

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

“Maniobras básicas en cirugía urológica”

Presenta: Mayra Mercedes Lopez Morales

MATERIA: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS

Semestre: 6°

Grupo: “B”

Docente: Dra. Kikey Lara Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas

25 junio del 2020.

ÍNDICE

Introducción.....	Pág. 3
Desarrollo.....	Pág. 4
Conclusión.....	Pág. 15
Fuentes de Información.....	Pág. 16

“MANIOBRAS BASICAS EN CIRUGIA UROLOGICA”

INTRODUCCION

El nacimiento de la Urología, como saber y que hacer individualizados científica y profesionalmente, tiene lugar en la segunda mitad del siglo XIX. Presiden esta individualización tres factores fundamentales: el cistoscopio, la litotricia y la necesidad asistencial de crear unidades monográficas en el amplio campo de la Cirugía General.

“El nombre de la Urología aparece por primera vez referido a un quehacer médico quirúrgico individualizado, en 1896, cuando se funda la Asociación Francesa, que ya se denomina de Urología. La Asociación Española se fundó en 1911, pero desde 1896, y oficialmente desde 1902, la asignatura de “Enfermedades de las vías urinarias” ha sido enseñada de manera independiente en la universidad española”. (Dr. Valdivia. J. 2012)

La Urología es una especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario y retroperitoneo, en ambos sexos, y del aparato genital masculino, sin límite de edad, motivadas por padecimientos congénitos traumáticos, sépticos, metabólicos, obstructivos y oncológicos. Como tal especialidad, la urología tiene su propedéutica, semiología, nosología y procedimientos específicos diagnósticos y terapéuticos, quirúrgicos, endoscópicos y por medios físicos. Para una proyección integral de la asistencia urológica, su contenido ha sido ordenado en capítulos específicos, cuyo enunciado es el siguiente: Andrología, urolitiasis, Endourología, Oncología, Urodinamia, Urología Pediátrica, Trasplante Renal y Urología General, que estudia el resto de las entidades nosológicas no incluidas en las anteriores áreas.

Al igual que el resto de las especialidades médicas, en el contexto del diagnóstico y tratamiento de las patologías, la urología utiliza estudios por imágenes como la radiografía, ecografía, tomografía computada, resonancia magnética y estudios de medicina nuclear, entre otros. Sus técnicas, metodologías e indicaciones deben ser leídas de forma apropiada en textos de diagnóstico por imágenes.

Toda la vía urinaria puede verse en forma directa. Para esto se utilizan equipos que deben poder atravesar los distintos diámetros de la misma; por eso, sus calibres se adaptan a los de la vía. Si lo observado es la uretra y vejiga, se necesitará de un uretrocistoscopio; si es el uréter, un ureteroscopio; y si es la vía excretora renal, un nefroscopio.

La cirugía urológica agrupa todas aquellas técnicas quirúrgicas que tratan el sistema genital y urinario del sexo masculino y el sistema urinario de la mujer, incluye cirugías como como, la extirpación de todo o parte del riñón por cáncer o enfermedades benignas, la extirpación de piedras renales muy grandes y complejas, la reconstrucción de estrecheces del uréter o de la unión pielouretral la cirugía oncológica y reconstructiva de la vejiga.

La cirugía prostática por enfermedades benignas o cáncer, el tratamiento de la incontinencia de orina, la extirpación de tumores malignos de testículos, la cirugía andrología (vasectomía, vasovasostomía, biopsia testicular, prótesis de pene) el tratamiento de las estrecheces de la uretra o el tratamiento de las malformaciones congénitas de los genitales o del sistema urinario.

SONDA VESICAL

El manejo de sondas en urología es un asunto de responsabilidad médica, estos tipos de procedimiento de ejecución muy frecuente presenta como único riesgo la aparición de infecciones si hay que realizarlo de forma repetida. La incidencia de infecciones ha hecho que se trate de evitarlo cuando sea posible; así, la recogida de muestras para cultivo ya no se hace por sondaje.

A pesar de este pequeño riesgo, sus indicaciones persisten especialmente para el control de aquellos enfermos que requieren una medida rigurosa del débito urinario. La técnica que presentamos está referida al sondaje en el hombre, ya que, en la mujer, con una uretra corta y sin obstáculos, no ofrece ninguna dificultad.

Hay que recordar siempre que el éxito de un procedimiento comienza cuando está bien indicado, las indicaciones para el paso de una sonda pueden ser diagnósticas o terapéuticas (*ilustración 1. Indicaciones para colocación de sonda*), en las indicaciones diagnósticas podrían ser por recolección de muestras confiables de orina, para cuantificación de orina, entre otros.

Dentro de las indicaciones terapéuticas está el drenaje vesical durante y después de una cirugía prolongada, molde para cirugías por estenosis de la uretra, derivación en pacientes con obstrucción urinaria baja (hiperplasia prostática, cáncer de próstata, coágulos, estenosis de uretra, entre otros), cateterismo intermitente limpio en pacientes con vejiga neurogenica principalmente arreflexica o con residuo postmiccional elevado, introducción de terapia intravesical, derivación percutánea de cualquiera de las cualidades del árbol urinario.

El uso de una sonda para cateterizar la vía urinaria representa uno de los procedimientos más comunes realizados en los hospitales principalmente en áreas críticas. Podemos definir al sondaje vesical como una técnica invasiva, donde se introduce una sonda a través del meato urinario hasta la vejiga, esta con el objetivo principal de evacuar la orina que contiene la vejiga. Sirve también para la medición de orina, para pruebas diagnósticas y/o terapéutico en intervenciones quirúrgicas, manejo de las hematurias asociadas a coágulos, recogida de muestras estériles.

Los tipos de sondas y el calibre se eligen de acuerdo con el propósito y por el paciente, la más utilizada en nuestro medio es la onda Foley, se utiliza para cuando se requiere una derivación permanente en el tracto urinario ya que tienen un mecanismo de autoretención por medio de un balón inflable en el extremo distal de la sonda generalmente están cubiertas con silicona para disminuir la reacción inflamatoria por cuerpo extraño; existen dos vías, una para drenaje y otra con la válvula para inflar el balón o de tres vías con un canal adicional para irrigación en caso de hematuria para evitar la obstrucción por coágulos.

La sonda nelaton es una sonda sin mecanismo de autorretención y no son para dejar a permanencia, se utilizan para cateterismo intermitente limpio, la medición del residuo postmiccional, la instalación de medios de contraste para estudios imaginológicos y la introducción de drogas intravesicales en pacientes con cáncer de vejiga.

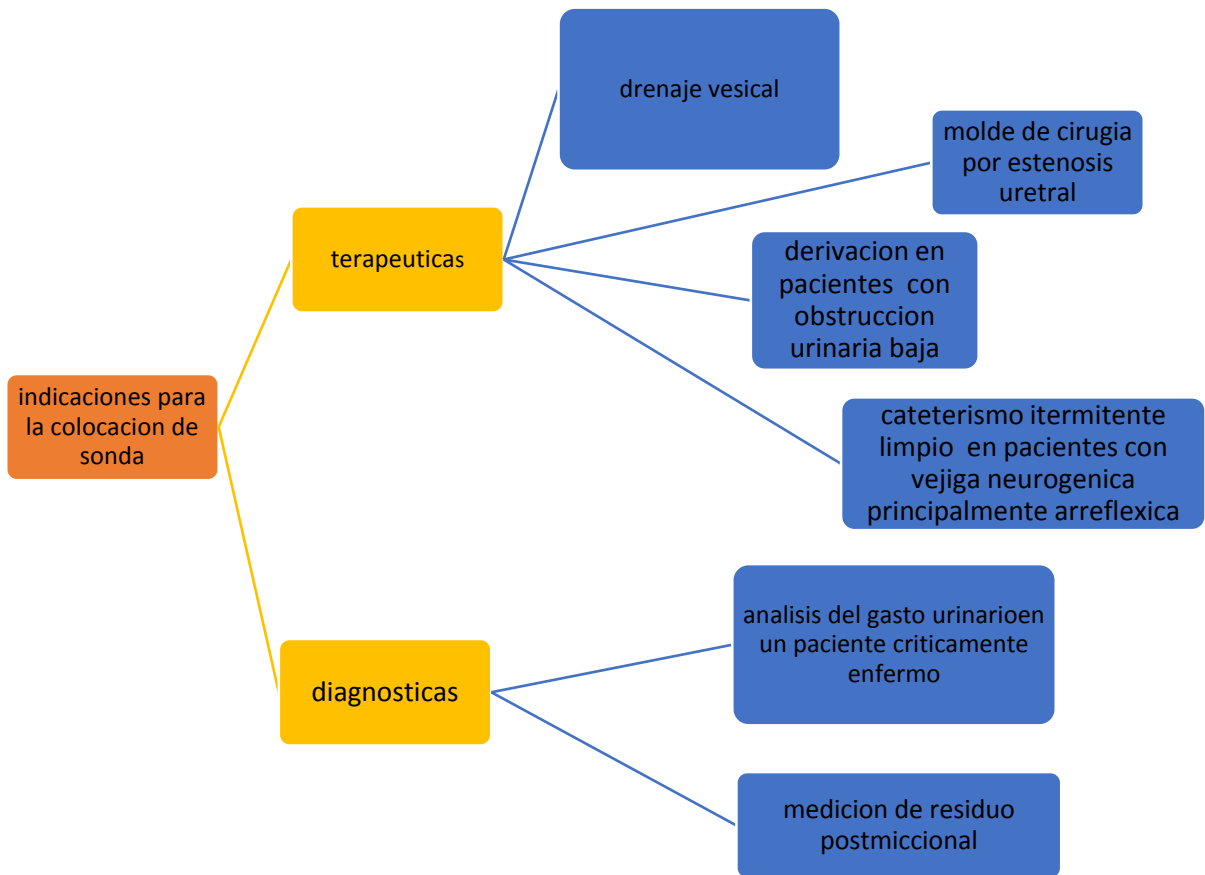


Ilustración 1 indicaciones para colocación de sonda; Fundamentos de cirugía urológica

Por otro lado, las sondas de tiemann son sondas con mayor rigidez y cuya punta es de tipo codo lo cual permite pasarlas más fácilmente en caso de obstrucción del tracto de la salida vesical (por ejemplo, lóbulo medio prostático o comisura vesical del cuello vesical elevada); pueden o no tener mecanismo de autorretención.

El calibre de la sonda lo determina su diámetro externo y se mide en french (Fr), un french equivale a 0.33 mm (30 Fr es igual a 1cm de diámetro externo). Tanto las sondas tiemann (en la punta) como las Foley, tienen un diámetro determinado por una carta de colores estandarizados internacionalmente: 24 azul, 22 violeta, 20 amarilla, 18 roja, 16 naranja, 14 verde y 12 blanca.

El calibre escogido depende de la indicación, en niños de 1 a 5 años se utiliza 5 Fr y luego de 5 años un número igual al de la edad; en niñas de 1 a 5 años, 5Fr y en las mayores de 5 años un número igual a la edad más cuatro. En adultos, las sondas son hasta un calibre máximo de 24 Fr.

Antes de pasar una sonda es fundamental conocer la anatomía del tracto urinario masculino y femenino. En la mujer se facilita el paso de la sonda por tener una uretra corta, recta, móvil y con menor posibilidad de daño rectal por a interposición de la vagina. La uretra masculina no es recta debido al ángulo penoescrotal y es de mayor longitud lo cual dificulta el procedimiento y se aumenta el riesgo de lesión rectal durante la manipulación por la mayor cercanía entre el recto y la uretra posterior.

Además del conocimiento anatómico es importante conocer los antecedentes personales que pueden favorecer una estenosis uretral y dificultar el paso de la sonda tales como la uretritis, el trauma de la uretra y la manipulación urológica previa(uso de sonda o cirugía endoscópica)

Las sondas vesicales podemos clasificarlas, según el tiempo de permanencia (*ilustración 2. clasificación de sondas vesical; Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca*), como se había comentado anteriormente, cada sonda tiene su función y su duración (permanente de larga duración, Sondaje permanente de corta duración o por sondaje intermitente), se clasifica también según su composición (*ilustración 3, composición de sondas*), el de látex es el de uso más frecuente, sin embargo, las sondas de látex pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex. Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona (siliconada). Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes con duración inferior a 15 días aproximadamente (sondajes hospitalarios, postoperatorios).

Existen también de material silicona, en donde los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener por tanto mejor tolerancia. Están indicadas en sondajes de duración superior a 15 días o en pacientes alérgicos al látex, el cloruro de polivinilo (PVC) también conocidas como sondas de Nélaton se usan en cateterismos intermitentes, para diagnóstico o terapéuticos, instilaciones y para medir residuos.

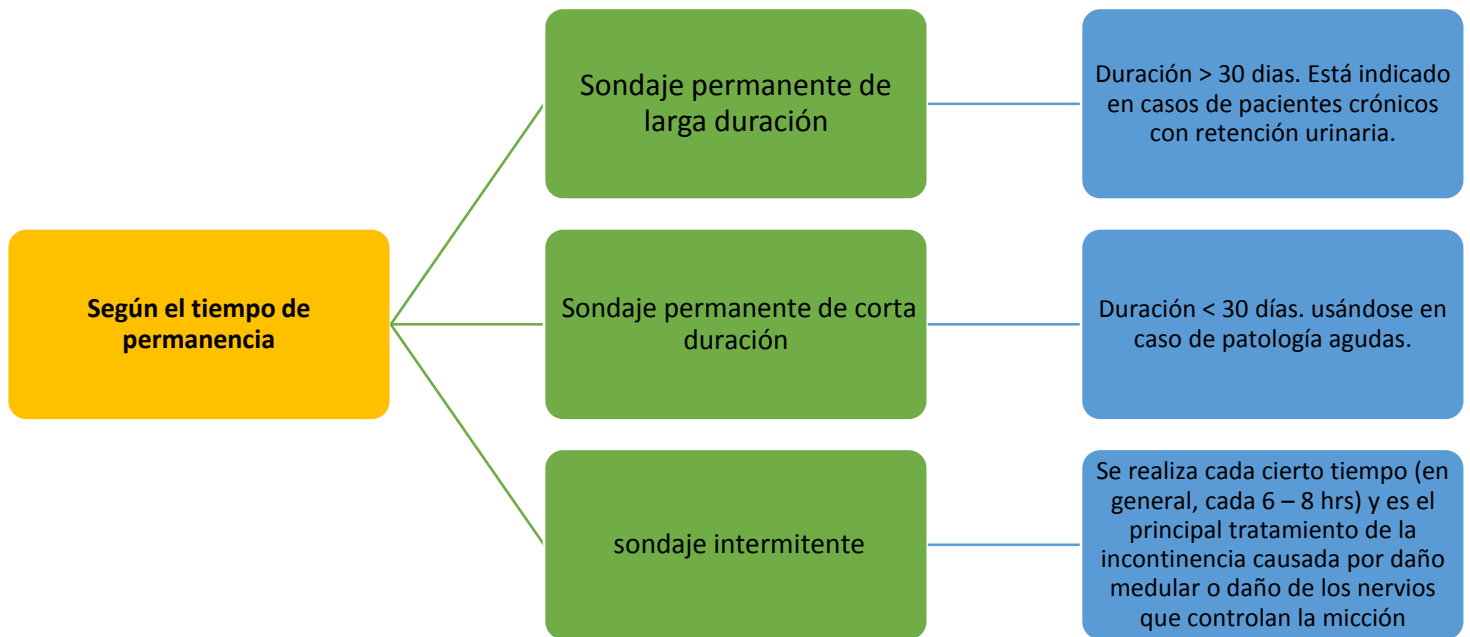


Ilustración 2 clasificación de sondas vesical; Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca

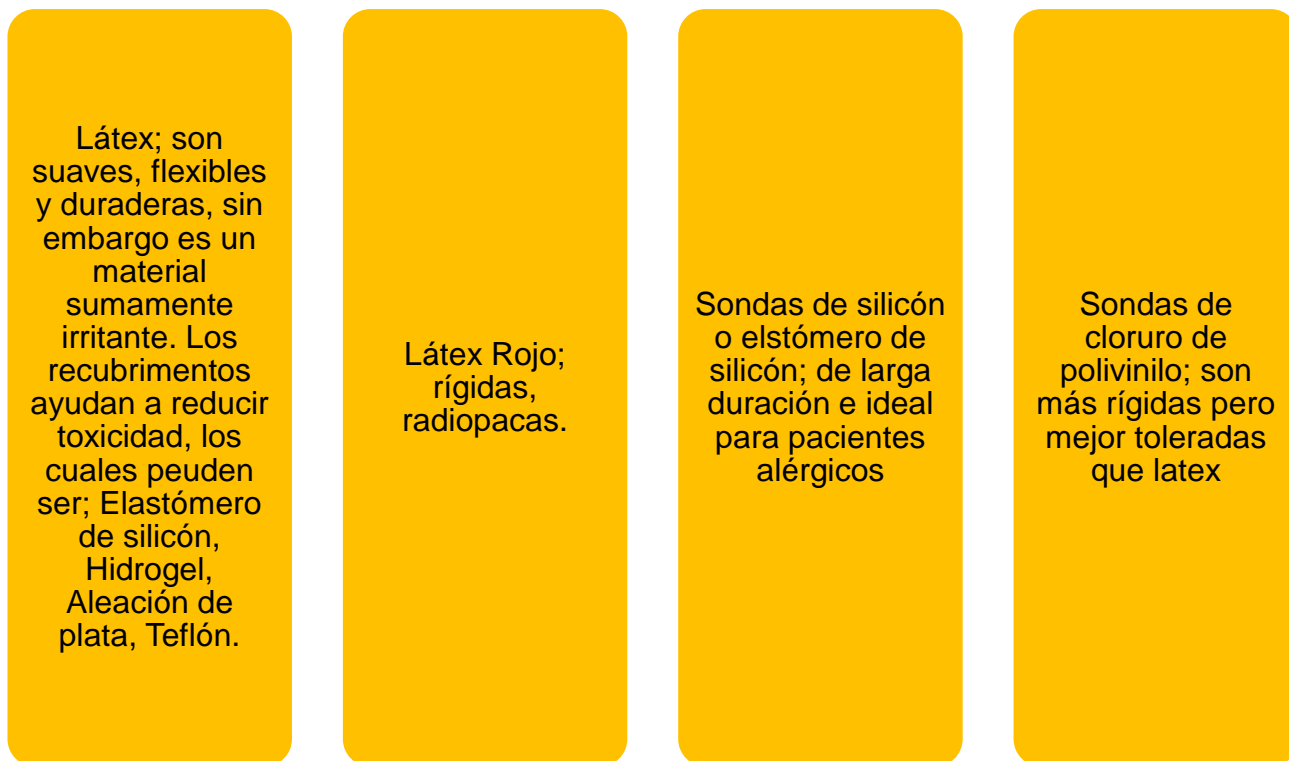


Ilustración 3 composición de sondas vesicales; Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca

Para realizar un buen procedimiento se debe tener el material necesario:

- Mesa auxiliar, carro o batea.
- Cuña.
- Guantes de un solo uso y estériles.
- Agua, jabón y gasas estériles.
- Solución de Clorhexidina al 0,02%.
- Paño estéril.
- Lubricante hidrosoluble urológico.
- Dos jeringas de 10 CC.
- Ampolla de agua destilada estéril para inflar el globo o balón de la sonda.
- Sonda vesical estéril. Tipo y número según necesidad.
- Bolsa colectora estéril de circuito cerrado.
- Colgador de bolsa de orina.

La técnica tiene que variar algunas acciones según el sexo en el que vamos a colocar la sonda, en hombres se hace asepsia adecuada, se tracciona el pene perpendicular al eje del cuerpo para rectificar el ángulo penoescrotal, se lubrica adecuadamente la sonda y el meato uretral con un tubo de anestésico local en gel, se le pide el paciente que se relaje para evitar contracción del esfínter, se pasa la sonda ejerciendo una presión constante y sostenida hasta la empuñadura, se verifica que este en la vejiga al obtener orina, que no

se devuelva al soltarla y que no se presente resistencia o dolor a la hora de inflar el balón; si no se obtiene orina, hay uretrorragia.

Si la sonda se devuelve o hay resistencia o dolor al inflar el balón la sonda probablemente esta inflada en la uretra y debe ser reubicada, se debe tener cuidado con los pacientes con alteración de la conciencia porque en ellos no existe sintomatología dolorosa y tienen mayor riesgo de iatrogenia por instrumentación.

Las dificultades para el paso de las sondas se pueden presentar por ansiedad del paciente y la contracción de la musculatura perianal lo cual mejora con la adecuada lubricación de la sonda y con la relajación del paciente para evitar el espasmo voluntario del esfínter externo. Si existe obstrucción por hiperplasia prostática es más útil recurrir a una sonda más gruesa para vencer más fácilmente los lóbulos prostáticos y en el caso de dificultad para pasar una sonda Foley se puede recurrir a una sonda de tiemann.

En la técnica para sexo femenino es más fácil que en hombres, también con una técnica adecuada de asepsia, la paciente se debe de tener en posición decúbito supino, las rodillas en flexión y los muslos en abducción, se traccionan lateralmente los labios mayores; si hay dificultad para encontrar el meato uretral por estar hipospadico se utiliza un especulo vaginal si se sospecha estenosis de la uretra por los antecedentes personales no se debe insistir en el paso de la sonda uretral por el riesgo de crear una falsa ruta, romper la uretra y lesionar estructuras cercanas principalmente en el recto.

Si no es posible hacer una derivación con sonda uretral se debe realizar una punción supra púbrica o preferiblemente una cistotomía percutánea con la ayuda de una sonda acanalada o con un sistema preestablecido como el cistofix. Se exige como condición indispensable que haya globo vesical.

La presencia de cicatriz supra púbrica es una contraindicación relativa para la cistotomía percutánea y en ese caso se requiere la técnica abierta; la falta de entrenamiento adecuado es una contraindicación absoluta. Existe riesgo de hematuria por vaciamiento rápido en pacientes con grandes globos vesicales y se le debe realizar vaciamiento fraccionado para evitarla.

La sonda Foley permanente uretral o por cistotomía requiere cambio cada 15 a 20 días para evitar la colonización por bacterias y la calcificación de la sonda; no existe evidencia científica que indique el uso rutinario de antibióticos en pacientes con sonda vesical permanente a menos que exista un riesgo específico de infección urinaria, por ejemplo, por calculo vesical.

La secreción perimeatal es normal en pacientes con sonda permanente debido a la reacción uretral por la presencia de un cuerpo extraño y no debe confundirse con infección. Siempre se requiere el uso de antibiótico después del paso traumático de una sonda vesical ya que el riesgo de una infección es mayor.

Para el retiro de la sonda se deben de tomar ciertas medidas precautorias, aunque no existen evidencias concluyentes sobre el beneficio de pinzar las sondas antes de la retirada definitiva de la misma, siempre que sea posible, retirar la sonda a medianoche en vez de por la mañana, ya que se asocia a un mayor volumen de orina en la primera micción, y en una recuperación más temprana de las pautas urinarias normales.

Lavado de manos según protocolo del hospital, se debe reparar todo el material y llevarlo al lado del paciente, informar al paciente, preservar su intimidad, bien en habitaciones o salas individuales, bien con el uso de biombos o cortinas separadoras, colocación del paciente; la mujer posición ginecológica y en el hombre: decúbito supino, con piernas separadas.

colocar un empapador o cubrecamas debajo de los glúteos de la/del paciente, colocarse guantes de un solo uso no estériles, proceder a la extracción del contenido del balón de la sonda con la jeringa. Asegurarse de extraer el volumen total del contenido del balón, para evitar traumatismos en uretra, algunas sondas no tienen globo y la fijación se realiza exclusivamente con esparadrapo; por tanto, en este procedimiento no se realizará ningún tipo de extracción del balón.

Retirar la sonda hacia fuera lentamente, realizar higiene de los genitales, ofrecer la posibilidad de orinar (en botella, cuña o WC) si precisa, todo el material fungible, una vez utilizado, se segregará en el depósito de residuos urbanos: paño estéril de un solo uso, guantes, sondas, jeringas, gasas, etc.

En caso de tratarse de residuos de patologías infecciosas definidas en el Programa de Gestión de Residuos, se depositarán en el contenedor de Residuos Peligrosos Sanitarios (bolsa roja-contenedor verde), la orina recogida, se verterá en los sitios destinados a tal fin, lavado de manos, según protocolo del hospital, tras la finalización de la técnica, si es posible, comprobar número de micciones, volumen y características de la orina tras la retirada de la sonda.

Para retirar la sonda vesical retenida debemos de hacer las siguientes acciones, si la sonda no sale después de desinflar el balón se debe cortar el puerto del balón distal a la válvula. Si no se desinfla el balón se pasa una guía de alambre a través del canal del balón para reventarlo en la vejiga.

Si esto falla se le puede reventar por medio de sustancias químicas utilizando éter, cloroformo, acetona o aceite mineral o por punción bajo visión ecográfica por vía transuretral, transrectal, transvaginal o percutánea transabdominal o perianal; si todas estas medidas son infructuosas el balón puede estar calcificado y el paciente debe ser llevado a cirugía para extraerle la sonda.

En cuanto a las contraindicaciones en general, las causas más frecuentes en las que está contraindicado el uso de cualquier tipo de sondaje vesical a través de la uretra se pueden agrupar en dos categorías principales; Alteraciones anatómicas del tracto urinario o la sospecha de rotura uretral. Dentro de las complicaciones también se encuentran la perforación uretral (falsa vía) o vesical, infección urinaria, retención urinaria por obstrucción de la sonda, hematuria ex vacuo, uretritis, incomodidad de la/del paciente.

DILATACION URETRAL

La dilatación de la uretra se utiliza previamente al paso de equipos endoscópicos para cirugía transuretral (prostatectomía, uretrotomía interna óptica, cistolitotomía) cuyo calibre 24-28 Fr normalmente excede el diámetro uretral. También está indicada en paciente con estenosis leve de uretra, en cuyo caso debe realizársela de manera gradual, no traumática y con la adecuada lubricación, idealmente sin causar uretrorragia que indica ruptura uretral y puede generar mayor estenosis secundaria a la cicatrización.

Antes de la dilatación se hace una asepsia adecuada y después de ella se administran antibióticos profilácticos; no se debe realizar en pacientes con infección urinaria activa por el riesgo de bacteriemia. La dilatación se puede realizar con sondas de tiemann, dilatadores filiformes, dilatadores rígidos curvos metálicos de Benique los cuales son más efectivos, pero tienen riesgo mayor de ruptura uretral con perforación y lesión de suturo cercana; viene una escala diferente a la francesa y el número indica un diámetro dos veces mayor (*imagen 1*).

Los dilatares filiformes vienen como sondas hembra que son muy delgadas y sondas machos que son gruesas graduadas en unidades francesas, lo que permite hacer una dilatación conducida pasando múltiples sondas hembra hasta lograr entrar a la vejiga a través del orificio estenótico después de lo cual se conectan las sondas machos para realizar la dilatación.

La estenosis de la uretra femenina es muy infrecuente y a pesar que la dilatación uretral se sobre utilizo para el manejo de la disfunción vesical y la infección urinaria recurrente sus indicaciones actuales son muy limitadas; se utilizan las bujías metálicas de Hegar o los dilatadores rectos.



Imagen 1. Dilator de Benique; Fundamentos de cirugía urológica

URETEROSCOPIA

Al igual que cistoscopio, el ureteroscopio puede ser rígido o flexible, permite un adecuado acceso al tracto urinario superior y tiene indicaciones diagnósticas y terapéuticas; el sistema de lentes diseñado por Hopkins ha permitido el desarrollo del ureteroscopio de bajo de diámetro que brinda una buena visualización y dispone de canales de trabajo por donde se pueden pasar pinzas para tomar biopsias, extracción de cuerpos extraños y cálculos; también es posible realizar la litotripsia intracorporea.

La ureteroscopia también está indicada para el diagnóstico y la toma de biopsia de tumores uroteliales del tracto urinario superior y en pacientes con hematuria macroscópica con eyaculación de sangre por el meato ureteral si una etiología clara en los estudios imagenológicos.

CISTOSTOMIA

Este procedimiento consiste en colocar un catéter en la vejiga, a través de la pared del abdomen, para drenar la orina directamente hacia el exterior, existen registros de su aplicación desde el antiguo Egipto y la antigua Grecia. La primera referencia detallada del procedimiento es atribuida a Celsus, en la que se describe un procedimiento de cistostomía para realizar una litotomía vesical por vía perineal y, asimismo, es el primero que hace mención de un instrumento en forma de gancho para auxiliarse en la extracción de litos. Debido a la falta de anestesia estos procedimientos debían ser rápidos y de pocos minutos.

La cistostomía es una técnica consistente en derivar la orina por una vía suprapúbica. Se realiza de dos maneras: a través de una punción suprapúbica, que coloca un catéter en la vejiga y drena su contenido, o mediante una incisión quirúrgica suprapúbica y la sutura de la pared vesical a la piel. Está indicada en la patología obstructiva del tramo común inferior, con patología uretral importante. (*clínica universidad de Navarra*)

Este tipo de procedimiento quirúrgico ha quedado con un uso ocasional dentro de otro tipo de operaciones. Cuando no es posible o no se desea invadir la uretra, es preferible colocar una sonda intravesical por punción suprapúbica. Para ello sólo se requiere de anestesia local, la presencia de globo vesical importante y un trócar de punción universal. A través de este trócar se puede introducir una sonda nelaton, con múltiples orificios, la que luego se fija a la piel

Dentro de las condiciones generales para la realización de este procedimiento es que; la vejiga este llena, que no exista distorsión anatómica por cirugía previa, el o la paciente no debe de tener infección y no se debe utilizar en pacientes con carcinoma vesical. Es muy importante tomar en cuenta las indicaciones (*tabla 1*).

Indicaciones
Retención aguda de orina
Vejiga neurogénica
Incontinencia persistente
Reflujo vesicoureteral
Lesión uretral de forma temporal

Tabla 1. indicaciones para cistostomía; sociedad chilena de urología

Técnica

1. Confirmar por palpación que la vejiga está distendida.
2. Tricotomía, preparar y cubrir con campos la zona suprapúbica.
3. Utilizar guantes y preparar el campo operatorio.

4. Infiltrar anestesia local. En la línea media, 4 cm por encima del pubis y luego hacia abajo, penetrando hasta la pared anterior de la vejiga.
5. Incisión cutánea. Herida punzante de 2 mm con la punta del bisturí número 11
6. Introducir el trócar en la vejiga. Después de adherir a la pared el disco de fijación, cuyo orificio central debe coincidir con la pequeña incisión cutánea, se procede a: Conectar el pabellón del trócar calibre 14 a la jeringa de 50 cc. Introducir el trócar a través de la incisión, con una inclinación caudal de 60°. Atravesar la aponeurosis y penetrar en la vejiga distendida, empujando breve y firmemente. Aspirar orina para comprobar que la punta del trócar ha penetrado en la vejiga.
7. Cateterizar la vejiga. Desconectar la jeringa del pabellón del trócar. Introducir el catéter a través del trócar hacia la vejiga. Sacar el trócar de la vejiga, manteniendo el catéter en posición. Conectar al pabellón del catéter el equipo para lavado y conexión. Nota: Según los modelos utilizados, el catéter puede conectarse directamente al sistema colector o mediante un equipo intermedio que permite lavarlo.
8. Volver a comprobar la posición del catéter mediante aspiración.
9. suturar el catéter a la piel.
10. conectar el catéter al sistema colector de orina.
11. colocar apósito estéril. Aplicar solución de povidona yodada a la piel. Cubrir con gasa estéril.

CATÉTER DOBLE J

La introducción del catéter ureteral en 1967 revolucionó la manera de manejar las obstrucciones del tracto urinario, convirtiéndose en uno de los accesorios más utilizados dentro de la Urología. Las indicaciones actuales para su uso incluyen prevención y tratamiento de obstrucción ureteral secundaria a causas intrínsecas, extrínsecas o iatrogénicas como urolitiasis, estenosis y malignidad.

El catéter doble jota es una sonda flexible de diámetro muy pequeño, generalmente de silicona, que recibe su nombre debido a la curvatura que presentan sus extremos. Normalmente se coloca mediante una técnica endoscópica a través de la uretra, aunque puede realizarse a través de otros procedimientos. Dicho catéter queda colocado a lo largo del uréter de tal manera que uno de sus extremos se sitúa en el riñón y el otro en la vejiga. La función del catéter es asegurar el paso de orina de una manera adecuada desde el riñón a la vejiga.

Los catéteres ureterales modernos se encuentran diseñados con una forma de doble cola de cochino (doble J) y están compuestos de polímeros sintéticos (poliuretano/ polietileno). El material ideal para la composición de un catéter ureteral es biocompatible, radioopaco, resistente a incrustación, previene infección, causa poco discomfort, es asequible a un costo razonable y mejora la obstrucción del tracto urinario.

La mayoría de los catéteres ureterales basados en polímeros tienen un tiempo promedio de estancia intracorpórea de 3 a 6 meses, los avances actuales en los catéteres se encuentran enfocados a prevenir síntomas o complicaciones asociadas a la colocación de los mismos como infección, migración, disuria y calcificación.

Características Físicoquímicas

Consistencia: Blanda, intermedia, dura	Calibre: 5-8 Fr.	Forma: Redondeada, rectangular	Longitud: 22-32 cm.	Composición: Silicona, Poliuretano, Silitek, Hidrogeles
--	---------------------	--------------------------------------	------------------------	---

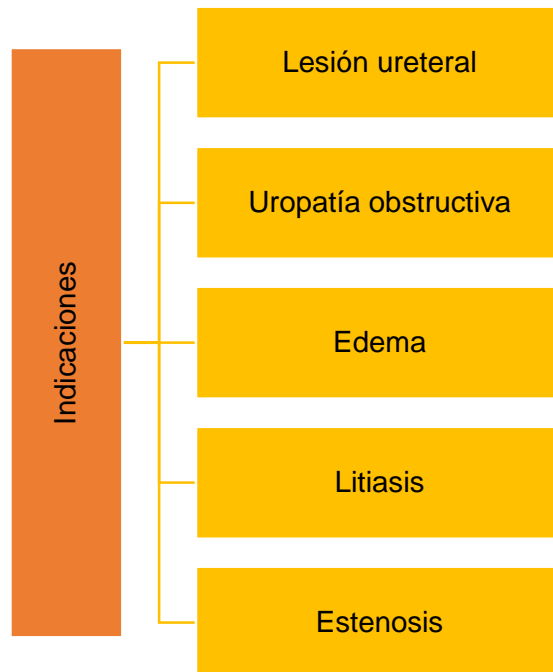


Ilustración 4 indicaciones catéter doble j

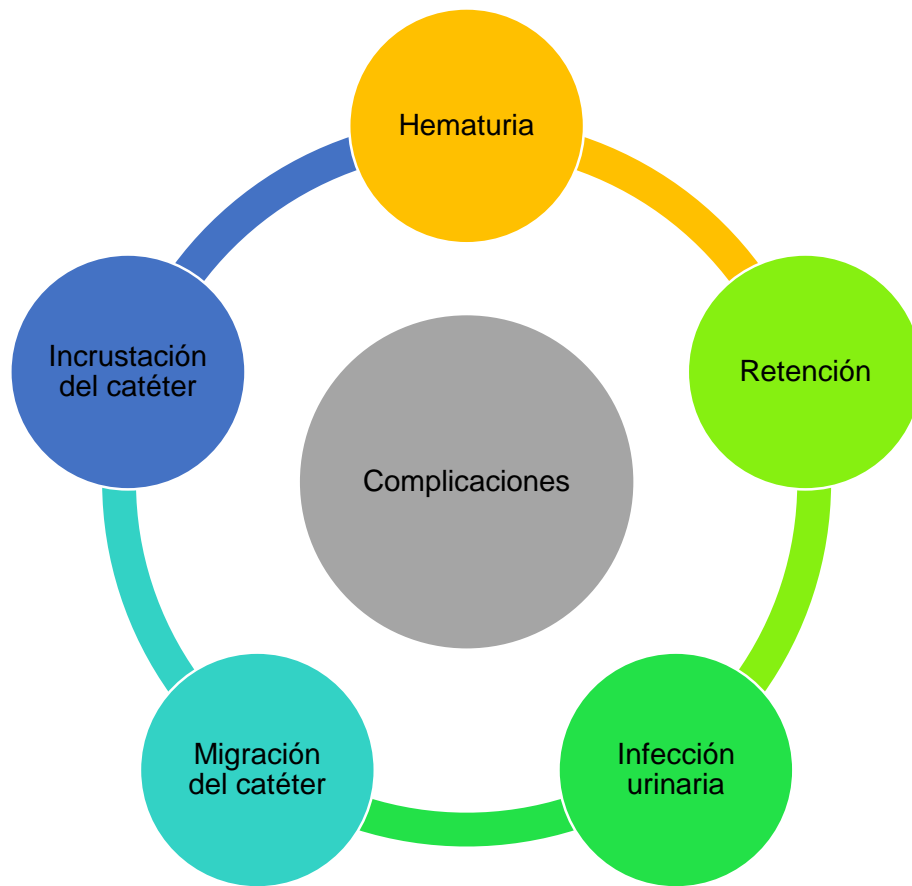


Ilustración 5 complicaciones de técnica doble j

CONCLUSION

Es importante para el estudio médico conocer a la perfección el manejo de una sonda de derivación urinaria. Se considera como una función del médico ordenar el paso de la sonda, pasarla en caso de fallarle la enfermera y manejar las complicaciones relacionadas con el procedimiento. El manejo de las sondas en urología es un asunto de responsabilidad médica y no una función exclusiva de enfermería. Durante la práctica el médico debe estar en capacidad de resolver interrogantes con relación a los tipos de sonda disponibles en el mercado. Sus calibres, el tiempo que se debe dejar, cuando se debe de cambiar y qué hacer si la sonda no pasa o si no es posible retirarla.

El equipo multidisciplinario es importante ya que como todos sabemos en nuestro medio laboral las actividades que se realizan conllevan a muchas ramas de la salud, tanto como trabajo social, psicología, enfermería y sobre todos médicos, es importante recalcar que la actividad médica debe ser de calidad ya que la mayoría de las responsabilidades se le atribuye a él.

Las consultas en urgencias por motivos urológicos son relativamente frecuentes en el paciente oncológico en general, no siendo exclusiva su incidencia en pacientes afectados de neoplasias del aparato urogenital. A menudo pueden ser tratadas por el médico de urgencias o por el oncólogo. Sólo requerirán atención por parte del urólogo aquellos casos que precisen de la realización de maniobras quirúrgicas específicas.

Las principales enfermedades urológicas son los tumores (benignos y cancerosos) y los traumatismos de cada uno de los órganos antes señalados, la infección urinaria, la litiasis (formación de cálculos o piedras), las estenosis (estrecheces de los conductos urinarios), las malformaciones renales y de la vía urinaria (ausencia de riñón, ectopia renal, poliquistosis, síndrome de la unión pieloureteral, megauréter, ureterocele, válvulas de uretra, hipospadias-epispadias, criptorquidia, estados intersexuales), la incontinencia de orina y otras alteraciones de la micción, los problemas de la próstata (cáncer, hiperplasia y prostatitis).

Dentro de todas las complicaciones hay una que más resalta y es la hematuria eso quiere decir que la hemorragia, en general, no tiene mucha importancia, y se produce por laceración de vaso submucoso o por descompresión demasiado rápida de una vejiga crónicamente distendida. Por ello debemos descomprimir gradualmente la vejiga clínicamente distendida.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Hinostroza, J. (2001). Manual de Semiología Urológica. TEMUCO. Recuperado de: <file:///C:/Users/ANA%20LAURA/Desktop/Reporte%20UROLOG%C3%8DA/Manual%20de%20semiolog%C3%ADa.pdf>

Uribe, J., Flórez, F. (2006). Fundamentos de Cirugía. Corporación para investigaciones biológicas. Recuperado de: https://drive.google.com/drive/folders/1wxtS29TzIP1NCPIZE7Abx7_Zv-UAjLiO

Torres, J., Espinosa A., (2008). Cistostomía Suprapúbica. Revista Mexicana de Urología. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur083f.pdf>

Grillo, C. (2015). Urología. Universidad FASTA. Recuperado de: <file:///C:/Users/ANA%20LAURA/Desktop/Reporte%20UROLOG%C3%8DA/Manual%20extra.pdf>