



Nombre del alumno: José Caralampio Jiménez Gómez

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: Súper nota

Materia: Enfermería medico quirúrgica II

Grado: Sexto cuatrimestre de la licenciatura en enfermería

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de junio del 2021

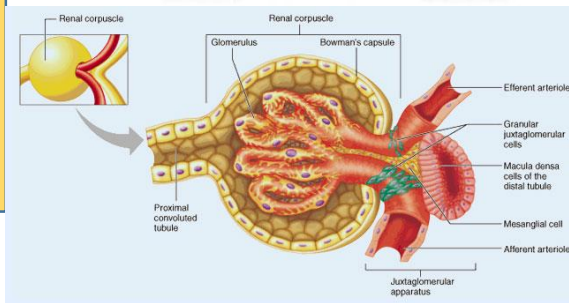
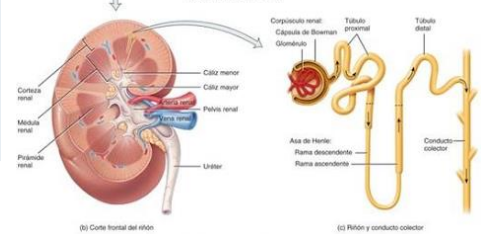
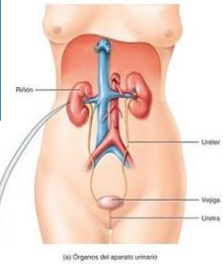
Cuidados a pacientes con problemas urológicos y renales



2.1. Fisiopatología del sistema renal

La unidad funcional básica del riñón es la nefrona. Cada nefrona consta de un glomérulo (penacho de capilares interpuestos entre dos arteriolas: aferente y eferente), rodeado de una cápsula de células epiteliales y, una serie de túbulos revestidos por una capa continua de células epiteliales. 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).

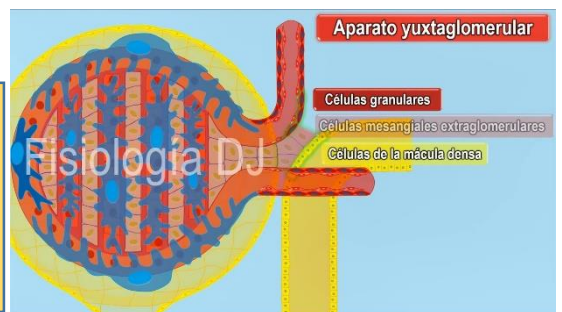
El paso inicial en la función excretora renal es la denominada filtración glomerular (la formación de un ultrafiltrado del plasma a través de la estructura nefronal básica: el glomérulo).



La integridad tanto estructural como funcional de la pared glomerular resulta esencial para el mantenimiento de la función renal normal. Su pérdida ocasiona patología, manifiesta como alteraciones cualitativas (proteinuria, hematuria...) y/o cuantitativas (descenso del filtrado glomerular) de dicha función.

Aparato yuxtaglomerular

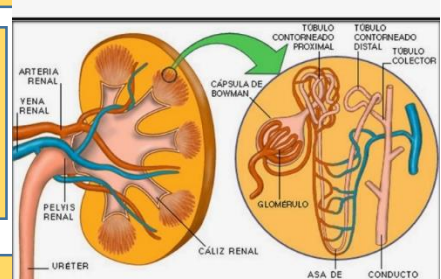
Formado por las células yuxtamedulares de la arteriola aferente y la mácula densa. El aporte de flujo sanguíneo a los riñones es de 1100-1200 ml/min (19-21% del volumen cardiaco: 4 veces mayor que al hígado o al músculo en ejercicio y, 8 veces el coronario).



La sangre entra en el riñón a través de las arterias renales y pasa a través de varias arteriolas (interlobar, arcuata, interlobular y aferente) antes de entrar en el glomérulo, después lo abandona por las arteriolas eferentes y entra en los capilares postglomerulares.

La circulación renal influye en la producción de orina de 3 formas distintas

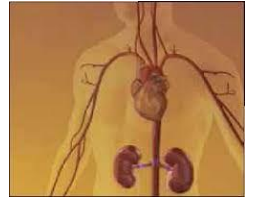
Determina la tasa de filtración glomerular (GFR), marcada por la hemodinámica intrarrenal (cociente entre presiones y resistencias, reguladas por el sistema simpático, el sistema ren-ang-ald y la autorregulación local). Principales zonas de resistencia: arteriolas aferentes, eferentes e interlobulares.



Regula la reabsorción y secreción proximales (los capilares peritubulares de la corteza devuelven el agua y los solutos reabsorbidos a la circulación sistémica).

2.2. Valoración y problemas generales a pacientes con alteraciones renales.

En los pacientes con trastornos renales, los signos y síntomas pueden ser no específicos o no manifestarse hasta que la enfermedad está avanzada. Las manifestaciones pueden ser locales, se producen por los efectos sistémicos de la disfunción del riñón o afectan la micción.



Anamnesis

La anamnesis tiene un papel limitado porque los síntomas son inespecíficos. La hematuria es relativamente específica de un trastorno urogenital, pero los pacientes que manifiestan que su orina tiene color rojo pueden tener en lugar de ella alguno de los siguientes síntomas: mioglobinuria, hemoglobinuria, porfirinuria, porfobilinuria, coloración de la orina inducida por los alimentos y coloración de la orina inducida por medicamentos.



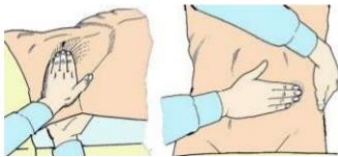
Examen físico

Los pacientes con enfermedad renal crónica moderada o grave suelen tener aspecto pálido, consumido o enfermo. La respiración profunda indica hiperventilación en respuesta a la acidosis metabólica con acidemia.



Examen de tórax

Los frotos pericárdico y pleurítico pueden ser signo de uremia.



Exploración abdominal

El hallazgo visual de abombamiento de la parte superior del abdomen es inusual e inespecífico de poliquistosis renal. También puede indicar una masa renal o abdominal o hidronefrosis. En ocasiones, es posible escuchar un soplo leve, lateral, en el epigastrio o en el flanco, en la estenosis de la arteria renal; la presencia de un componente diastólico incrementa la probabilidad de hipertensión renovascular.

Examen de la piel

Las enfermedades renales crónicas pueden causar cualquiera de los siguientes síntomas:

- Xerosis debido a la 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.



Examen neurológico

Los pacientes con insuficiencia renal aguda pueden presentarse adormilados, confundidos o desatentos; el lenguaje puede ser poco articulado. Al escribir o separar las manos con extensión máxima de las muñecas, puede observarse asterixis; después de varios segundos en esta posición, un temblor de la mano en dirección al flexor constituye asterixis.

Estudios complementarios

Los pasos iniciales en la evaluación de los trastornos renales son el análisis de orina y la determinación de la concentración de creatinina en suero. Otras pruebas en la orina o en la sangre y los estudios por la imagen (ecografía, TC, RM) se llevan a cabo en circunstancias específicas.



Análisis de orina

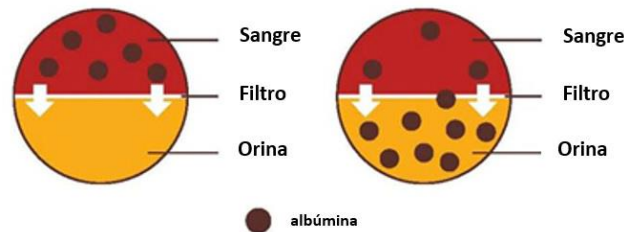
Un análisis completo de orina incluye lo siguiente:

Inspección del color, el aspecto y el olor. Determinación del pH, la densidad y la presencia de proteínas, glucosa, eritrocitos, nitritos y esterasa de los leucocitos mediante tiras reactivas.

Observación microscópica de cilindros, cristales y células (sedimento urinario).

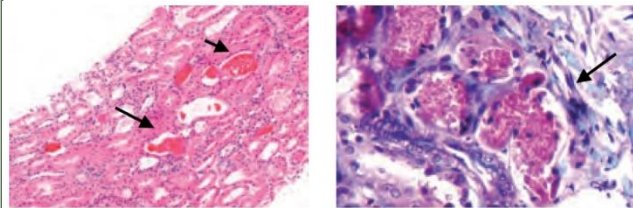
dentro un riñón saludable

En un riñón dañado



Análisis microscópico

La detección de elementos sólidos (células, cilindros, cristales) requiere de la observación microscópica, que de manera ideal debe realizarse inmediatamente después de la micción y de las determinaciones con tiras reactivas. La muestra se prepara mediante la centrifugación de 10 a 15 mL de orina a 1.500 a 2.500 rpm durante 5 minutos.



El sobrenadante se descarta; queda una pequeña cantidad de orina con el residuo en el fondo del tubo de centrifugación. El residuo puede resuspenderse agitando suavemente el tubo o golpeando el fondo. Se toma una sola gota con una pipeta, se la coloca en un portaobjetos y se la cubre con un cubreobjetos. En el análisis microscópico de rutina, es opcional la tinción. La muestra se examina bajo luz reducida con un objetivo de baja potencia y bajo luz intensa con un objetivo de potencia más alta; este último procedimiento se usa típicamente para las estimaciones semicuantitativas (p. ej., 10 a 15 leucocitos por campo). La luz polarizada se usa para identificar algunos cristales y lípidos de la orina. La microscopia de contraste de fases mejora la identificación de células y cilindros.

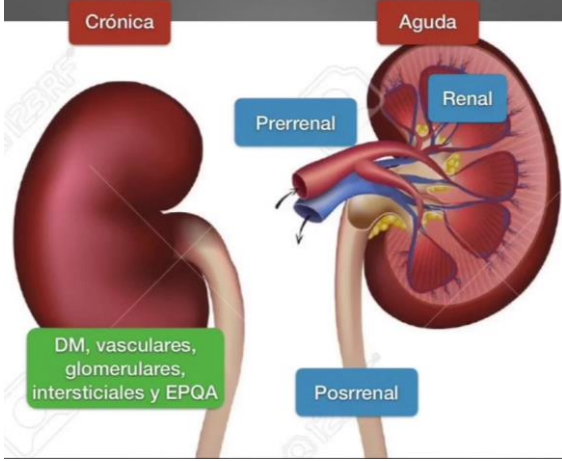
Análisis de sangre

Los análisis de sangre son útiles para evaluar los trastornos renales. Los valores de creatinina sérica $> 1,3 \text{ mg/dl}$ ($> 114 \text{ } \mu\text{mol/L}$) en varones y $> 1 \text{ mg/dl}$ ($> 90 \text{ } \mu\text{mol/L}$) en mujeres suelen ser anormales. La creatinina sérica depende de la generación de esta sustancia, así como de su excreción renal. Como la liberación de creatinina aumenta cuando la persona tiene mayor masa muscular, las personas con más masa muscular tienen concentraciones séricas mayores, y los ancianos y personas malnutridas pueden tener concentraciones menores.

La creatinina sérica puede aumentar también en los siguientes casos:

- 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).





2.3. Insuficiencia renal aguda y crónica

La insuficiencia renal es el daño transitorio o permanente de los riñones, que tiene como resultado la pérdida de la función normal del riñón. Hay dos tipos diferentes de insuficiencia renal: aguda y crónica.

La insuficiencia renal crónica progresa lentamente durante un período de al menos tres meses, y puede llevar a una insuficiencia renal permanente.

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.

La insuficiencia renal aguda comienza en forma repentina y es potencialmente reversible.

Disminución del flujo de sangre a los riñones por un tiempo. Esto puede ocurrir por la pérdida de sangre, una cirugía, o por shock.

Obstrucción u oclusión en el trayecto de las vías urinarias.

Síndrome urémico hemolítico. Generalmente causado por una infección por E. coli. La insuficiencia renal se desarrolla como resultado de la obstrucción de pequeñas estructuras funcionales y vasos que se encuentran en el interior del riñón.



Los síntomas de la insuficiencia renal aguda pueden incluir los siguientes:

- 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.

Los síntomas de la insuficiencia renal crónica pueden incluir los siguientes:

- 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.

¿Cómo se diagnostica la insuficiencia renal?

- Exámenes de sangre.
- Radiografía de tórax.
- Exámenes de orina.
- Gammagrafía ósea.
- Ultrasonido renal.
- Electrocardiograma (ECG o EKG).
- Biopsia renal.



2.4 cuidados de enfermería a pacientes con insuficiencia renal.

La enfermería tiene como objeto de cuidado al individuo como ser integral, contemplando los aspectos biopsicosociales y culturales, realizando diagnósticos y tratamientos de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de la salud, mediante el proceso de atención de enfermería.



El rol de enfermería profesional en la nefroprevención es implementar herramientas que le habiliten a trabajar en forma conjunta con el equipo multidisciplinario en los programas de Atención Primaria en Salud dirigidos a limitar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer ERC, el diagnóstico precoz y en el enlentecimiento de la progresión de la ERC mediante el abordaje individual, familiar y grupal.

Las herramientas son:

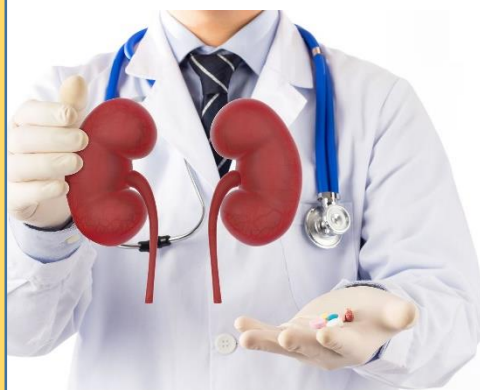
- 1- Consulta de enfermería.
- 2- Seguimiento del usuario / familia.
- 3- Interconsultas con otros integrantes del equipo de salud.
- 4- Conocimiento de los distintos efectores de salud, del área de cobertura del Centro de Salud, Policlínica, Hospital, etc.
- 5- Visitas Domiciliarias.
- 6- Registro en 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).



Para desarrollar la consulta de enfermería se debe contar con:

- 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.

Cuidados de enfermería en los factores de riesgo de la enfermedad crónica avanzada Los pacientes con filtrado $< 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ deben ser valorados en la búsqueda de anemia y su causa. La anemia incide indirectamente en el control del peso y la dislipemia, ya que afecta negativamente la tolerancia al ejercicio. La normalización de los niveles de Hb en la ERC se asocia a una mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud (Ver Tabla I). El tratamiento con hierro en pacientes con ERC puede hacerse por vía oral o IV, aunque la vía IV es más eficaz.



2.5. Cuidados de enfermería a pacientes con Diálisis peritoneal, hemodiálisis.

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 ejecución.

1. Acomode al paciente y al familiar en un ambiente agradable, acogedor y tranquilo, a salvo de interrupciones o molestias que distraigan su atención.
2. Elabore la recogida de datos, anotando y evaluando: – Las necesidades informativas. – El nivel socioeconómico. – El nivel de comprensión verbal y escrito. – Aptitud y actitud del paciente y del familiar para realizar DPCA.
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 generales

1. Consentimiento basado en una información exhaustiva. .
2. Confianza.
3. Planificación.
4. Evaluación continua.
5. Individualizar la enseñanza.
6. Entrenamiento en el domicilio del paciente.
7. Colaboración con EMS.



La Enfermería Nefrológica se dedica al cuidado de los pacientes con enfermedad renal. Aunque no está reconocida como especialidad demanda profesionales cada vez más especializados y capacitados, y exige, al igual que todos los ámbitos de la atención sanitaria, formación y actualización continua. En este artículo hablaremos brevemente de la Enfermería de Hemodiálisis.

2.6. Problemas que requieren cirugía renal.

La nefrectomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza para extirpar todo el riñón o parte de este.

Nefrectomía radical (total).

Durante una nefrectomía radical, el cirujano urólogo extirpa todo el riñón y con frecuencia algunas estructuras adicionales, como parte del tubo que conecta el riñón a la vejiga (uréter), u otras estructuras cercanas, como la glándula suprarrenal o los ganglios linfáticos.

Nefrectomía parcial.

En una nefrectomía parcial, también denominada cirugía de preservación del riñón (conservadora de nefronas), el cirujano extrae el tejido enfermo de un riñón y preserva el tejido sano.

En la mayoría de los casos, se hace una nefrectomía para tratar el cáncer de riñón o para extirpar un tumor no canceroso (benigno). En algunos casos, se hace una nefrectomía para tratar un riñón enfermo o gravemente dañado. En el caso de una nefrectomía de donante, el cirujano urólogo extirpa el riñón sano de un donante para trasplantarlo a una persona que lo necesita.

El cirujano urólogo puede realizar una nefrectomía mediante una sola incisión en el abdomen o el costado (nefrectomía abierta) o mediante una serie de pequeñas incisiones en el abdomen en las que se utilizan una cámara y pequeños instrumentos



La mayoría de las personas tienen dos riñones (órganos del tamaño del puño ubicados cerca de la parte posterior del abdomen superior). Los riñones:

- Filtran los desechos, líquidos en exceso y electrolitos de la sangre.
- Producen orina.
- Mantienen los niveles adecuados de minerales en el torrente sanguíneo.
- Producen hormonas que ayudan a regular la presión arterial e influyen en la cantidad de glóbulos rojos en circulación.

La decisión sobre cuánto tejido renal se debe extraer depende de lo siguiente:

- Si un tumor se limita al riñón.
- Si hay más de un tumor.
- La porción de riñón afectada.
- Si el cáncer afecta tejidos cercanos.
- La aptitud de las otras funciones renales.
- Si otras enfermedades afectan el funcionamiento de los riñones.
- El funcionamiento general de los riñones.

El cirujano urólogo toma una decisión según los resultados de las pruebas de diagnóstico por imágenes:

- Tomografía computarizada.
- Resonancia magnética.
- Ecografía.



Durante el procedimiento

El procedimiento de nefrectomía varía, dependiendo de cómo se realiza la cirugía y cuánto del riñón se extirpa:

- Cirugía laparoscópica
- Cirugía laparoscópica asistida por robot.
- Cirugía abierta.
- Nefrectomía radical..
- Nefrectomía parcial.

Después del procedimiento

El tiempo de recuperación después del procedimiento y la duración de la estancia hospitalaria dependen de tu salud general y del tipo de nefrectomía realizada. La sonda urinaria continúa allí por un breve período durante la recuperación.

2.7. Cuidados de enfermería a pacientes intervenidos de cirugía renal.



Recepción del paciente.

- Valorar nivel de conciencia.
- Conectar y asegurar drenajes.
- Observar signos de sangramiento en herida quirúrgica.
- Toma de signos vitales.
- Observar signos de shok.
- Llevar balance Hidromineral.
- Reposo en cama con MI elevados en 15 grados.
- Observar signos y síntomas de embolismo.

Plan de acciones o cuidados. Acciones independientes:

- 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.



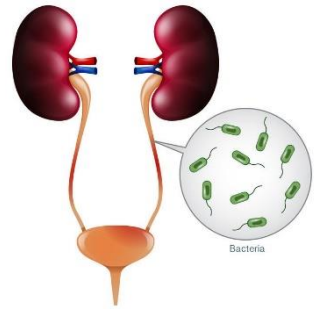
Plan de acciones o cuidados. Acciones independientes:

- 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.
- Pesarse 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.

2.8. Infecciones urinarias.



La infección del tracto urinario (ITU) es considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. El origen bacteriano de la ITU es el más frecuente (80%-90%); en este caso, la definición exacta exige no solo la presencia de gérmenes en las vías urinarias, sino también su cuantificación en al menos 105 unidades formadoras de colonias (UFC)/mL de orina.



Entre las infecciones más importantes del ser humano, la ITU constituye un importante problema de salud que afecta a millones de personas cada año. Es la segunda causa de infección más frecuente en los humanos, es solo superada por las infecciones del tracto respiratorio



Las ITU son clasificadas de diversas formas:

- ITU baja. Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Incluye a la cistitis y uretritis.
- ITU alta. Presencia de signos y síntomas de ITU baja, asociada a colonización bacteriana a nivel ureteral y del parénquima renal, con signos y síntomas sistémicos como, escalofríos, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos.
- ITU no complicada. La que ocurre en pacientes que tienen un tracto urinario normal, sin alteraciones funcionales o anatómicas.
- ITU complicada. Ocurre debido a factores anatómicos, funcionales o farmacológicos que predisponen al paciente a una infección persistente o recurrente o a fracaso del tratamiento.
- ITU o bacteriuria asintomática. Muchos pacientes pueden tener una bacteriuria significativa (≥ 105 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 horas de la hospitalización de un paciente sin evidencia de infección, asociada a algún procedimiento invasivo, en especial, colocación de un catéter urinario.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Bacteriuria sintomática de las vías urinarias es diagnosticada por cualquiera de los dos siguientes criterios:

- Presencia de uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), tenesmo, polaquiuria, disuria o dolor suprapúbico y cultivo de orina con ≥ 105 UFC/ml con no más de dos especies de organismos.
- Presencia de dos de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), tenesmo, polaquiuria, disuria o dolor suprapúbico.
- Bacteriuria asintomática de las vías urinarias.
- Paciente asintomático (ausencia de fiebre, tenesmo, polaquiuria, disuria y dolor suprapúbico), al que se le detecta una concentración bacteriana ≥ 105 UFC/mL con no más de una o dos especies de microorganismos.
- Infección de otras regiones del tracto urinario.

2.9. Cuidados de enfermería en las infecciones urinarias.

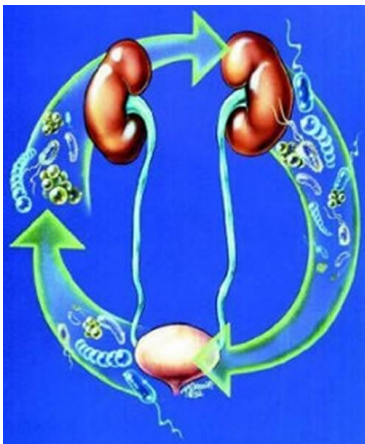
La enfermera clínica tiene como principal objetivo la realización de manejo de muestras de orina, además de pinzar y recolectar de la sonda Foley si esta es que está instalada, la muestra cada 12 o 24 horas, además de corroborar dosis y horarios de antibiotico terapia.



El tratamiento de la ITU depende de si es complicada o no complicada y siempre se debe tener en cuenta a los factores de riesgo.



La elección de un antibiótico, en diversa infecciones, depende de los niveles de concentración plasmática que alcanza el antibiótico para lograr una susceptibilidad antimicrobiana alta.



Cuando se elige un beta-lactámico, el éxito terapéutico depende del tiempo en que la concentración del antimicrobiano permanece por encima de la concentración inhibitoria mínima (CIM); por tanto, cuanto mayor es el tiempo que la concentración del antibiótico está por encima del CIM, mejor será el resultado terapéutico.



En la ITU no complicada, se ha usado de rutina trimetoprim sulfametoxazol, pero estudios recientes demuestran que su susceptibilidad es baja.

La bacteriuria asintomática debe ser tratada 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 sintomática; o con bacteriuria persistente después de intervención urológica o después de retirar la sonda urinaria.

En el caso de las pielonefritis no complicadas, la terapia oral debería ser considerada en los pacientes con síntomas leves a moderados, que no tienen condiciones mórbidas concomitantes y que pueden tolerar la vía oral.

2.10. Alteraciones urológicas que requieren cirugía urológica.



Las tres enfermedades que se desarrollan más frecuentemente a partir de la próstata son:

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



Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial para indicar el tratamiento apropiado. En hombres menores de 50 años el problema más frecuente es la prostatitis. En varones mayores de 50 años, la enfermedad más frecuente es la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP).

¿Qué es la prostatitis? Es una inflamación de la próstata producida habitualmente por una infección bacteriana. Es muy frecuente y afecta del 15% al 20% de los hombres en algún momento de su vida.

Podemos distinguir diferentes tipos de prostatitis:

- Prostatitis bacteriana aguda: cursa con fiebre alta, intensas molestias miccionales (mucho frecuencia, urgencia y escozor miccional) y a veces dificultad para orinar.
- 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.
- Síndrome de dolor pelviano crónico. Existen 2 tipos:
 - síndrome de dolor pelviano crónico inflamatorio.
 - Síndrome de dolor pelviano crónico no inflamatorio.



¿Qué es la 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 denomina la hiperplasia benigna de próstata (HBP). Este crecimiento es muy variable de unos hombres a otros.

¿Qué síntomas produce el cáncer de próstata?

El cáncer de próstata se desarrolla en la zona periférica de la próstata y habitualmente no produce síntomas o los produce muy tardíamente, cuando ya ha crecido considerablemente. Solo presentan síntomas clínicos uno de cada nueve varones con cáncer de próstata.

¿Es importante saber si el crecimiento prostático es benigno o maligno?

Es vital, importantísimo. Si existe un crecimiento maligno (cáncer) y se diagnostica en fase precoz (localizado) puede tratarse adecuadamente con excelentes resultados. Si el cáncer ya ha crecido fuera de la próstata (diseminado), puede controlarse pero no curarse.

Bibliografía:

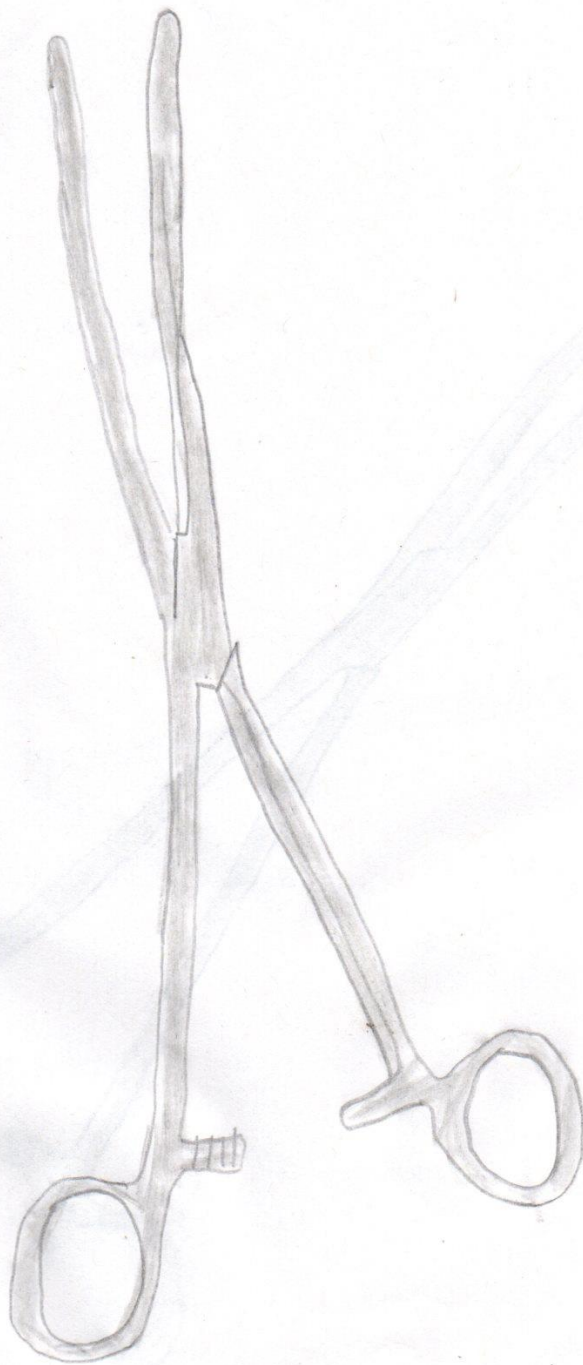
UDS.2021. Antología de enfermería medico quirúrgica II. Utilizado el 11 de junio del 2021.PDF

URL:

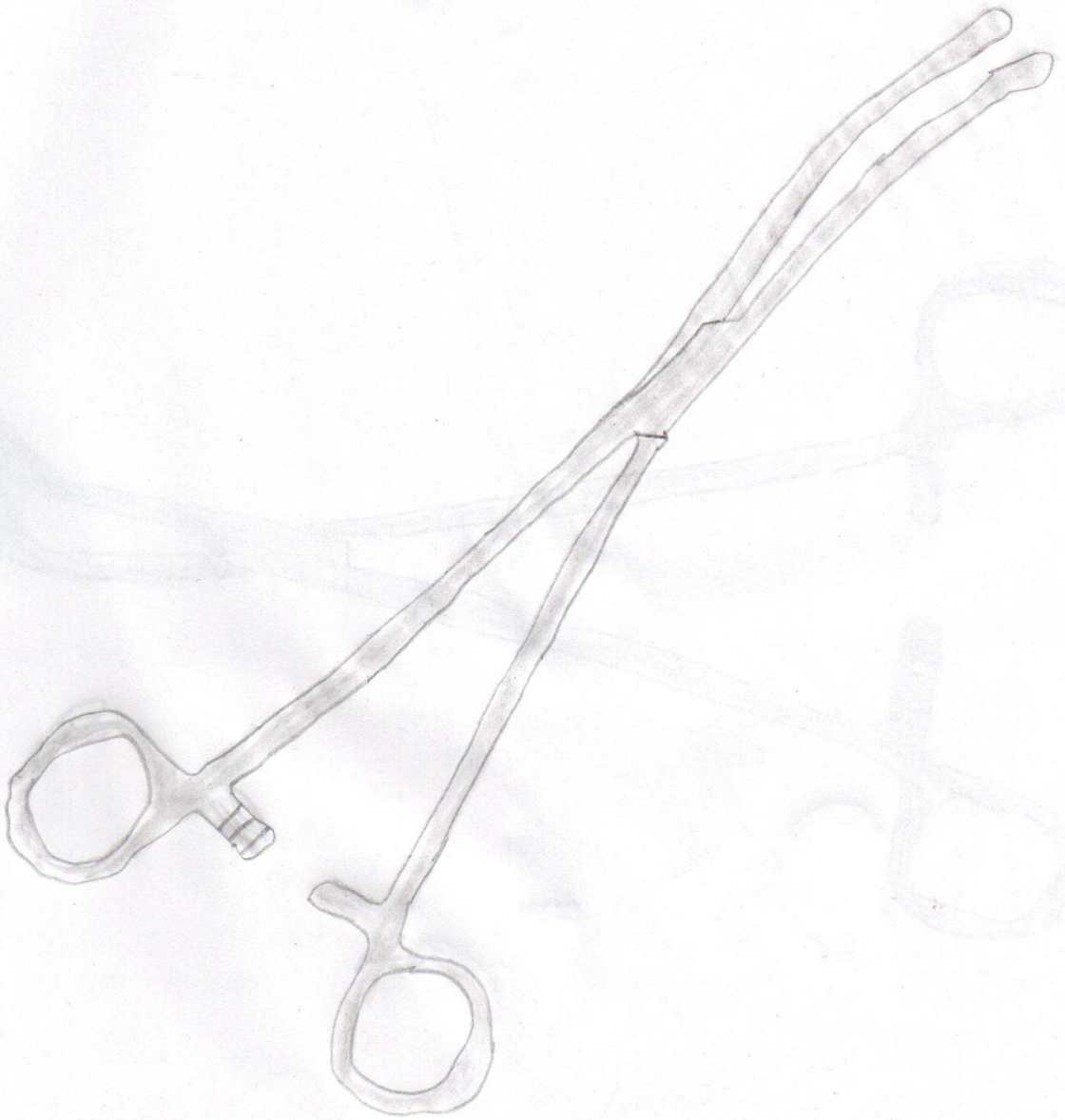
<file:///F:/6to%20cuatrimestre/enfermeria%20medico%20quirurgica%202/RECURSOS/ANTOLOGIA%20QUIRURGICA.pdf>

**PINZAS DE ESPECIALIDAD PARA
LAS CIRUGIAS RENALES**

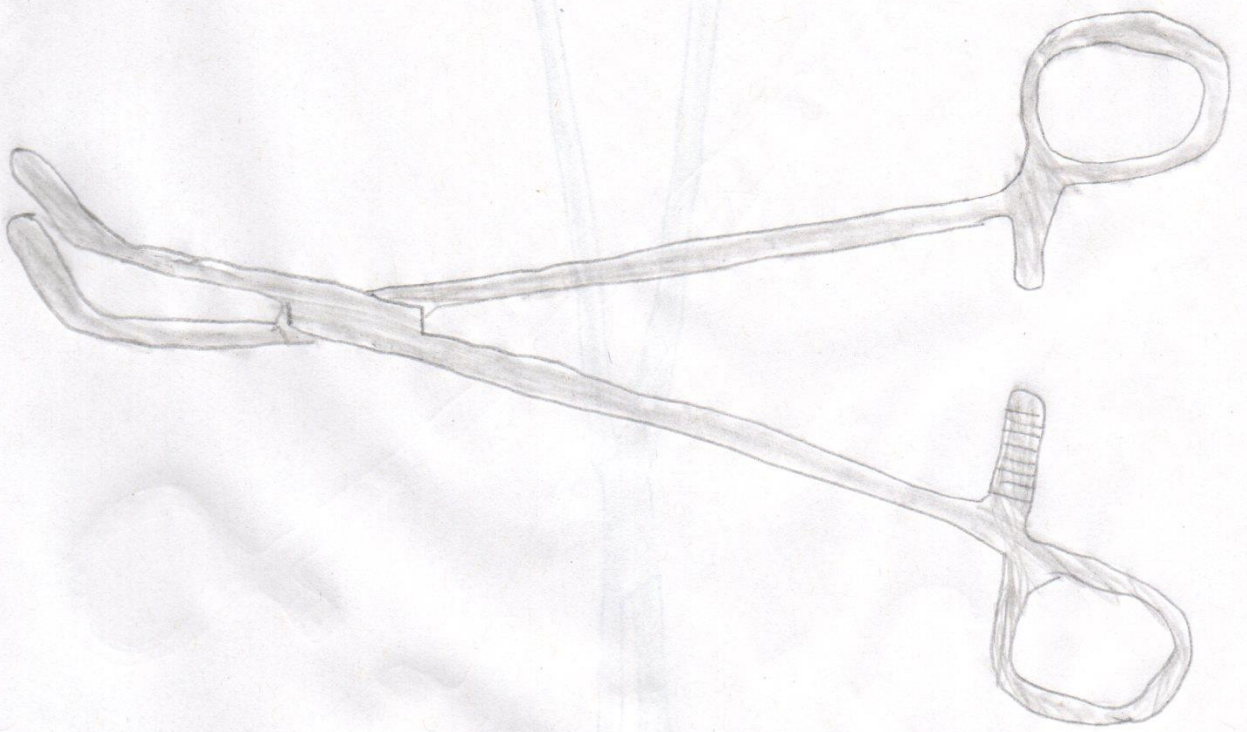
PINZAS RENALES
DE YOUNG



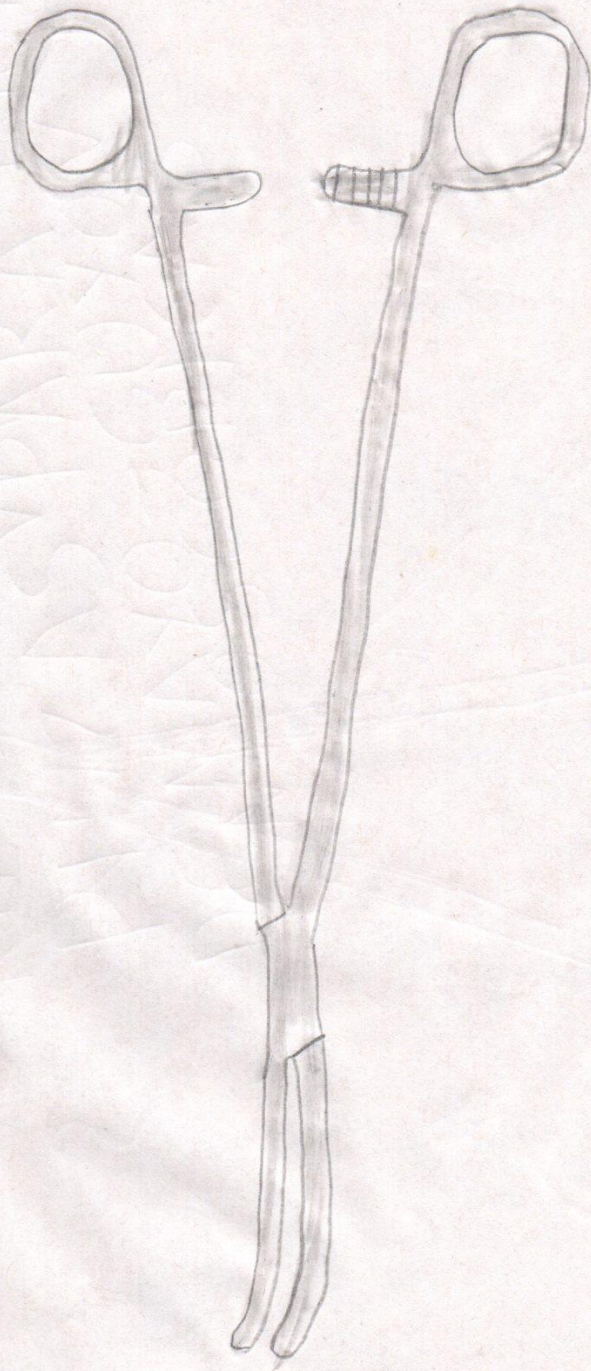
PINZAS HEMOSTATICAS DE HERRICK



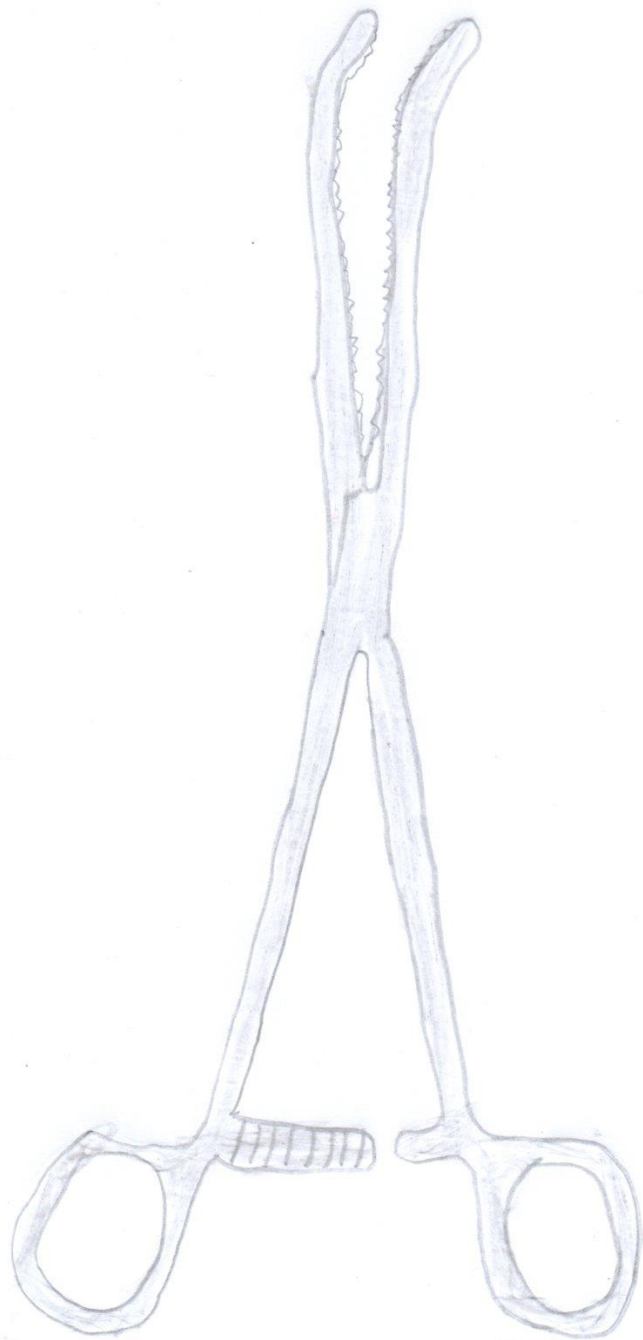
PINZAS DE WERTHEIM
CULLEN



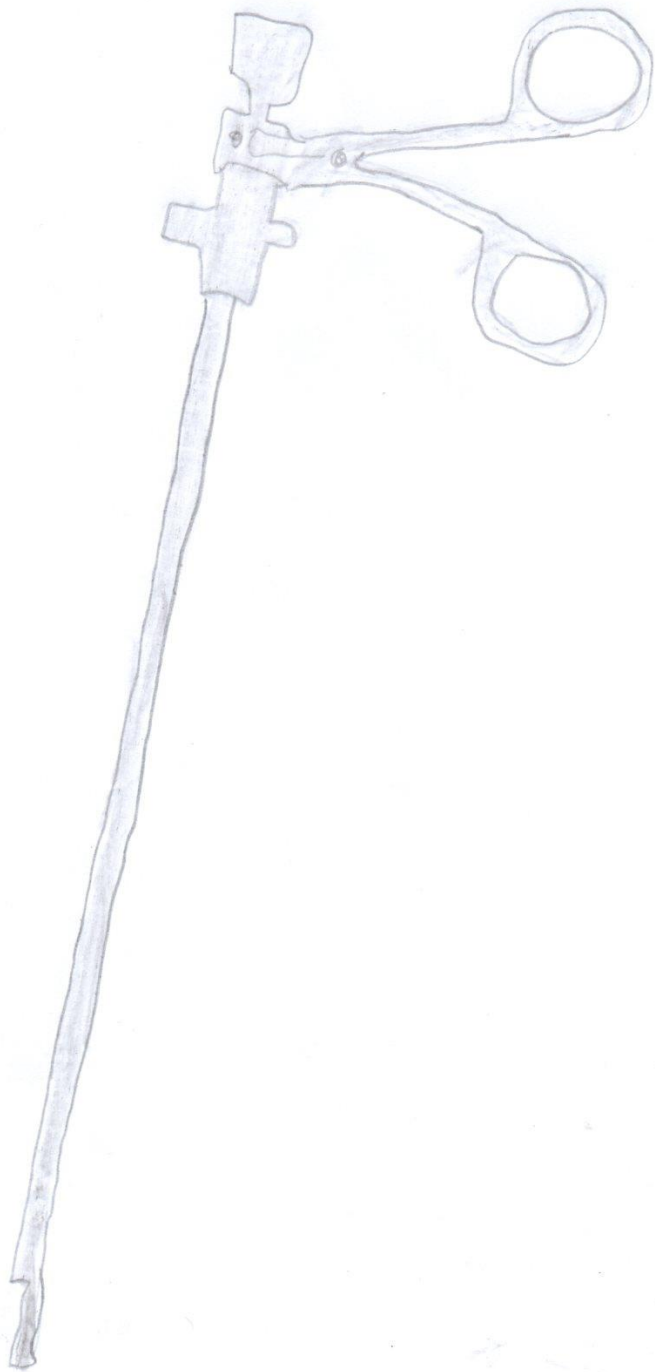
PINZAS DE WERTHEIM



PINZAS VASCULARES
DE MAYO-GUYON



PINZAS PARA BIOPSIA ENDOSCÓPICAS



PINZAS DE RANDALL
PARA CÁLCULOS RENALES

