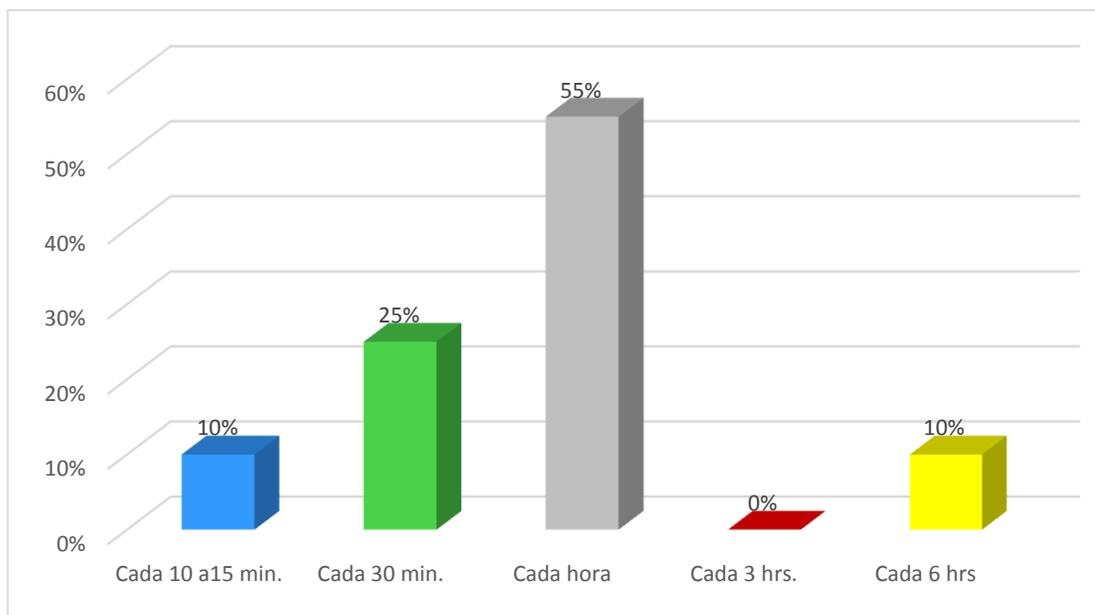


GRAFICO No. 18

**INTERPRETACION.** – De la Tabla N° 18 y Gráfico N° 18 se muestra según la frecuencia del cambio de solución endovenosa y vaciado de la diuresis, que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 10% Cada 10 a15 min., 25% cada 30 minutos, 55% cada hora y 10% cada 6hrs.

## 4.2. Análisis y discusión de resultados

Según Burgos M, Cadavid V, DE Toro L, Frías I, et al. (2011) Barcelona realizaron un estudio de investigación titulado: "Manejo enfermero en el síndrome pos resección transuretral de próstata (Síndrome post-RTUP)" en la cual resumen que la resección transuretral es una técnica sencilla en cirugía urológica de vías inferiores para tumores de próstata, sin otra patología de vías inferiores, con posibilidad de resección completa, es por ello, que el profesional de Enfermería de la Unidad de Cirugía Urológica debe estar familiarizado con una de las complicaciones de la RTUP, como es el síndrome post-RTUP, para ello se llevó a cabo la valoración de las intervenciones realizadas en el Hospital Universitario Severo Ochoa, el conocimiento, por parte del personal de enfermería de la misma, de todas las posibles complicaciones que este tipo de intervenciones puede llegar a desarrollar, que sirva además como uno de los protocolos enfermeros del propio centro donde desarrollamos nuestra actividad enfermera, así como que sirva de base para actuaciones futuras en otros centros de nuestro medio.(1) en comparación con el presente estudio respecto al conocimiento del profesional de enfermería en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, sobre la atención de pacientes con resección tras uretral con histólisis, 30% es malo, 40% deficiente, 25% regular y 5 % bueno.

En cuanto a las prácticas según Castro E. De la Concepción O. (2010) Perú, un estudio titulado: "Atención de enfermería en la resección transuretral de próstata" mencionan 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. (6) en comparación con la presente investigación el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con resección transuretral con cistocclisis, que el profesional de enfermería cumple en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 80% Vigila la posición del paciente, 90% control de signos vitales estricto, 90% realiza en cambio de solución para cistocclisis, 60% realiza el vaciado de la diuresis, 95% realiza la valoración del dolor del paciente, 75% asegura el confort del paciente, 80% Realiza el balance hídrico de los ingresos / egresos.

### **4.3. Conclusiones y recomendaciones**

#### **4.3.1. Conclusiones**

Finalizada la investigación y después de analizar los datos se concluye lo siguiente:

##### **Conclusión No. 1**

Según edad del profesional de enfermería del servicio de Urología del Hospital de Clínicas; el 40% oscilo entre una edad de 25-30 años, 20% 31-35 años, el 25% oscilo entre los 36 y 40 años, 5% oscilo entre 41-45 años, finalmente se aprecia que el 10% tiene una edad más de 46 años. Según grado académico el 10% tiene Maestría en médico quirúrgico, 25% Especialidad en médico quirúrgico, 35% diplomados, 30% son licenciadas en enfermería. Según experiencia laboral que el profesional de enfermería tiene en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, el 60% se encuentra entre 1 a5 años de trabajo, 25% de 6 a 10 años y el 15% entre 11 a 15 años

##### **Conclusión No. 2**

El nivel de conocimiento el profesional de enfermería en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, sobre la atención de pacientes con resección tras uretral con cistocclisis, 30% es malo, 40% deficiente, 25% regular y 5 % bueno.

##### **Conclusión No. 3**

En cuanto a la práctica, el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con resección transuretral con cistocclisis, que el profesional de enfermería cumple en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas, 80% Vigila la posición del paciente, 90% control de signos vitales estricto, 90% realiza en cambio de solución para cistocclisis,60% realiza el vaciado de la diuresis, 95%realiza la valoración del dolor del paciente,75%

asegura el confort del paciente, 80% Realiza el balance hídrico de los ingresos egresos

Se concluye 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.

#### **4.3.2. Recomendaciones**

Las recomendaciones que realiza la presente investigación son las siguientes:

Dirigido a otras investigaciones:

- Realizar investigaciones en relación a eventos adversos en la atención de pacientes con resección transuretral con cistocclisis.
- Complicaciones más frecuentes de la cistocclisis
- Riesgo de infecciones relacionadas a catéter vesical
- Riesgo de infecciones a través de dispositivos invasivos

Dirigido a la institución y sociedad:

- Insertar como punto importante en la educación continua el tema de atención a pacientes con resección transuretral de próstata y sus cuidados post operatorios por lo menos cada 6 meses.
- Realizar evaluaciones periódicas mediante la aplicación de lista de observaciones en la aplicación de competencias prácticas de Enfermería en la atención de pacientes con resección transuretral de próstata que se encuentra con una cistocclisis para optimizar la seguridad de cuidados de enfermería.
- Incentivar la adherencia a la higiene de manos y aplicación del proceso.

- Estrategias de educación continua sobre higiene de manos de manera personalizada al personal nuevo, internos de enfermería, medicina y otros que rotaran por la Unidad de urología
- Las recomendaciones para el personal de enfermería es la elaboración y actualización de una guía o protocolo de actuación en la atención de pacientes pos operatorios de resección transuretral de próstata con cistocclisis.

Dirigido al Departamento de Enfermería:

- Organizar capacitaciones continuas sobre los cuidados post operatorios y el manejo de cistocclisis.
- Desarrollar un protocolo de actuación con el fin de estandarizar los conocimientos y cuidados.
- Organizar un equipo que vigile el cumplimiento del protocolo y aplicación de listas de observación durante la atención a pacientes con cistocclisis.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Burgos M, Cadavid V, DE Toro L, Frías I, et al. (2011) Barcelona realizaron un estudio de investigación titulado:” Manejo enfermero en el síndrome pos resección transuretral de próstata (Síndrome post-RTUP) URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000300004&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000300004&script=sci_arttext&tIng=en)
- 2.- Reyes L. Sánchez E. Eficacia de la irrigación vesical continua en el manejo de la hematuria” (en línea) Perú 2016 (fecha de acceso: 12 enero 2019) URL. disponible en: [http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/466/T061\\_21286484\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/466/T061_21286484_S.pdf?sequence=1&isAllowed)
3. Ligia B. Cateterismo Uretral: un tema para la reflexión (En línea) España 2010, (fecha de acceso: 12 enero 2019) URL. disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-53072005000200010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072005000200010)
4. Rodríguez V. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado (En línea) España 2011 (fecha de acceso: 12 enero 2019) URL. disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400020&script=sci\\_abstract&tIng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400020&script=sci_abstract&tIng=pt)
5. Caro-Zapata F, Vásquez A, Correa E, García J. (2018) Colombia realizaron un estudio titulado: “Complicaciones infecciosas después de prostatectomía abierta y resección transuretral de próstata en pacientes con hiperplasia prostática benigna”, <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v31n3/0121-0793-iat-31-03-00274.pdf>
6. Castro E. De la Concepción O. (2010) Perú, un estudio titulado:” Atención de enfermería en la resección transuretral de próstata” [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urologia-enfermeria/enrique\\_trabajo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urologia-enfermeria/enrique_trabajo.pdf)

7. Cisneros G. F. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). (Fecha de acceso 19 de diciembre 2018). URL disponible en: <http://www.monografias.Com/trabajos93/modelosenfermeria/modelos-enfermeria.shtm>
8. Retamozo S.. Proceso de Enfermería. 2010. [fecha de acceso 6de enero 2019]. URL disponible en: <http://www.slideshare.net/deifiretamozo/proceso-Enfermero>.
9. Romero R. Gonzales J.V. Calidad de Atención de Enfermería en el CAPS 10656 2011. [Fecha de acceso 1 de diciembre de 2018]. URL disponible en: <http://www.hjnc.cl/capacitación8/taller3.pdf>
10. M. A. Reuter, M. Corredera<sup>2</sup>, W. Epple, G. Ungemach, M. L. Verger y K. Diet resección transuretral en cáncer de próstata, un procedimiento radical. experiencia con 1017 caso(en línea) españa 2008 url disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v61n1/original3.pdf>
- 11.- syed m. Síndrome post resección transuretral(en línea) 2016 <https://anestesiario.org/2016/sindrome-post-reseccion-transuretral/>
- 12.- María del Mar Reyero lavado vesical continuo(en línea) el puerto 2012 <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711096.pdf>
- 13.Aguayo A. Guia clinica de control de signos vitales (en línea) chillan <http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/GUIA%20TECNICA%20DE%20CONTROL%20DE%20SIGNOS%20VITALES%20KINE.pdf>
- 14.- Sociedad Española de Calidad Asistencial. Indicadores de Calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud. (España) 2012. [Fecha de acceso 12 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://www.google.com.ar/search?hl=es&q=indicadores+de+calidad+de+salu>

d+par+unidades+de+terapia+intensiva&btnG=Buscar#q=indicadores+de+calidad+de+salu+para+terapia+intensiva&hl=es&ei=sCw\_Udn3lvDE0AH0oIDYAg&sta

15.- Suárez S. Tamayo H.. Guanche G..Maldonado G.. Benítez M..Adherencia a la realización del lavado de manos por el personal de enfermería de un hospital clínico quirúrgico de la habana. (En línea). Cuba 2013 (Fecha de acceso: 2 de febrero de 2018) URL. disponible en: <https://bay167.mail.com/befault.aspx?id =64855 mkt=es!mail/View office prevjew.aspx>.

16.- Guerrero a. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? España 2017 <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v24n1/editorial.pdf>

17.-Castro E. Atención de Enfermería en la Resección Transuretral de Próstata. (en línea). España 2014 (Fecha de acceso: 1 de diciembre 2018) URL disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/PDF/SITIOS/urologianfermeria/enrique\\_trabajo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/PDF/SITIOS/urologianfermeria/enrique_trabajo.pdf)

18.- Calderón Santos M, Cruz Díaz J. Comité de Calidad de los Servicios de Enfermería. (México) 2006 [fecha de acceso 2 de febrero de 2012]. URL. Disponible en: <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/calidad>

19.-Ortega, Leija, Puntunet. Manual de Evaluación del Servicio de Enfermería Editorial médica 3° Edición México 2014.

20.-Sociedad Española de Calidad Asistencial. Indicadores de Calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud. (España) 2012. [Fecha de acceso 12 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://www.google.com.ar/search?hl=es&q=indicadores+de+calidad+de+salud+par+unidades+de+terapia+intensiva&btnG=Buscar#q=indicadores+de+cali>

dad+de+salu+para+terapia+intensiva&hl=es&ei=sCw\_Udn3lvDE0AH0oIDYAg&sta

20.-Rosenthal V. Lavado de manos, cumplimiento en un Hospital. (En línea).argentina. (Fecha de acceso: 21 de febrero de 2015). URL. disponible en:<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd46/lavado.pdf>

21.- Sánchez P.. Reyes U..Ramirez B. Garcia E. Evaluación de la higiene de manos, su impacto después de un programa de mejora continúa en el Hospital regional del ISSSTE en Oaxaca. (En línea).revista científica vol. xxiii núm. 92. (Fecha de acceso: 21 de febrero de 2018) URL. Disponible en: <https://bay167.mail.live.com/default.aspx?Mkt=es-us#!/mail/viewofficepreview.aspx?Messageid=ebc6>

22.-Implantación de un programa de Higiene de Manos con solución Hidroalcoholica en entorno Hospitalario FUNDACIÓN MAPFRE 2008 (Fecha de acceso 31 mayo de 2018) URL disponible en:<http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v35n1/puesta.pdf>

23.- Improving hand hygiene compliance in the emerge cy department: getting to the point Scheitthauer S. Kamerseder V. Infectious Diseases 2013(Fecha de acceso 18 de marzo de 2018) URL disponible en:<http://www.biomedcentral.com/14712334/13/367>

24.- Hand hygiene compliance among nurses in a Japanese tertiary hospital emergency department Ikeda S. et al Antimicrobial Resistance and Infection Control 2013, 2(Suppl 1):P119 (Fecha de acceso 15 de agosto de 2018) URL disponible en: <http://www.aricjournal.com/content/2/S1/P119>

25.- Recomendaciones para la Higiene de Manos Pantoja M, Rev Med La Paz, 2010; 16(2): 63-68(Fecha de acceso 15 enero de 2018) URL disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>.

26.- Oliveros R. Higiene de manos en los Hospitales. Artículos científicos. (En línea). España 2012 .Vol. No. 13 No. 9 (Fecha de acceso: 1 de marzo de 2018) URL. Disponible en :<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art91/art91.pdf>

27.-Coelho, M.. Arruda S..Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección Hospitalaria: un estudio cuantitativo. Artículos científicos. (En línea).(Fecha de acceso: 21 de febrero de 2018) ScieloVol. 10 No 21.España 2011.URL. disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1695-61212011000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1695-61212011000100003&script=sci_arttext) 21

28.- Lalane M..Rollón D, Basso M..Benítez V..Estudio de prevalencia del lavado de manos en el equipo de enfermería de las clínicas médicas del Hospital de clínicas “Dr. Manuel Quintela” (En línea).Uruguay 2008 (Fecha de acceso: 12 de febrero de 2018) URL. disponible en: [Http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num6/6\\_art02\\_lavado\\_manos.pdf](Http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num6/6_art02_lavado_manos.pdf)

29.- Influencia de un programa de intervención múltiple en el cumplimiento de la higiene de manos en una unidad de cuidados intensivos Medicina Intensiva(Fecha de acceso 20 junio de 2013).españa.20100000aab0f26&acdnat=1408402521\_2 .URL disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0210569111002221/1-s2.0S0210569111002221-main.pdf?\\_tid=4fe3e5e6-272a-11e4-a80dafffd696d43c75208509f0b3398a51e000000aacb35e&acdnat=1408403457\\_](http://ac.els-cdn.com/S0210569111002221/1-s2.0S0210569111002221-main.pdf?_tid=4fe3e5e6-272a-11e4-a80dafffd696d43c75208509f0b3398a51e000000aacb35e&acdnat=1408403457_)

30.-Hand Hygiene the New England Journal of Medicine 2011 (Fecha de acceso 18 de noviembre de 2018) URL disponible en:([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf).)

31.- Anónimo. Percepción Cuidado Enfermería. (Fecha de acceso 9 de agosto de 2018). URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1/v23n1/v23n11.pdf>.

32.- Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales. (México), 2009. [Fecha de acceso 23 de julio de 2013]. URL disponible en: <http://www.csg.salud.gob.mx/contenidos/certificacion2010/hospital>

33.- Bañeres J. La Seguridad de los Pacientes como condición de la Calidad Asistencial. (Guadalajara), 2013. [Fecha de acceso 7 de agosto de 2018]. URL disponible en: <http://calidad2013.files.wordpress.com/2013/02/seguridad-de-lospacientes-joaquim-bac3b1eres.pdf>

34.- Hernández R, Fernández C, Baptista Lucio MDP. Metodología de la investigación. 6.<sup>a</sup> ed. Vol. 1. México: Mc Graw Hill; 2014. 118-169 p.

35.- Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación OMS [Internet]. 2.<sup>a</sup> ed. Washington DC E.U.A.: PALTEX - OPS; 1994 [citado 18 de febrero de 2017]. 94 p. Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>

36.- Pastor-Barriuso R. Bioestadística. Vol. 1. Madrid, España: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III; 2012. 41-2 p.

37.- Jiménez R. Metodología de la investigación, elementos básicos para la investigación clínica. Vol. 1. Habana Cuba: Representación en Cuba de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; 1998. 43-50 p.

# **ANEXOS**

UNIVERSIDAD JUAN MISAEL SARACHO  
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA  
DIRECCION DE POST GRADO  
POST GRADO EN SALUD  
MAESTRIA EN MEDICO QUIRURGICO EN ENFERMERIA

## GUIA DE ACTUACION



### GUIA DE ATENCION DE PACIENTES POST OPERADOS DE RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA CON CISTOCLISIS SERVICIO UROLOGIA HOSPITAL DE CLINICAS

**AUTORA: Lic. Rosmery Gómez Catunta**

La Paz - Bolivia  
2020

## GUIA DE ATENCON DE PACIENTES POST OPERADOS DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA CON CISTOCLISIS

### 1. INTRODUCCION

Se plantea la presente guía de actuación para apoyar a las/os profesionales de Enfermería de la institución para proporcionar cuidados óptimos, reduciendo riesgos, complicaciones, costos, optimizar el desempeño del recurso humano mejorando la calidad de prestación del servicio para así contribuir con la calidad de vida de las personas pos operados de resección transuretral de próstata con cistocclisis y disminuir el riesgo de responsabilidad legal.

Cada vez es más importante el papel de la Enfermera en la identificación de las necesidades del paciente, ya que es de suma importancia aplicar conocimientos y habilidades para mejorar la calidad de vida del paciente reconociendo necesidades primordiales insatisfechas. La cistocclisis (*cystoclysis* en inglés) es una técnica urológica que utiliza la irrigación continua de la vejiga urinaria a través de una sonda Foley, generalmente de 3 vías, para tratar ciertas patologías del aparato genitourinario.

La atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación **post**-anestésica y los cuidados iniciados en esta sala se dan continuidad en sala de internaciones.

En pacientes con cirugía de resección transuretral es necesario mantener permeable la sonda vesical para que cumpla con el objetivo para el cual fue colocada, que es el de drenar la orina almacenada en la vejiga urinaria.

En este sentido, la cistocclisis es un procedimiento que tiene como objetivo principal mantener la permeabilidad de la sonda facilitando la eliminación de la sangre y de los coágulos que pueden obstruir el paso de la orina.

## **2.- JUSTIFICACIÓN**

Sobre los resultados obtenidos en el estudio, para afrontar un adecuado proceso de cuidados de este tipo de pacientes, es indispensable contar con un guía de procedimientos actualizados y estandarizados en la atención de pacientes post operados de resección transuretral de próstata, guía que esté debidamente organizado y catalogado, con la finalidad de otorgar una efectiva y eficiente cuidados de enfermería en pro de la recuperación con calidad y calidez de los pacientes con resección transuretral que son atendidos al Servicio de urología del Hospital de Clínicas.

Por tanto, la inquietud es introducir cambios que permitan modificar la atención tradicional de Enfermería por una atención de calidad al enfermo, para coadyuvar con su recuperación, en base al establecimiento de normas técnicas y operativas que faciliten la atención de estos pacientes con cistocclisis.

El cuidado de enfermería de los pacientes post operados de resección transuretral y con cistocclisis incluyen la posición correcta, control de los signos vitales, revisión del catéter, administración de soluciones, prevención de complicaciones y evaluación de las respuestas del enfermo.

Es importante contar con equipos de profesionales especializados que aseguren las condiciones de organización en la atención de los pacientes post operatorios y minimicen el riesgo de obstrucción, factores que repercutirían gravemente en el paciente. El seguimiento de un protocolo meticuloso que abarque elementos de control y seguimiento ayudará a

detectar precozmente cualquier tipo de complicación que pueda afectar al paciente, y es en este aspecto donde la enfermera tiene una función determinante

### **3.-OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Implementar una guía de actuación sobre la atención de pacientes post operados de resección transuretral de próstata con cistocclisis del Hospital de Clínicas Ciudad de La Paz 2020

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Fortalecer en la Institución una cultura de trabajo en un ambiente limpio
- Sensibilizar y motivar al personal profesional de enfermería la importancia de la atención de pacientes con cistocclisis.
- Establecer los pasos, procedimientos y cuidados oportunos por el personal profesional así disminuir las infecciones y complicaciones en pacientes con cistocclisis.

## **LAVADO VESICAL CONTINUO (CISTOCLISIS)**

### **DEFINICIÓN**

Procedimiento encaminado a mantener la permeabilidad de la sonda uretral por medio de la introducción en la vejiga del paciente, de una solución de irrigación de forma continua, y su posterior vaciado a través de una sonda vesical.

### **OBJETIVOS**

Mantener la permeabilidad de la sonda vesical. Facilitar la eliminación de mucosidad, coágulos o fragmentos tisulares retenidos tras cirugía urológica. Favorecer la hemostasia postquirúrgica en intervenciones de vejiga o próstata.

### **PRECAUCIONES/ CONTRAINDICACIONES**

Contraindicaciones propias del sondaje vesical como pueden ser:

- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fístulas).
- Traumatismos uretrales (doble vía, etc.).
- Sospecha de perforación o rotura vesical.
- Reflujo vesico-ureteral.

### **RIESGOS O COMPLICACIONES POTENCIALES**

- Infección urinaria.
- Obstrucción de sonda uretral
- Distensión vesical.
- Perforación vesical.
- Espasmos vesicales.
- Dolor.

## **INDICACIONES**

El lavado vesical continuo está indicado en pacientes que presentan hematuria moderada o severa, bien por haber sido sometidos a intervención quirúrgica, o por patologías genitourinarias.

## **MATERIAL**

Material para sondaje vesical.

Sonda de 3 vías “couvelaire” o Foley hemostática.

Solución de irrigación: suero fisiológico 0,9% de 3000cc estéril.

Equipo de irrigación estéril.

Sistema de drenaje cerrado, con bolsa de orina con capacidad 5000 cc

Tapón estéril.

Soporte de suero ó pie de gotero

Clorhexidina en solución alcohólica al 0,5%

Guantes estériles.

Guantes limpios no estériles.

Preparado de base alcohólica

## **CUIDADOS ENFERMEROS**

Presentarse, confirmar la identidad del paciente utilizando al menos dos criterios, ninguno de los cuales será el número de la habitación (A), y explicar el procedimiento solicitando su colaboración.

Realizar la adecuada higiene de manos con un preparado de base alcohólica (IB).

Conectar el sistema de irrigación a la bolsa de suero fisiológico de 3000cc. Colgar la bolsa de suero en el pie de gotero y purgar el sistema, evitando la entrada de aire en la vejiga, lo que podría ocasionar distensión vesical.

Procurar que la bolsa de la solución de irrigación esté siempre a unos 40 – 50 cm por encima del nivel de la vejiga.

Ponerse la bata o delantal desechable, protección ocular y guantes estériles (IB).

Sondaje vesical con sonda de triple vía (según protocolo de sondaje vesical).

Retirarse los guantes, realizar la higiene de manos con preparados de base alcohólica (IB) y ponerse un nuevo par de guantes (II).

Aplicar alcohol de 70° (IA) en la conexión de la sonda y conectar el equipo de irrigación a la vía de entrada de esta, dejando lo fluir por gravedad.

Conectar el sistema de drenaje cerrado (II) a la vía de salida de la sonda, debiendo quedar ésta por debajo del nivel de la vejiga, para evitar el refluo de fluido y el mecanismo de ascensión intraluminal de los microorganismos a la vejiga. Evitar que esté en contacto con el suelo u otros objetos



La Paz, 26 de junio 2019

Señor:

Dr. Omar Rodas Funes

**DIRECTOR HOSPITAL DE CLINICAS**

Presente. -

**REF. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN**

Mediante la presente me es grato dirigirme a su autoridad para hacerle llegar saludos cordiales y al mismo tiempo deseos de éxitos en las funciones que viene desempeñando.

En principio mencionar que en mi condición de cursante de la Maestría en Enfermería Medico Quirúrgico de la Universidad Juan Misael Saracho, se viene desarrollando el trabajo de investigación titulado: “COMPETENCIAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE PACIENTES POS OPERATORIOS DE RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ 2019”, para lo cual solicito a su autoridad, pueda colaborar autorizando la investigación que será con fines académicos y posteriormente un aporte para la institución.

Sin otro particular y agradeciendo su gentil atención y colaboración me despido de Usted con las consideraciones más distinguidas

Atentamente.

  
.....  
LIC. ROSMERY GÓMEZ CATUNTA  
CI. 4961221 L.P.

Cc/arch





# HOSPITAL DE CLÍNICAS

LA PAZ - BOLIVIA



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN ACADÉMICA

El Sr. (a) Rosmary Gómez Catunta, de 40 años de edad, con CI. 4961221 expedido en La Paz, solicita

realizar el siguiente Trabajo de Investigación caracterizado por:

- Título: "Competencias de Enfermería en el manejo de pacientes postoperatorios de RTUP, en el servicio de Urología Hospital de Clínicas La Paz 2019"
- Paradigma: Investigación / Obtención de título de Maestría en Medicina Quirúrgica
- Método: Tipo de investigación: Cuantitativa, descriptiva, transversal
- Población: Personal profesional de Enfermería
- Unidad (es) involucrada (s): Servicio de Urología - Hospital de Clínicas
- Instrumento de recolección de datos: Cuestionario

Por tanto el investigador del mencionado trabajo, se compromete a firmar el presente consentimiento para fines propios de su investigación y a presentar de forma escrita los resultados de la misma para fines de esta Institución, y las autoridades hospitalarias autorizan el uso de los instrumentos de recolección de datos con los usuarios (pacientes) y con las historias clínicas para fines consiguientes de la investigación.

Dr. Omar Andrés Funes  
DIRECTOR a.i.  
Hospital de Clínicas  
Dirección Hospitalaria

Dr. Carlos Andrés Escalera  
Jefatura de Enseñanza

UNIDAD 1  
DOCENTE RESPONSABLE CARRERA



UNIDAD 2 (opcional)  
DIRECTOR DE CARRERA

Investigador Lc. Rosmary Gómez Catunta  
ENFERMERA  
M.O. 1206-3085

Tutor

Av. Saavedra 2245 - Casilla Postal 248 - Miraflores  
Teléfonos: 2244882 - 2246275 - Fax: 2245059  
Email: [hc@hospitaldeclinicas.com.bo](mailto:hc@hospitaldeclinicas.com.bo)  
Pag. Web: [www.hospitaldeclinicas.com.bo](http://www.hospitaldeclinicas.com.bo)

- ESPEC. CLÍNICAS:
  - CARDIOLOGÍA
  - DERMATOLOGÍA
  - ENDOCRINOLOGÍA
  - EPIDEMIOLOGÍA
  - GASTROENTEROLOGÍA
  - GERIATRIA
  - HEMATOLOGÍA
  - INFECTOLOGIA
  - MEDICINA INTERNA
  - MEDICINA GENERAL
  - MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
  - MEDICINA PALEATIVA
  - NEFROLOGÍA y DIÁLISIS
  - NEUROLOGÍA y NEUROFISIOLOGÍA
  - ONCOLOGÍA CLÍNICA
  - PROCTOLOGÍA
  - SALUD MENTAL
  - REUMATOLOGÍA
  - RADIOTERAPIA
- ESPEC. QUIRÚRGICAS
  - ANESTESIOLOGIA
  - CIRUGÍA GENERAL
  - CIRUGÍA MAXILOFACIAL
  - CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS
  - OTORRINOLARINGOLOGÍA
  - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
  - NEUROCIRUGÍA
  - ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA
  - UROLOGÍA
- EMERGENCIAS Y URGENCIAS
- UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
- CONSULTA EXTERNA
- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
  - ANATOMÍA PATOLÓGICA
  - LAB. CLÍNICO CENTRAL:
  - LAB. HEMATOLÓGICO
  - MEDICINA TRANSFUSIONAL
- IMAGENOLÓGIA:
  - RAYOS X
  - ECOGRAFÍA
  - TOMOGRAFÍA
  - MAMOGRAFÍA
  - DENSITOMETRÍA
- FARMACIA CENTRAL Y SATELITALES
- NUTRICIÓN Y DIETOTERAPIA

La Paz, 11 de octubre 2019

Señora.

Lic. Martina Huayhua Vargas

**MAGISTER SCIENTIARUM EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO**

Presente. -

**REF: SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO**  
**DE RECOLECCION DE DATOS**

Mediante la presente es grato dirigirme a su persona para hacerle llegar saludos cordiales y deseos de éxitos en las funciones que desempeña.

Conocedores de su amplia experiencia en el área, solicito muy respetuosamente pueda revisar y realizar la validación del instrumento de recolección de datos para el trabajo de investigación titulado: **“COMPETENCIAS COGNITIVAS Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POS OPERATORIOS DE RESECCIÓN TRANSURETRAL CON CISTOCLISIS, EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ GESTIÓN 2019”**, con fines académicos para la Maestría de Enfermería Médico Quirúrgico.

Sin otro particular agradeciendo su gentil atención y colaboración me despido de Usted muy atentamente.

  
**Lic. Rosmery Gómez Catunta**  
CI. 4961221 L.P.

  
**Lic. Martina Huayhua Vargas**  
M.P. H-78  
HOSPITAL DE CLÍNICAS

La Paz, 11 de octubre 2019

Señora.  
Lic. Yolanda Carpio Rivera  
**MAGISTER SCIENTIARUM EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO**  
Presente. -

**REF: SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO**  
**DE RECOLECCION DE DATOS**

Mediante la presente es grato dirigirme a su persona para hacerle llegar saludos cordiales y deseos de éxitos en las funciones que desempeña.

Conocedores de su amplia experiencia en el área, solicito muy respetuosamente pueda revisar y realizar la validación del instrumento de recolección de datos para el trabajo de investigación titulado: **“COMPETENCIAS COGNITIVAS Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POST OPERATORIOS DE RESECCIÓN TRANSURETRAL CON CISTOCLISIS, EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ GESTIÓN 2019”**, con fines académicos para la Maestría de Enfermería Médico Quirúrgico.

Sin otro particular agradeciendo su gentil atención y colaboración me despido de Usted muy atentamente.



Lic. Rosmery Gómez Catunta  
CI. 4961221 L.P.

La Paz, 11 de Diciembre de 2019

Señor:

Lic. Martha G. Inta Inda

**MAGÍSTER SCIENTIARUM EN ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO**

Presente.-

**REF.- SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO  
DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Mediante la presente me permito dirigirme a su persona para hacerle llegar saludos cordiales y deseos de éxito en las funciones que desempeña. Conocedor de su amplia experiencia en el área, solicito muy respetuosamente pueda revisar y realizar la validación del instrumento de recolección de datos para el trabajo de investigación titulado: **“COMPETENCIAS COGNITIVAS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POSTOPERADOS DE RESECCIÓN TRANS URETRAL CON CISTOCLISIS, EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ GESTIÓN 2019”**, Con fines académico para la Maestría de Enfermería Médico Quirúrgico.

Sin otro particular agradeciendo su gentil atención y colaboración me despido de Usted muy atentamente.



LIC.ROSMERY GOMEZ CATUNTA

C.I. 4961221 L.P.



Lic. Martha Gabriela Inta Inda  
LINCENCIADA ENFERMERIA  
Nro Matricula 1-122

La Paz, 11 de Diciembre de 2019

Señor:

Lic. Emer Guarachi Vargas

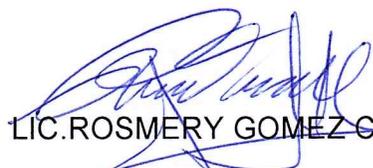
**MAGÍSTER SCIETIARUM EN ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO**

Presente.-

**REF.- SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO  
DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Mediante la presente me permito dirigirme a su persona para hacerle llegar saludos cordiales y deseos de éxito en las funciones que desempeña. Conocedor de su amplia experiencia en el área, solicito muy respetuosamente pueda revisar y realizar la validación del instrumento de recolección de datos para el trabajo de investigación titulado: **"COMPETENCIAS COGNITIVAS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POSTOPERADOS DE RESECCIÓN TRANS URETRAL CON CISTOCLISIS, EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ GESTIÓN 2019"**, Con fines académico para la Maestría de Enfermería Médico Quirúrgico.

Sin otro particular agradeciendo su gentil atención y colaboración me despido de Usted muy atentamente.

  
LIC.ROSMERY GOMEZ CATUNTA  
C.I. 4961221 L.P.

  
Lic. Enj. Emer Guarachi Vargas  
SUPERVISOR DE QUIROFANO  
Mat. Prof. G - 789 CDE 01- 2259

UNIVERSIDAD JUAN MISAEL SARACHO  
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA  
DIRECCION DE POST GRADO  
POST GRADO EN SALUD  
MAESTRIA EN MEDICO QUIRURGICO EN ENFERMERIA

**HOJA DE VALIDACION**  
**DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

**“COMPETENCIAS COGNITIVAS Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POS OPERATORIOS DE RESECCIÓN TRANSURETRAL CON CISTOCLISIS, EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ GESTIÓN 2019”**

  
Lic. Martina Huayhua  
M.P. H-78  
HOSPITAL DE CLINICAS

.....

  
Lic. Yolanda Carpio Roveya  
M.P. PROF. C - 1306  
HOSPITAL DE CLINICAS

.....

  
Lic. Martha G. Mañada  
ENFERMERIA  
Nro. Matricula 1 - 122

.....

  
Lic. Ely Emer Guirraqui Vargas  
SUPER  
DE QUIROFANO  
Mat. Prof. G - 789 - CDE 01-2268

.....

UNIVERSIDAD JUAN MISAEL SARACHO  
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA  
DIRECCION DE POST GRADO  
POST GRADO EN SALUD  
MAESTRIA EN MEDICO QUIRURGICO EN ENFERMERIA

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimada colega:

La presente investigación, dirigida por la Lic. Rosmery Gómez Catunta, con motivos de obtener el título de Maestría en Enfermería médico quirúrgico, tiene como objetivo: de determinar las Competencias cognitivas y práctica de enfermería en la atención de pacientes pos operatorios de resección transuretral con cistocclisis, en el servicio de urología del hospital de clínicas, la paz gestión 2019, Por lo tanto, pido la colaboración para el llenado de cuestionario de acuerdo con las instrucciones. Es de hacer notar que tiene propósitos de mejorar la calidad de atención, su participación ayudará con informaciones para la investigación correspondiente.

La encuesta a continuación se realizará anónimamente y tendrá una confidencialidad total, la información obtenida solo se tendrá en cuenta para el desarrollo de la investigación y no traerá ninguna represalia al trabajador.

El tiempo requerido para su participación le tomara aproximadamente 10 minutos durante toda su jornada laboral.

Espero merecer su confianza. Desde ya le agradezco y estoy a disposición para cualquier información.

UNIVERSIDAD JUAN MISAEL SARACHO  
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA  
DIRECCION DE POST GRADO  
POST GRADO EN SALUD  
MAESTRIA EN MEDICO QUIRURGICO EN ENFERMERIA

## CUESTIONARIO

### COMPETENCIAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE PACIENTES POS OPERATORIOS DE RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ 2019

**INSTRUCTIVO:** El presente cuestionario es anónimo y voluntario, de este modo se garantiza la confidencialidad de sus datos. Lea atentamente cada pregunta y responda cada una de ellas. Las preguntas de selección múltiple tienen una sola respuesta. Llene los espacios en blanco en las preguntas abiertas.

#### I. DATOS DEMOGRAFICOS

1. Edad años cumplidos

25-30 años ( )

31-35 años ( )

36-40 años ( )

41-45 años ( )

>46 años ( )

2. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

3. ¿Cuál es el título académico más alto que usted ha obtenido en su formación académica?

a) Maestría en médico quirúrgico ( )

b) Especialidad en Médico Quirúrgico ( )

c) Diplomado ( )

d) Licenciada en Enfermería ( )

4. Experiencia laboral en el servicio de Urología

a. 1-5 años ( )

b. 6-10 años ( )

c. 11-15 años ( )

5. ¿Cuándo recibió capacitación de actualización sobre el manejo de pacientes post operatorios de resección transuretral?

- a. Hace 6 meses
- b. Hace año
- c. Hace 2 años
- D. Hace más de 3 años
- e. Nunca

6. ¿Cuenta con una guía o protocolo sobre el manejo de pacientes pos operatorio de resección transuretral de próstata?

SÍ ( )

NO ( )

## **II. COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA ATENCION DE PACEINTES POST OPERADOS DE RESECCION TRANSURETRAL CON CISTOCLISIS**

7. ¿Qué es el lavado vesical continuo, cistocclisis?

- a) Es un procedimiento encaminado a mantener la permeabilidad de la sonda uretral por medio de la introducción en la vejiga del paciente, de una solución de irrigación de forma continua, y su posterior vaciado a través de una sonda vesical
- b) Es controlar ingeridos y egresos
- c) Es vigilar la irrigación de una solución
- d) Todos
- e) Ninguno

8. ¿En qué casos está indicado la cistocclisis?

- a) Pacientes que presentan hematuria moderada
- b) Pacientes que presentan hematuria severa,
- c) Pacientes sometidos a intervención quirúrgica, o por patologías genitourinarias.
- d) Todos
- e) Ninguno

9. ¿Cuántos tipos de cistocclisis conoce?

- a) Cistocclisis continúa
- b) Cistocclisis intermitente
- c) a y b
- d) Ninguno

10. El objetivo de la cistoclisis son:

- a) Mantener o restablecer la permeabilidad de la sonda vesical en pacientes que presentan hematuria.
- b) Impedir que se formen coágulos capaces de obstruir el drenaje de la orina.
- c) Proporcionar a la vejiga una irrigación mezclada con medicamentos de ser necesario.
- d) Todos
- e) Ninguno

11. ¿Cuáles son las complicaciones de la cistoclisis?

- a) Infección urinaria.
- b) Obstrucción de sonda uretral
- c) Distensión vesical.
- d) Perforación vesical.
- e) Espasmos vesicales.
- f) Dolor.
- g) Todos
- h) Ninguno

12. ¿Cuáles son las complicaciones durante la cistoclisis más frecuentes que ocurrieron en su unidad?

- a) Infección urinaria.
- b) Obstrucción de sonda uretral
- c) Distensión vesical.
- d) Perforación vesical.
- e) Espasmos vesicales.
- f) Dolor.
- g) Hematuria
- h) Todos
- i) Ninguno

13. ¿En su Unidad cuentan con una hoja de control y de monitoreo de ingresos y egresos para cistoclisis?

SI ( )

NO ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.....

UNIVERSIDAD JUAN MISAEL SARACHO  
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA  
DIRECCION DE POST GRADO  
POST GRADO EN SALUD  
MAESTRIA EN MEDICO QUIRURGICO EN ENFERMERIA

**GUIA DE OBSERVACION**

**MANEJO DE PACIENTES POS OPERATORIOS DE RESECCION  
TRANSURETRAL DE PROSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS, LA PAZ 2019**

TURNO:.....FECHA:.....

<b>PRACTICAS DE ENFERMERIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Vigila la posición del paciente			
Control de signos vitales estricto			
Realiza en cambio de solución para cistocclisis			
Realiza el vaciado de la diuresis			
Realiza la valoración del dolor del paciente			
Asegura el confort del paciente			
Realiza el balance hídrico de los ingresos y egresos del pacientes con cistocclisis en hoja respectiva			
<b>MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD</b>			
Lavado de manos			
Uso de alcohol gel			
Uso de gorro			
Uso de barbijo			
Uso de bata			
Uso guantes limpios previo al vaciado de diuresis			
Tipo de lavado de manos			
Frecuencia del cambio de frasco y el vaciado de la diuresis en una cistocclisis			

