



UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS TABASCO

Lic. En Enfermería

Alumno

Ángel Gabriel Arcos Álvaro

Materia:

Enfermería Quirúrgica

Docente:

Doctor: Luis Manuel Correa Bautista

Actividad

“mapas conceptuales de la unidad 2: cuidados del paciente con problemas urológicos”.

Patología del sistema renal

Nefrona

- Unidad funcional básica del riñón
- Cada nefrona consta de un glomérulo
- El glomérulo está localizado en la parte externa del riñón (corteza)
- Los túbulos se presentan tanto en la corteza como en la parte interna del riñón (médula)

Función

Filtración glomerular

- La formación de un ultra filtrado de plasma a través de la estructura nefrona básica (glomérulo)

Capas de la pared glomerular

- Célula endotelial fenestrada
- Membrana basal glomerular (MBG)
- Células epiteliales

Función

Seleccionar los solutos que se filtran consiguiendo así un ultrafiltrado del plasma. La selección se realiza tanto por el tamaño tanto como la carga de las partículas a filtrar.

Túbulo contorneado

Reabsorben la mayor parte de los solutos y agua filtrados; los túbulos colectores realizan los pequeños cambios finales en la composición urinaria.

Asa de Henle

Aparato yuxtaglomerular

- Región especializada en la secreción de renina (formado por células yuxtaglomerulares de la arteriola aferente y la mácula densa).
- Células tubulares especializadas, situadas en el segmento cortical de la porción gruesa ascendente del asa de Henle.

Aporte del flujo sanguíneo

En riñones es: 1100-1200ml/mn (19-21% del volumen cardiaco).

**Inspección y problemas generales a
pacientes con alteraciones renales**

Anamnesis

Entrevista estructurada o no. También como norma limitada ya que demuestra síntomas inespecíficos.

Examen físico

Pacientes con enfermedad renal crónica moderada o grave suelen presentar:

- Un aspecto pálido
- Respiración profunda de (de Kussmaul) indica hiperventilación en respuesta a la acidosis metabólica con acidemia

Examen del tórax

- Los frotos pericárdicos y pleurítico, pueden ser signo de uremia

Exploración abdominal

- Visual
 - Auscultar
 - Palpar
- Abombamiento de la parte superior del abdomen es inusual e inespecífico de poliquistosis renal.
 - Puede indicar una masa renal o abdominal o hidronefrosis
 - Es posible escuchar un soplo leve lateral en el epigastrio o en el flanco, en la estenosis de la arteria renal
 - El dolor se produce al golpear levemente la espalda con el puño. Los flancos y al ángulo formado por la 12va costilla y la columna lumbar, que pueden indicar pielonefritis u obstrucción del tracto urinario.

Examen de la piel

- Xerosis debido a atrofia de las glándulas sebáceas y sudoríparas ecninas
- Palidez debido a la anemia
- Hiperpigmentación debido al depósito de melanina.
- Color cetrino o marrón-amarillento de la piel debido al depósito de urocromos.
- Petequias o equimosis debido a alteraciones de la función plaquetaria.
- Excoriación debida a la picazón causada por la hiperfosfatemia o uremia.

Estudios complementarios

- Estudios de la orina
- Ecografía
- TC
- RM

Análisis de orina

Color

Observar las características de la orina, ver causas de cambios de color en la orina, observar su aspecto e identificar como se percibe el olor.

pH

Normalmente es de 5-6 con un rango de 4,5 a 8. Se recomienda su medición con un electrodo de vidrio

Densidad relativa

- Brinda una medida de la concentración de la orina (osmolalidad).
- El rango normal es de 1,001 a 1,035, valores que pueden ser bajos en ancianos o pacientes con enfermedad renal.

Proteína
(proteinuria)

- La presencia de proteínas en la orina se diagnostica mediante tiras reactivas especiales, refleja principalmente el contenido de albumina clasificada como negativa (10mg/dl), en tasas (15 a 30mg/dl) o de 1+ (30 a 100 mg/dl) a 4+ (>500 mg/dl).
- Microalbuminuria, un marcador importante de las complicaciones renales en pacientes con diabetes.

Glucosa

- Aparece en la orina cuando su concentración en el suero aumenta a >180 mg/dL (>10,1 mmol/L).
- El umbral de su detección con tiras reactivas es de 50 mg/dL (2,8 mmol/L).

Cualquier cantidad es anormal, pueden obtenerse resultados falsamente bajos o negativos en presencia de cualquiera de los siguientes agentes:

- Ácido ascórbico
- Cetonas
- Aspirina
- Levodopa
- Tetraciclina
- pH urinario elevado
- orina diluida

Hematuria

- Se detecta cuando los eritrocitos se lisan en la tira reactiva, liberan Hb y generan el cambio de color.
- La povidona yodada produce falsos positivos y el ácido ascórbico genera falsos negativos.

Los nitritos

- La ausencia de los nitritos indica la presencia de bacteriuria
- La prueba puede ser positiva o negativa
- Se producen falsos negativos en las siguientes circunstancias:

Pruebas de diagnostico

- Prueba de estearasa de los leucocitos para controlar a los pacientes con infecciones urinarias recurrentes.

Estearasa de los leucocitos

Su presencia en la orina refleja inflamación aguda, comúnmente debida a una infección bacteriana, pero, a veces debida a nefritis intersticial, nefrolitiasis o tuberculosis renal.

Células epiteliales

- Con frecuencia se encuentra en la orina (tubulares renales, transicionales y pavimentosas).
- Las células tubulares son importantes para el diagnostico
- Unos pocos cilindros de células tubulares renales pueden aparecer en la orina normal, pero en condiciones elevadas indican lo siguiente:

- Necrosis tubular sanguínea
- Nefritis tubulointersticial
- Nefrotoxinas
- Síndrome nefrótico

Eritrocitos

- En los análisis microscópicos los eritrocitos de origen glomerular son más pequeños y dismórficos, con espículas, pliegues y gotas, los eritrocitos no glomerulares conservan su forma y tamaños normales.
- La piuria se define como >5leucocitos/campo en una muestra de orina centrifugada.

Lipiduria

- Es una característica del síndrome nefrótico, las células tubulares renales absorben los lípidos filtrados, que aparecen microscópicamente como cuerpos ovals grasos y colesterol.
- Los lípidos y el colesterol pueden estar libres o incorporarse a los cilindros.

Cristales

Factores que inducen su formación

- Concentración urinaria
- pH
- Ausencia de inhibidores de la cristalización

Análisis de sangre

Los valores de creatinina sérica

- Hombres: >1,3 mg/dL (>114 $\mu\text{mol/L}$).
- Mujeres: >1 mg/dL (> 90 $\mu\text{mol/L}$).

Factores que la aumentan

- Administración de inhibidores de la ECA y bloqueantes de los receptores para angiotensina II.
- Consumo de grandes cantidades de carne.
- Uso de algunos fármacos (cimetidina, trimetoprima, cefoxitina, flucitosina).

La relación nitrógeno ureico en sangre/creatinina.

- Se usa para distinguir la azotemia prerrenal de la renal o posrenal, sin embargo, el nitrógeno ureico en sangre esta afectado por la ingesta de proteínas y por varios procesos no renales (traumatismo, infección, hemorragias gastrointestinales, uso de corticoides).

Cistina C

Inhibidor de la cerina proteinasa producido por todas las células nucleadas y filtradas por los riñones. También se emplea para evaluar la función renal.

Electrolitos séricos

(como Na, K, HCO_3) pueden ser anormales, y el hiato aniónico ($\text{Na} - [\text{Cl} + \text{HCO}_3]$) puede incrementarse en las lesiones renales agudas y en la enfermedad renal crónica

Hemograma completo

Puede detectar anemia en la enfermedad renal crónica, en raros casos policitemia en el carcinoma de las células renales o en la enfermedad renal poliquística

Anemia

Factores

- Deficiencia de eritropoyetina y a veces agravada.
- Pérdida de sangre en los circuitos de diálisis
- Pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal

- Microcítica o normocítica
- Hipocrómica o normocrómica

Renina

- Encima proteolítica.
- Se almacena en las células yuxtaglomerulares de los riñones.
- La secreción de la renina está estimulada por la disminución de la volemia y del flujo sanguíneo renal y es inhibida por la retención de sodio y agua.

Insuficiencia renal aguda y crónica

Insuficiencia renal aguda

Trastornos que la provocan

- Disminución del flujo sanguíneo en los riñones por un tiempo, esto puede ocurrir por la pérdida de sangre, cirugía o un shock.
- Obstrucción u oclusión en el trayecto de las vías urinarias.
- Síndrome urémico hemolítico. Generalmente causado por una infección por E. coli.
- La IR se desarrolla como resultado de la obstrucción de pequeñas estructuras funcionales y vasos que se encuentran en el interior del riñón.
- Ingestión de ciertos medicamentos que pueden provocar toxicidad en los riñones.
- Glomerulonefritis, inflamación de los glomérulos por lo que reduce la capacidad del riñón para filtrar orina.
- Cualquier trastorno que pueda perjudicar el flujo de oxígeno y sangre en los riñones, ejemplo: paro cardíaco

Insuficiencia renal crónica

Trastornos que la provocan

- Obstrucción u oclusión prolongada de las vías urinarias.
- Síndrome de Alport, trastorno hereditario que provoca sordera, daño progresivo del riñón y defectos en los ojos.
- Síndrome nefrótico. Trastorno que tiene diversas causas. El síndrome nefrótico se caracteriza por la presencia de proteína en la orina, niveles bajos de proteína en la sangre, niveles altos de colesterol y tumefacción de los tejidos.
- Enfermedad poliquística del riñón. Enfermedad genética caracterizada por el crecimiento de numerosos quistes llenos de líquido en los riñones.
- Cistinosis. Trastorno hereditario en el que el aminoácido cistina (un compuesto común productor de proteínas) se acumula dentro de cuerpos celulares específicos del riñón denominados "lisosomas".

Exámenes diagnósticos

- Exámenes de sangre
- Exámenes de orina
- Radiografía de tórax
- Grammagrafía ósea
- Ultrasonido renal (sonografía)
- ECG-EKG
- Biopsia renal

Síntomas de la IRA

- Hemorragia
- Fiebre
- Erupción
- Diarrea con sangre
- Vómitos severos
- Dolor abdominal
- Ausencia o exceso de micción
- Antecedentes de infección reciente
- Palidez
- Antecedentes de ingesta de ciertos medicamentos
- Antecedentes de traumatismo
- Tumefacción de los tejidos
- Inflamación de los ojos
- Masa abdominal detectable
- Exposición a metales pesados o solventes tóxicos

Síntomas de la IRC

- Falta de apetito
- Vómitos
- Dolor en los huesos
- Dolor de cabeza
- Atrofia en el crecimiento
- Malestar general
- Exceso o ausencia de micción
- Infecciones recurrentes de las vías urinarias
- Incontinencia urinaria
- Palidez
- Mal aliento
- Deficiencia auditiva
- Masa abdominal detectable
- Tumefacción de los tejidos
- Irritabilidad
- Tono muscular deficiente
- Cambios en la agilidad mental

Cuidados de enfermería con Insuficiencia renal

Enfermería en nefro prevención

- Implementar herramientas que se habiliten a trabajar en forma conjunta con el equipo multidisciplinario en programas de atención primaria, para limitar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer ERC.

Herramientas

1. Consulta de enfermería.
2. Seguimiento del usuario / familia.
3. Interconsultas con otros integrantes del equipo de salud.
4. Conocimiento de los distintos efectores de salud, del área de cobertura del Centro de Salud, Policlínica, Hospital, etc.
5. Visitas Domiciliarias.
6. Registro en Historia Clínica (Consulta- Seguimiento). Incluir diagnósticos de Enfermería.
7. Actividades educativas intra y extra muros.
8. Integrar grupos de apoyo a ODH (obesos, diabéticos e hipertensos).

Consulta en enfermería

- Es la instancia del encuentro directo, entre el profesional de enfermería y el usuario, familia donde realiza actividades de promoción, prevención y rehabilitación. De tal forma la participación activa del paciente.

Desarrollo

- Sistema de registro, Historia Clínica, Agenda, etc.
- Espacio propio, consultorio con diferentes materiales como estetoscopio, esfigmomanómetro y distintos recursos de papelería.
- Agenda independiente e informatizada (si existe en el lugar de trabajo).
- Línea de teléfono para poder ponerse en contacto con los usuarios y viceversa.
- Canales de comunicación bien establecidos entre enfermería e integrantes del equipo de salud. Educación para la salud.

Cuidados de enfermería en pacientes con diálisis peritoneal, hemodiálisis

Objetivos

Dar al paciente y al familiar colaborador la información necesaria para desarrollar actitudes y habilidades que le capaciten para adaptarse a la nueva situación y realizar correctamente la técnica de la DPCA.

Material

- Historia clínica, historia de enfermería
- Material de recogida de datos, material didáctico y de apoyo,
- Protocolos de enfermería, hojas de seguimiento y control del paciente
- Material necesario para realizar la sesión de DPCA (ver programa educativo).

Preparación del paciente

1. Acomode al paciente y al familiar en un ambiente agradable, acogedor y tranquilo, a salvo de interrupciones o molestias que distraigan su atención. Preséntese con nombre y categoría profesional.
2. Elabore la recogida de datos, anotando y evaluando
3. Explique de forma clara y concisa, utilizando mensajes cortos y fácilmente comprensibles, cuál va a ser el contenido del programa educativo.
4. Planifique conjuntamente con los demás miembros del EMS las sesiones y el contenido y frecuencia de las mismas (ver anexo del programa educativo).
5. Evalúe tras cada sesión educativa la asimilación de conceptos por parte del paciente y del familiar.
6. Evite pasar a los temas siguientes hasta que no esté plenamente convencido del nivel de conocimientos percibido.
7. Inicie progresivamente al paciente y al familiar en actividades prácticas en las que pongan en evidencia los conocimientos que han adquirido.
8. Suministre elementos de apoyo que faciliten y refuercen la comprensión de la información recibida.
9. Identifique y resuelva las ansiedades o dudas.
10. Interroge al paciente y/o al familiar para verificar que han comprendido las explicaciones recibidas.

Consideraciones

- Consentimiento basado en una información exhaustiva.
- Confianza
- Planificación
- Evaluación continua
- Individualizar la enseñanza
- Entrenamiento en el domicilio del paciente
- Colaboración con EMS

Problemas que requieren cirugía renal

Nefrectomía radical

El cirujano urólogo extirpa el riñón y con frecuencia algunas estructuras adicionales como el uréter, glándula suprarrenal y ganglios linfáticos.

Nefrectomía radical

Denominada cirugía de preservación del riñón (conservadora de nefronas), el tejido extrae el tejido enfermo del riñón y preserva el tejido sano.

Complicaciones

- Sangrado
 - Infección
 - Lesión a órganos cercanos
- A largo plazo
- Hipertensión
 - Enfermedad renal crónica

Pruebas diagnosticas

- Tomografía computarizada (TM)
- Resonancia magnética (RM)
- Ecografía

Cuidados del riñón restante

Se recomienda una alimentación adecuada, hacer ejercicios diarios, tener cuidado con los medicamentos de venta libre y con receta.

- Causas
- Cáncer
 - Tumores

Plan de acciones o cuidados
acciones independientes

Cuidados de
enfermería
en pacientes
intervenidos
de cirugía
renal

- Valorar nivel de conciencia.
- Conectar y asegurar drenajes.
- Observar signos de sangramiento en herida quirúrgica.
- Toma de signos vitales: Pulsos periféricos c/2 hrs.,TA c/1 h.,Temp. c/1h.
- Observar signos de shock (desorientación, taquicardia, hipotensión, disminución de la diuresis).
- Medir diuresis horaria.
- Llevar balance Hidromineral.
- Reposo en cama con MI elevados en 15 grados.
- Observar signos y síntomas de embolismo: Pulmonar (dolor subesternal súbito, taquicardia, taquipnea, cianosis, hemoptisis, ansiedad) VIGILAR (dolor, edemas, color, hipotermia, ausencia de pulso, calambres, entumecimiento).

- Observar signos y síntomas de rechazo agudo de órgano (dolor, hipertensión, anuria).
- Mantener vías aéreas permeables.
- Evitar hipotermias (Garantizar frazadas).
- Mantener barandas subidas hasta su recuperación.
- Garantizar reposo evitando ruidos y luces innecesarias.
- Mantener confort, alineación corporal, cambios de posición.
- Psicoterapia de apoyo al paciente y familiares.
- Extremar medidas de asepsia y antisepsia.
- Mantener higiene corporal y ambiental.

- Determinar nivel de discomfort.
- Cambiar al paciente de posición c/2 h.
- Mantener buena alineación corporal.
- Evaluar pulsos (radial, pedal, tibial posterior, etc.) c/8 h.
- Examinar MI (edemas, várices).
- Evaluar color y temperatura de MI.
- Instruir al paciente para que reporte dolor, calambres, entumecimientos.

- Masajear y proteger prominencias óseas (sacro, caderas, codos, talones) prevenir escoriaciones.
 - Realizar ejercicios activos y pasivos (mejoran la circulación).
 - Proveer orientación (estimulación) sensorial: orientar en tiempo, lugar, fecha.
 - Evitar ruidos excesivos.
 - Proveer medidas de confort. Evitar actividades estimulantes durante el período de reposo.
-
- Mantener al paciente estimulado (alerta y despierto) durante el día.
 - Programar visitas de familiares o miembros del equipo de salud.
 - Organizar trabajo de enfermería (cuidados, cumplimiento) para minimizar la interrupción durante el período de sueño. Valorar factor causal de la dificultad.
 - Asistir al paciente en el baño y lavado de dientes, peinado.
 - Mantener privacidad del paciente.
 - Ayudar al paciente con la higiene oral antes y después de las comidas.
 - Determinar habilidad del paciente para realizar esta actividad.
 - Instar al paciente a utilizar extremidades afectadas tanto como sea posible.
 - Monitorear abdomen buscando distensión abdominal, ruidos hidroaéreos c/4hrs después de la cirugía. Preguntar expulsión de gases.
 - Movilizar al paciente tan pronto sea posible (deambular) promover peristaltismo.
 - Reiniciar dieta según tolerancia del paciente.
 - Proporcionar privacidad al paciente y una posición que posibilite la eliminación.
 - Monitorear temperatura c/ 3 h.
 - Aplicar medidas antitérmicas: - Baño terapéutico, - Compresas húmedas frías en nuca, región frontal y axilar. - Tomar muestras para hemocultivo.
 - Extremar medidas de asepsia y antisepsia durante procedimientos invasivos.

- Brindar dieta deseada por el paciente y con temperatura adecuada.
- Monitorear nivel de proteínas plasmáticas.
- Valorar ruidos.
- Brindar ambiente agradable.
- Explicar necesidad de ingesta equilibrada de nutrientes.
- Ayudar al paciente a identificar el peso deseado, tener en cuenta el peso ideal.
- Animar al paciente a llevar dieta baja en grasas y sal, alta en proteínas.
- Brindar raciones de tamaño moderado y de forma regular, evitar aperitivos.
- Pesar diariamente al paciente.
- Comunicar a pacientes y familiares la evolución del paciente, resultados de laboratorio, signos vitales, cambios en el estado del paciente.
- No brindar falsas expectativas.
- Evacuar dudas, explicar que el riñón puede experimentar varios episodios de rechazo agudo y mantener su función.
- Brindar psicoterapia de apoyo.
- Evaluar necesidades de aprendizaje del paciente y familiares.
- Proveer listado con medicamentos prescritos y su horario de administración.
- Enseñar medidas estrictas de control de infecciones a pacientes y familiares.
- Instruir a pacientes y familiares a consultar al médico al primer signo de rechazo.
- Demostrar al paciente cuidados de HQ.
- Explicar necesidad de AVP y sonda vesical.
- Monitorear signos de infección sistémica o infección local.
- Valorar signos de sangramiento interno o externo.
- Mantener cerrados todos los sistemas invasivos.
- Limitar contacto con personas ajenas.
- Promover deambulación precoz.
- Cultivar extremos distales de catéteres y secreciones de HQ y drenajes.
- Preparar piel antes de inserción de catéteres, drenajes y sondas.
- Realizar coagulograma previo a procedimientos invasivos (biopsia renal).
- Colocar al paciente en posición adecuada.
- Prevenir complicaciones.

Clasificación

- Altas o bajas
- Aguda o crónica
- No complicada o complicada
- Sintomática o asintomática
- Nueva o recurrente
- Comunitaria o nosocomial

Infecciones urinarias

ITU baja

Colonización bacteriana a nivel de la uretra y vejiga que se asocia los siguientes síntomas: urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Incluye a la cistitis o uretritis.

ITU alta

Colonización bacteriana a nivel uretral, y del parénquima renal con signos y síntomas sistémicos como escalofríos, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos. En este grupo se encuentra la pielonefritis.

ITU no complicada

Ocurre en pacientes con el tracto urinario normal, sin alteraciones funcionales o anatómicas, cuyos síntomas están confinados a la uretra y la vejiga.

ITU complicada

Ocurre debido a factores anatómicos, funcionales o farmacológicos que predisponen al paciente a una infección persistente o recurrente o al fracaso del tratamiento.

ITU o bacteriuria asintomática

Muchos pacientes pueden tener una bacteriuria significativa ($\geq 10^5$ UFC/mL de orina) sin presentar síntomas.

ITU recurrente

Más de tres episodios de ITU demostrados por cultivo en un periodo de un año.

ITU nosocomial

Aparición de infección urinaria a partir de las 48 h de la hospitalización de un paciente sin evidencia de infección asociada a algún procedimiento invasivo, en especial en un catéter urinario.

Etiología

Agentes responsables

- Escherichia coli (el más frecuente)
- Microorganismos como:
- Staphylococcus saprophyticus
- Proteus mirabilis
- Proteus vulgaris
- Klebsiella sp
- Streptococcus faecalis
- Pseudomonas aeruginosa .

Agentes responsables en embarazo

- Enterococcus sp
- Gardnerella vaginalis
- Ureaplasma urealyticum.

ITU complicada o nosocomial

- E. coli
- Klebsiella sp
- Citrobacter
- Pseudomonas aeruginosa
- Gérmenes grampositivos como Staphylococcus epidermidis metiliclorresistente y Enterococcus sp. está aumentada.

Agentes responsables en pacientes con sonda

- Cándida (hongos)
- En pacientes inmunodeprimidos pueden ser aislados Aspergillus o Criptococcus en orina.

Cuidados de enfermería en las infecciones urinarias

Enfermería clínica

- Realiza el manejo de muestras de orina, la muestra cada 12 o 24 h.
- Corrobora dosis y horarios de atobioticoterapia.
- Seleccionar de manera empírica hasta que se cuente con los resultados del urocultivo o antibiograma, antibiótico con alta eficacia sobre el agente sospechado, muy buena distribución corporal, alta concentración de las vías urinarias y con toxicidad baja.
- La elección del antibiótico, en diversas infecciones dependen de los niveles de concentración plasmática que alcanza el antibiótico para lograr una susceptibilidad antimicrobiana alta.
- En el caso de la ITU, lo importante es la concentración del antibiótico en el parénquima renal, en la capa más profunda de la pared de la vejiga y de la próstata.

Beta-lactámico

- El éxito teraeutico depende del tiempo en que la concentración del antimicrobiano permanece por encima de la concentración inhibitoria mínima (CIM).
- Cuando mayor es el tiempo que la concentración del antibiotico está por encima del CIM, mejor será el resultado terapéutico

Antimicrobianos

- Con actividad dependiente de los picos de concentración máxima sobre la CIM, como los aminoglicósidos y las quinolonas.
- El resultado adecuado de la terapia se basa en dosis que garanticen picos máximos de concentración antibiótica en relación al CIM con relativa independendencia al tiempo de concentración mantenido bajo la curva.

ITU no complicada

- Se usa trimetoprimsulfametoxazol, pero estudios demuestran que su susceptibilidad es baja.
- Por lo tanto, se refiere usar macrodantina, cefalosporinas de primera y segunda generaciones, amoxicilina/ácido clavulánico y, a veces, quinolonas.

Bacteriuria

- Se trata con antibióticos en los pacientes sometidos a cirugía o manipulación urológica y trasplante renal, con neutropenia o inmunodepresión, con anomalías urológicas no corregibles y episodios de infección urinaria sintomáticas o con bacteriuria persistente después de intervención urológica o después de retirar la sonda urinaria.

Pielonefritis no complicada

- Terapia oral conciederada solo a pacientes con síntomas leves a moderados, que no tiene condiciones mórbidas concomitantes y que pueden tolerar la vía oral.
- Debido a que la E. coli viene demostrando resistencia a la ampicilina, amoxicilina y a la cefalosporina.
- El tratamiento empírico debe de ser con fluoroquinolonas que es de elección porque son útiles tanto en la ITU complicada como en la no complicada; las más usadas son la ciprofloxacina y la norfloxacina.

Alteraciones urológicas que requieren cirugía urológica

Enfermedades frecuentes de la próstata

- Hiperplasia Benigna de Próstata (crecimiento benigno)
- Cáncer de próstata (crecimiento maligno)
- Prostatitis (infección) Ver apartado: Prostatitis Crónica / Dolor Pelviano Crónico

Prostatitis

- Inflamación de la próstata producida por una infección bacteriana
- Frecuente y afecta el 15 a 20% de los varones

Tipos

Prostatitis bacteriana aguda

Cursa con fiebre alta, intensas molestias miccionales, (muchas frecuencia, urgencia y escozor miccional) y a veces dificultad para orinar. Se diagnostica por la clínica del paciente y un cultivo de orina que nos indicará el germen responsable.

Prostatitis bacteriana crónica

Suele cursar con episodios repetidos de Infección Urinaria (frecuencia, urgencia y escozor miccional) y entre los episodios puede no tener ningún síntoma o presentar una clínica mantenida de Dolor Pelviano Crónico. Para su diagnóstico es necesario realizar cultivo de orina, de semen y de orina postmasturbación o masaje prostático.

Síndrome del dolor pelviano crónico

Existen 2 tipos:

- Síndrome de Dolor Pelviano Crónico Inflamatorio
- Síndrome de Dolor Pelviano Crónico No Inflamatorio

Prostatitis bacteriana crónica

Hiperplasia benigna de próstata

La glándula prostática tiende a crecer con la edad y a partir de los 40-45 años la próstata empieza a crecer, fundamentalmente en la zona transicional que rodea la uretra, y se le denomina (HBP). Este crecimiento es muy variable de unos hombres a otros.

Consecuencias

- Comprime la uretra
- Problemas para orinar

