



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Presentan

José Lenin Quiñones López

6to semestre, grupo "B"

Docente:

Dra. Kikey Lara Martinez

Materia:

TECNICA QUIRURGICA

Comitán de Domínguez, Chiapas, 25/06/ 2020

Índice

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
DESARROLLO	4
DEFINICIÓN DE UROLOGÍA	4
ANATOMÍA	4
SONDAJE VESICAL.....	5
Clasificación de las sondas vesicales	5
CARACTERÍSTICAS Y TIPOS DE SONDAS.....	6
Indicaciones.....	7
Contraindicaciones.....	8
TECNICA DE SONDAJE	8
Complicaciones	9
CATETER DOBLE J	9
Definición.....	9
Indicaciones.....	10
Contraindicaciones.....	10
TECNICA QUIRURGICA.....	11
Complicaciones	11
CISTOSTOMIA.....	12
Definición.....	12
Indicaciones.....	12
Contraindicaciones.....	13
Equipo necesario.....	13
TECNICA QUIRURGICA.....	13
Complicaciones	14
CONCLUSIÓN	15
BIBLIOGRAFÍA	16

MANIOBRAS BASICAS EN CIRUGÍA UROLÓGICA

INTRODUCCIÓN

La urología surgió a la segunda mitad del siglo XIX. Pero no fue después que 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 urinaria, ha sido enseñada de manera independiente en la Universidad española. *(Dr. D. José Gabriel Valdivia Uría UROLOGÍA)*

El desarrollo de la Urología durante el siglo XX ha sido extraordinario. Del citoscopio explorador se ha pasado inmediatamente al endoscopio como elemento de trabajo quirúrgico, especialmente en la patología de los tumores vesicales y de próstata. Posteriormente, las técnicas endoscópicas se han aplicado a nivel renal y ureteral, y el equipamiento urológico ha servido para el desarrollo de la cirugía laparoscópica, que hoy día se practica también en otras patologías urológicas.

El advenimiento de la urografía intravenosa facilitó el reconocimiento de numerosas patologías renales y vesicales hasta entonces sólo sospechadas. La carga asistencial urológica creció de manera desmesurada y progresa en la actualidad con las nuevas aplicaciones de técnicas de imagen más modernas, y en especial de la ecografía. La alta incidencia de la patología prostática constituye otro motivo por el que la demanda asistencial urológica ha alcanzado límites inesperados por las administraciones sanitarias. *(Dr. D. José Gabriel Valdivia Uría UROLOGÍA)*

A finales de siglo, la urología, como especialidad médico-quirúrgica, se reafirma en el panorama asistencial como una de las especialidades de mayor contenido. Su compromiso asistencial se extiende en la actualidad española desde el trasplante renal hasta la patología genital de la infancia, pasando por todos aquellos compromisos específicos, que se mencionan de manera particularizada en este programa.

En el siguiente reporte en investigación hablaremos del tema de urología con énfasis en técnica quirúrgica abarcando la sonda vesical cuales son los tipos, su clasificación, indicaciones y contraindicaciones así como las complicaciones que estas pueden traer, abarcaremos el tema de catéteres de doble J así como también sobre la cistotomía, emplearemos los puntos mas relevantes como su definición, indicaciones, complicaciones, contraindicaciones y sobre todo sobre la técnica quirúrgica de cada una de estos métodos. Dentro de estos también iniciaremos con anatomía ya que para realizar dichos procedimientos es necesario conocer la estructura anatómica del aparato urinario.

DESARROLLO

DEFINICIÓN DE UROLOGÍA:

La Urología es la rama de la ciencia médica que se ocupa de los órganos urinarios de ambos sexos y del aparato genital masculino. Las enfermedades del aparato reproductor de la mujer pertenecen al campo de la ginecología. En las últimas décadas, las suprarrenales se han incluido en la esfera de la urología, por razones embriológicas y clínicas. (origen embriológico común de la corteza suprarrenal y aparato urogenital, las hormonas suprarrenales obran principalmente sobre el desarrollo y funcionamiento de gónadas y genitales y con frecuencia presentan enfermedades asociadas) (*Dr. Juan Alberto Hinojosa F.; 2001*).

Prácticamente podemos definir la urología como 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, sin límite de edad, motivadas por padecimientos congénitos traumáticos, sépticos, metabólicos, obstructivos y oncológicos.

ANATOMÍA

Las estructuras anatómicas que pertenecen al campo de la cirugía genitourinaria incluyen riñones, glándulas suprarrenales, uréteres, vejiga, próstata, vesículas seminales, uretra, conducto deferente y testículos. Son estructuras ubicadas principalmente en la región extraperitoneal, pero la cirugía urológica con frecuencia utiliza accesos intraperitoneales al riñón, vejiga y ganglios linfáticos retroperitoneales. Además, los urólogos deben estar familiarizados con las técnicas de cirugía intestinal para los fines de derivación urinaria y cirugías de incremento vesical.

Riñón y glándula suprarrenal: Los riñones son estructuras pares ubicadas en el espacio retroperitoneal que están recubiertas por una capa fibroadiposa, conocida como fascia de Gerota. Las arterias renales, en la configuración típica, son vasos únicos que se extienden de la aorta y que se ramifican en varias arterias segmentarias antes de entrar al seno renal. La arteria renal derecha pasa por detrás de la vena cava y es significativamente más larga que la arteria renal izquierda. El sistema colector de los riñones está compuesto por varios cálices mayores y menores que se fusionan en la pelvis renal, la cual puede encontrarse en posición intrarrenal o extrarrenal.

Las glándulas suprarrenales se encuentran en dirección superointerna con respecto a los riñones y están contenidas en la fascia de Gerota. Existe una fascia de Gerota entre el riñón y la glándula suprarrenal. Sin embargo, en presencia de tumor o proceso inflamatorio la glándula suprarrenal puede adherirse al riñón y la separación podría ser difícil.

Uréter: Los uréteres son estructuras musculares que siguen un trayecto anterior al músculo psoas desde la pelvis renal a la vejiga. La irrigación de la porción proximal del uréter proviene de la aorta y la arteria renal y se origina principalmente del borde interno. Sin embargo, una vez que cruza los vasos ilíacos al nivel del borde pélvico, cerca del sitio donde se bifurcan estos vasos, su irrigación proviene de ramas externas de las arterias ilíacas. Los uréteres siguen un trayecto a lo largo de la pared pélvica y pasan por debajo de las arterias uterinas en las mujeres, por lo que son vulnerables a las lesiones durante la histerectomía.

Vejiga y próstata: La vejiga se ubica en el espacio retropúbico en posición extraperitoneal. Una parte de la porción superior de la vejiga se encuentra adyacente al peritoneo, de forma que las

perforaciones en este sitio pueden ocasionar fuga intraperitoneal de orina. El colon sigmoidees se ubica en dirección superoexterna y puede adherirse o formar una fístula con la vejiga como consecuencia de una diverticulitis. El recto se ubica en sentido posterior con respecto a la vejiga en varones, en tanto que la vagina y el útero se encuentran en dirección posterior en mujeres.

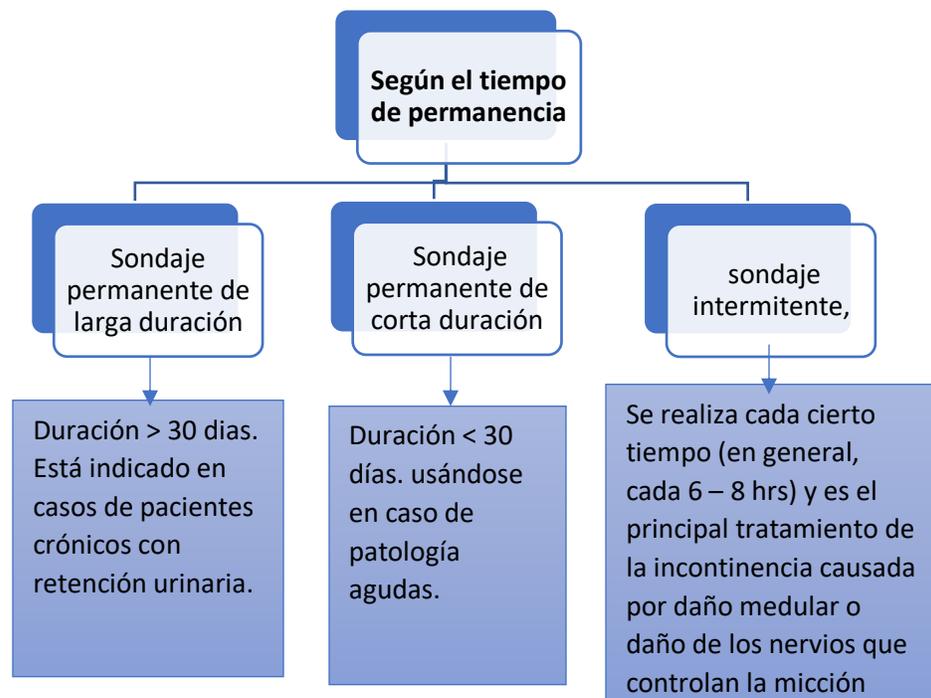
Pene está compuesto de tres cuerpos principales, junto con fascias, estructuras neurovasculares y piel. Los cuerpos cavernosos son estructuras pares, cilíndricas y son los principales cuerpos eréctiles del pene. Los cuerpos cavernosos consisten en una capa externa resistente denominada túnica albugínea y en un tejido sinusoidal esponjoso, que al llenarse de sangre da origen a la erección. Los dos cuerpos cavernosos tienen numerosas interconexiones vasculares, de forma que funcionan como un compartimiento. En la porción inferior del pene se encuentra el cuerpo esponjoso, el cual rodea a la uretra. El cuerpo esponjoso no tiene las mismas capas que los cuerpos cavernosos, por lo que no muestra la misma firmeza durante la erección.

Escroto y testículos: El escroto es una estructura amplia que contiene los testículos y epidídimos. Por su posición en declive puede desarrollarse edema significativo cuando el paciente sufre sobrecarga de líquidos y la hemorragia puede dar origen a acumulación de grandes hematomas. Por debajo de la piel, de superficial a profundo se encuentran el dartos, la fascia espermática externa, fascia cremastérica y fascia espermática interna. Estas capas no siempre pueden diferenciarse.

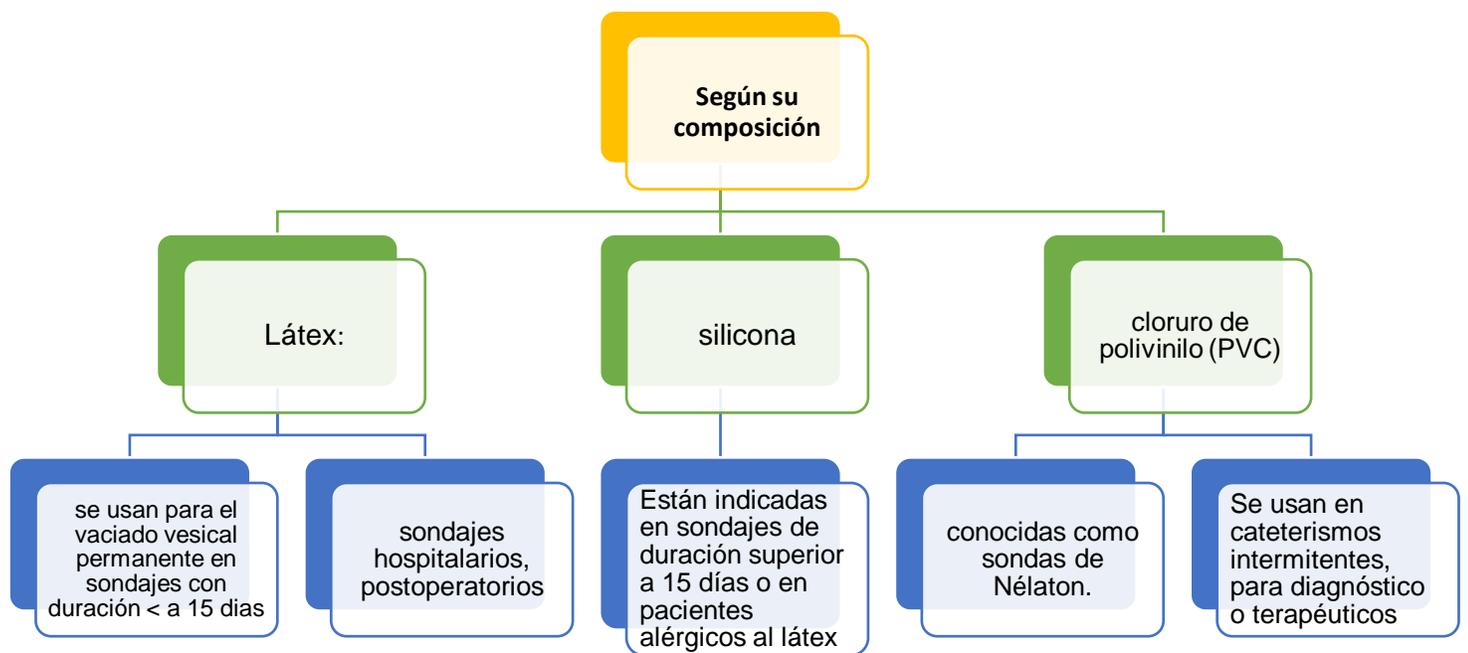
SONDAJE VESICAL

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.

Clasificación de las sondas vesicales:



Esquema 1: clasificación de sondas vesical; Protocolo de sondaie vesical. Biblioteca



Esquema 2: clasificación de sondas vesical; Protocolo de sondaie vesical. Biblioteca Lascasas, 2010

Según el calibre	
Mujeres	Varones
•CH 14 y 16	•CH 16-18-20-22

tabla 1: clasificación de sondas vesical; Protocolo de sondaie vesical. Biblioteca Lascasas, 2010

Según sus indicaciones	
FOLEY	NELATON
<ul style="list-style-type: none"> •Las de 2 vías para pacientes en general, vaciado vesical Y sondajes permanentes sin sospecha de patología urinaria. Las de 3 vías se usan en caso de hematuria. 	<ul style="list-style-type: none"> •Para vaciar la vejiga y/o recogida de muestras.

tabla 2: clasificación de sondas vesical; Protocolo de sondaie vesical. Biblioteca Lascasas, 2010

CARACTERÍSTICAS Y TIPOS DE SONDAS

Las sondas difieren en tamaño, forma, tipo de material, número de luz y mecanismo de retención. El calibre (grosor) se consigna según la escala francesa de Charrière (unidades de 0.33 mm = 1 francés [Fr]; por lo tanto, 3 Fr = 1 mm de diámetro, y 30 Fr = 10 mm de diámetro). El diámetro del catéter o sonda seleccionado depende del paciente ya que en ella influye la edad y sexo además también influye el propósito de la intervención.

Sonda Foley: esta es una de las sondas más utilizada para la cateterización prolongada. Es un tubo flexible que permanece en la vejiga por medio de un balón inflado con agua estéril ubicado en su extremo, lo que impide que se deslice hacia afuera; el catéter puede ser insertado a través de la uretra o de una incisión en la pared abdominal baja (cateterización suprapúbica o talla suprapúbica).

El catéter de Foley más común tiene dos canales interiores: uno para drenar la orina y otro para inflar el balón de suspensión. Hay muchas variantes en su diseño: con tres canales, para instilar fluidos, para irrigar la vejiga, etc. Este tipo de sonda se encuentra disponible en los tamaños de 8 a 30 Fr, y la capacidad del balón oscila entre 5 y 30 cc; el balón más pequeño se emplea para

retención, mientras que el más grande se usa para hemostasia posoperatoria. La longitud del catéter se estandarizó en tres medidas: para hombres, para mujeres y pediátricos. La longitud mínima de un catéter para hombre es de 38 cm, y para mujer de 22 cm. (figura1) (Dr. José Jorge Talamas Márquez; habilidades básicas II)

La sonda Nelaton: Es un catéter flexible, de uso a corto plazo para el drenaje de orina de la vejiga. A diferencia de la sonda de Foley, no tiene balón en su extremo y, por tanto, no puede permanecer insertado en la vejiga. La sonda de Nelaton se caracteriza por ser de látex de 35 - 40 cm de longitud y con un calibre que varía de 4 a 18 Fr. Presenta un orificio proximal en forma de cono, único, sin tapón y otro orificio apical y lateral presentando distalmente. (Dr. José Jorge Talamas Márquez; habilidades básicas II). Este tipo de sondas es un buen sustituto para aquellos pacientes que sufren de reacciones alérgicas a las sondas Foley (figura 2).

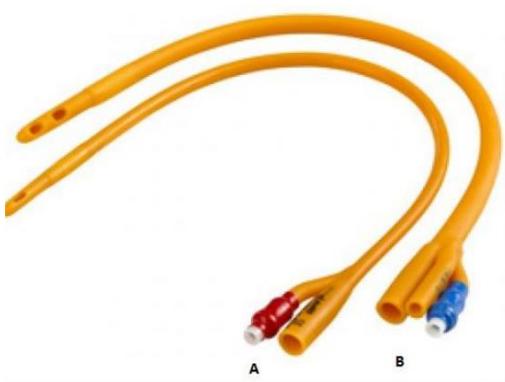


Figura 1: A) sonda Foley 2 vías. B) sonde de 3 vías
"HABILIDADES BÁSICAS II"

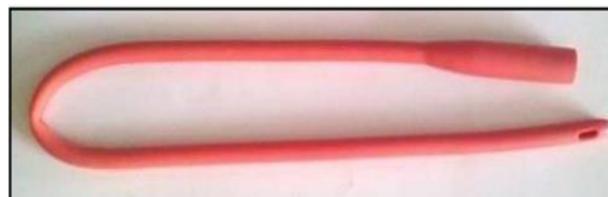


Figura 2: sonda Nelaton
"HABILIDADES BÁSICAS II"

Indicaciones:

Existen muchas indicaciones en el caso de implementar una sonda, pero las principales indicaciones son: Pacientes con retención aguda de orina, medición de gasto urinario de manera continua, procedimientos quirúrgicos, cirugía perineal o sacra en pacientes con incontinencia urinaria, pacientes que requieren una inmovilización prolongada, para ofrecer confort a pacientes en etapa terminal, incontinencia urinaria con riesgo para el paciente, medición de presión intraabdominal, vejiga neurogénica, obtención de muestras de orina estéril o Posoperatorio en cirugía de vías urinarias ya se de próstata o los genitales.

CAUSAS DE RETENCIÓN DE ORINA		
	Obstructiva	Infecciosa e inflamatoria
Hombre	Hiperplasia de próstata Cáncer prostático Bandas de constricción peneana Estenosis del meato urinario Fimosis Parafimosis	Balanitis Absceso prostático Prostatitis
Mujeres	Prolapso uterino Cistocele Neoplasias uterinas	Liquen plano vaginal Pénfigo vaginal Vulvovaginitis aguda

	Fibromas uterinos, quistes de ovario Útero grávido en retroversión	
--	---	--

tabla 3: causas de retención urinaria; Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical

Contraindicaciones:

Cuando existen heridas en uretra asociada a traumatismos pélvicos, si existe la sospecha de una rotura uretral, en prostatitis aguda, cuando existe la presencia de sangre en el meato o hematuria franca asociada a un traumatismo, como contraindicaciones relativas están las estenosis uretrales y la cirugía reciente del tracto urinario.

TECNICA DE SONDAJE

Hombre:

1. Retraer el prepucio
2. Desinfectar la zona. Esta técnica debe ser lo más aséptica posible, por lo que limpiaremos bien la zona del meato urinario con suero salino.
3. Preparar y colocar el campo estéril sobre el pene.
4. Lubricar el tercio distal de la sonda.
5. Introducir la sonda en el meato uretral. Se sujeta el pene con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda y a la vez que retraemos el prepucio, traccionamos ligeramente del pene hacia arriba para eliminar el acodamiento. (figura 3)
6. Avanzar la sonda. Vencer la ligera obstrucción del esfínter aplicando una presión suave y constante o pedir al paciente que intente orinar. Continuar la introducción de la sonda hasta la salida de la rama lateral de la misma.
7. Comprobar la posición de la punta de la sonda. La salida de orina por la sonda confirma que la punta está dentro de la vejiga. Si no se produce salida de orina, introducir 50 ml de suero fisiológico estéril. Si éste vuelve a salir con facilidad es señal de que la posición de la sonda en la vejiga es correcta. (figura 4)
8. Inflar el balón de la sonda. Inyectar 5 ml de agua destilada estéril por la rama lateral de la sonda.
9. Retirar suavemente la sonda. Suspender la tracción cuando el balón se apoye contra el cuello vesical.
10. Conectar la sonda al sistema cerrado de drenaje urinario. Aplicar una pequeña cantidad de pomada de neomicina-fluocinolona en el punto de unión sonda-meato. Sujetar el sistema de drenaje a la región interna del muslo con el esparadrapo ancho. (Dr. José Jorge Talamas Márquez; habilidades básicas II, colocación de sonda vesical)

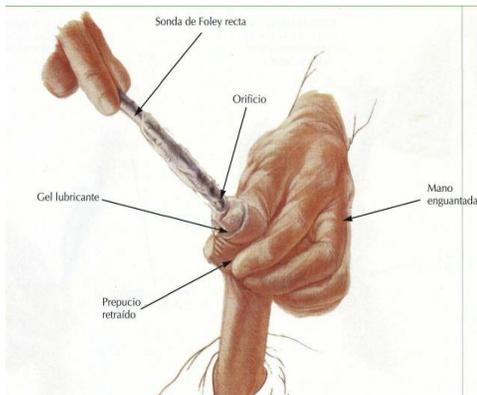


Figura 3: colocación de sonda "habilidades básicas II".

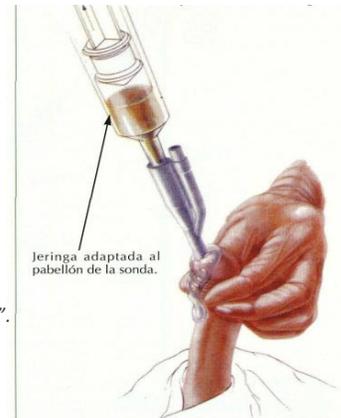


Figura 4: inyección de suero fisiológico "habilidades básicas II".

Mujer:

1. Lubrique la sonda con gel hidrosoluble.
2. Con la mano no dominante separe los labios mayores e identifique el meato urinario, con la mano dominante tome la sonda e introdúzcala cuidadosamente por el meato urinario, hasta que comience a drenar orina y continúe introduciéndola de 2-2.5cm. (figura 5 y 6)
3. Infle el globo de la sonda con solución salina o agua inyectable.
4. Traccione la sonda suavemente hasta sentir resistencia, de esta manera se asegura que el globo esta adecuadamente inflado y la sonda no se saldrá.
5. Conecte la sonda a la bolsa colectora y sujétela en un nivel más bajo que la vejiga (por ejemplo, en el barandal de la camilla si el paciente está hospitalizado).
6. Fije la sonda en la cara interna del muslo empleando tela adhesiva. (Dr. José Jorge Talamas Márquez; *habilidades básicas II, colocación de sonda vesical*)

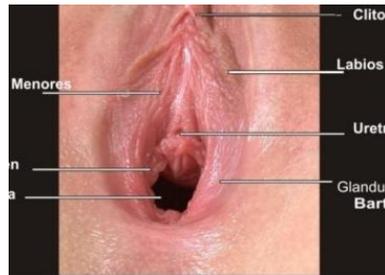


Figura 5: identificación del meato urinario "habilidades básicas II".

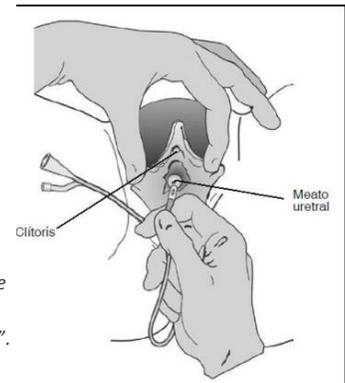


Figura 6: separación de los labios vaginales "habilidades básicas II".

Complicaciones

- Alergia o sensibilidad al látex
- Cálculos vesicales
- Infecciones de la sangre (septicemia)
- Sangre en la orina (hematuria)
- Daño renal (por lo regular solo con el uso de sondas permanentes por mucho tiempo)
- Lesión uretral
- Infecciones de las vías urinarias o renales
- Cáncer vesical (solo después del uso prolongado de sondas permanentes)

CATETER DOBLE J

Definición:

Desde la introducción del catéter ureteral doble J por Finney en 1978,¹ su uso ha tomado una posición importante en el manejo de la uropatía obstructiva (urolitiasis, estenosis y lesiones ureterales, fibrosis retroperitoneal). El catéter doble J es una sonda flexible de pequeño calibre con curvatura en ambos extremos multiperforados (que evita su desplazamiento). (Sánchez Pérez, Elena; Farcha Del Valle, M^a Isabel; Pascual García, M^a Teresa; *colocación endoscópica del catéter doble J*). (figura 7)

El catéter ureteral es una sonda de fino calibre diseñado para ser colocado dentro del uréter (generalmente desde la vejiga a través de la uretra, con anestesia local) y asegurar el paso de orina desde el riñón hasta la vejiga (catéter doble J) o hasta el exterior (catéter simple), a pesar de la existencia de determinadas enfermedades del uréter o sus alrededores que dificulten esta función. (figura 8)



Figura 7: catéter doble J
colocación endoscópica
de cateter doble J

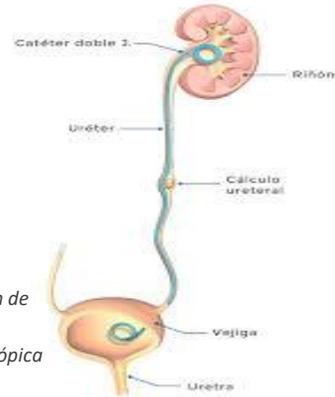


Figura 8: ubicación de
catéter doble J
colocación endoscópica
de catéter doble J

Indicaciones

La indicación más frecuente del catéter doble J es la presencia de piedras en la vía urinaria que obstaculicen el paso de la orina. Podemos clasificar su indicación en dos grandes grupos como son: 1) Profilácticas: previo a LEOC, previo a procedimiento endourológico, tras procedimientos endourológicos (URS flexible/semirrígida), tras Cirugía percutánea renal, cirugía reconstructiva de la vía urinaria, en trasplante renal. O bien 2) Terapéuticas: uropatía obstructiva y tratamiento conservador de fístulas urinarias. No obstante, también está indicado en otros casos de malformaciones, tumores, trasplante renal. (De Castro Olmedo C, Fernández Del Busto E; Empleo del catéter doble J para la prevención de las complicaciones urológicas en el trasplante renal).

Contraindicaciones

Existe pocas contraindicaciones en la colocación de un cateter doble J entro de ellos los que mas se presentan son:

- Alergia al contaste.
- Paciente no colaborador (precisaría anestesia).
- Intolerancia al decúbito.
- Coagulopatías incorregibles. (Casilda Fuster Acebal; José Juárez Quesada Guzmán; Raquel Cantos Robles; Elena Aranda Córcoles; M^a Ángeles Díaz Azorín; protocolo de enfermería para la colocación de doble J)

TECNICA QUIRURGICA

1. El catéter se arma introduciendo las puntas de la guía por los orificios elegidos según el nivel de la ureterotomía realizada, formándose entre ellos un asa con la guía redundante. Las marcas de colores ayudan a elegir los orificios.
2. Introducción del catéter en el campo quirúrgico, a través de un trócar, lo cual es posible porque la guía es blanda (flexible) y permite al catéter enrollarse dentro del reducido espacio laparoscópico.
3. Las marcas de colores también ayudan al cirujano a ubicar correctamente el catéter en el campo quirúrgico. Como recordatorio, al igual que en un semáforo, el rojo corresponde al uréter superior, el amarillo al uréter medio y el verde al inferior.
4. Introducción del catéter por la incisión del uréter empezando por el extremo que corresponde al segmento de mayor longitud. (figura 9)
5. A continuación, se retira la guía correspondiente al segmento introducido, el ayudante fija el catéter con una pinza para evitar que se salga.
6. El cirujano toma el otro extremo (segmento más corto) y lo introduce en la ureterotomía hacia el lado opuesto del uréter, formándose en el catéter un rulo, que se irá achicando a medida que el catéter progresa; en ese momento se retira el resto de la guía, volviendo a sujetar el catéter con una pinza, para evitar su salida accidental. (figura 10)
7. El catéter sin guía queda casi totalmente introducido, en ese momento se gira a 180° el pequeño rulo remanente y el catéter queda introducido totalmente. (Oswaldo Rogelio D'Orazio, Oswaldo Alejandro D'Orazio, Javier Eduardo de Rosas; Nuevo catéter doble jota para uso laparoscópico y cirugía abierta).

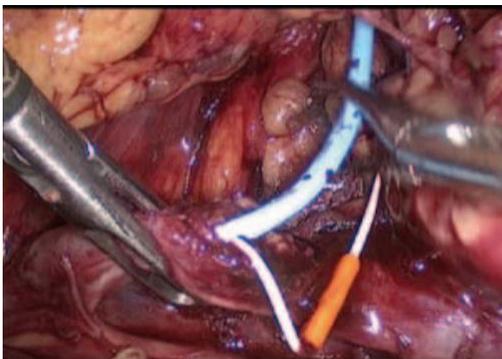


Figura 9: colocación del primer extremo de lcateter

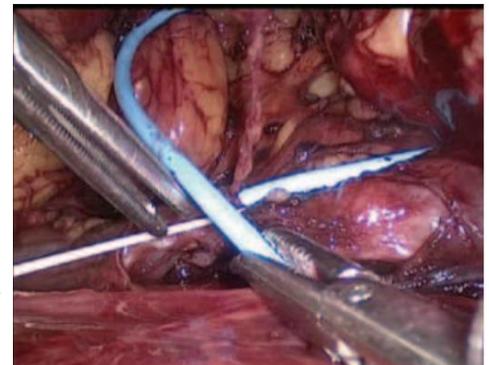


Figura 10: Colocación del segundo extremo y armado del rulo o asa

Complicaciones

COMPLICACIONES DE CATÉTER DOBLE J	PORCENTAJE
Infección urinaria	10-20%
Obstrucción: En caso de doble J, es necesaria su retirada y sustitución si precisa continuar llevándolo.	5%
El catéter doble J, por su larga permanencia, puede facilitar la formación de cálculos	3,8%
Puede no quedar en la situación exacta deseada y ser necesaria su recolocación. En el caso del catéter doble J, puede incluso precisar alguna intervención endoscópica o por cirugía abierta para su extracción	3,1%
Perforación del uréter	0,7%

Rotura del catéter	0,5%
Hematuria (pérdida de sangre con la orina), que en algunas ocasiones puede ser intensa o persistente y requerir transfusión de sangre.	5%
Molestias vesicales del tipo cistitis	7,7%
los portadores de catéter ureteral doble J se produce un reflujo vesicoureteral, consistente en el ascenso de orina hacia el riñón durante la micción, pudiendo provocar alguna molestia en la región renal.	100%
Fracaso de la técnica, siendo necesario un segundo intento diferido u otro tipo de intervención.	
Alteraciones hemodinámicas, incluso shock, por efecto del anestésico local y/o reacción vagal.	

tabla 4: complicaciones de catéter doble J

CISTOSTOMIA

Definición

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*).

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.

Indicaciones:

Retención urinaria aguda en los casos en que haya resultado imposible el sondaje de la vejiga y la introducción de sondas filiformes, o ambos procedimientos estuvieran contraindicados.

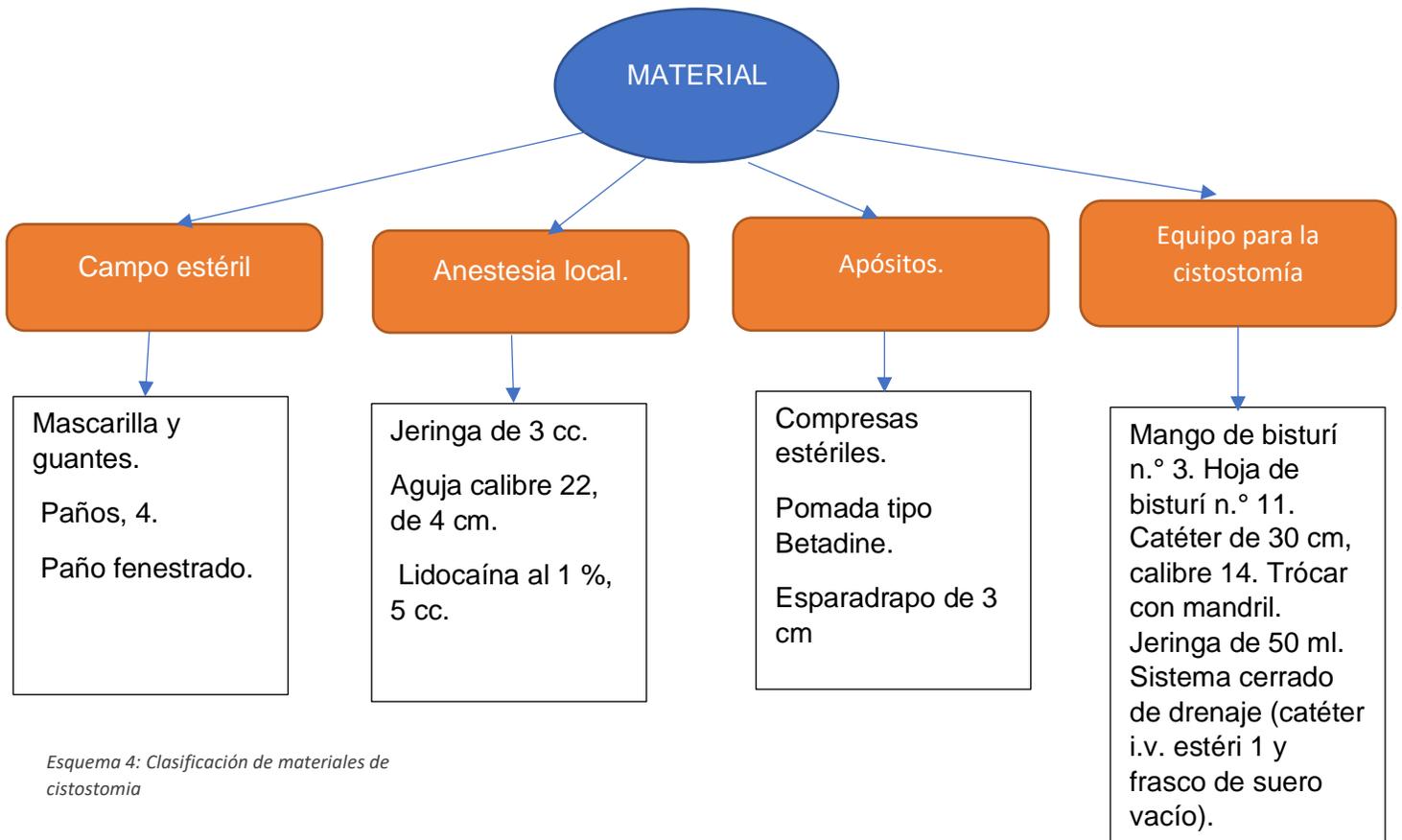
Necesidad de drenaje vesical en caso de infección uretra) o prostática. Ruptura uretral debida a traumatismo pélvico.

1. Retención aguda de orina en hiperplasia prostática no franqueable con catéter uretral o de cualquier otra etiología.
2. Vejiga neurogénica, en pacientes con falla en la realización de cateterismo limpio intermitente debido a una pobre función manual.
3. Incontinencia persistente.
4. Reflujo vesicoureteral.
5. Pacientes con falla a la realización de la maniobra de Credé, en estos pacientes deben mantenerse los objetivos primarios de mantener la continencia, asegurar la presión vesical baja para evitar la lesión renal y disminuir el riesgo de infección.

Contraindicaciones

Determinadas circunstancias desaconsejan la realización de un cateterismo uretra. Vejiga no palpable, especialmente en caso de anuria de origen renal, infección de vejiga, presencia de cicatrices medias infraumbilicales, sospecha de rotura uretral postraumática, sospecha de estenosis uretral y ureterocele intrauretral y En esclerosis de cuello vesical o celda prostática severas.

Equipo necesario:



TECNICA QUIRURGICA

1. Precauciones: Comprobar las posibles alergias a los distintos materiales que se van a emplear. Valorar la colaboración del paciente y el llenado de la vejiga.
2. Preparación del material Comprobar el estado, funcionamiento y caducidad del material a utilizar, si es necesario.
3. Preparación del paciente: Comprobar la identidad del paciente, informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración, proporcionar intimidad.
4. Inserción: Realizar la higiene de manos según PD-GEN-105, colocarse guantes no estériles, lavado de la zona, colaborar con el facultativo facilitando todo lo necesario. (talla vesical, cistostomía suprapúbica; :1-12-2009) (Figura 11).

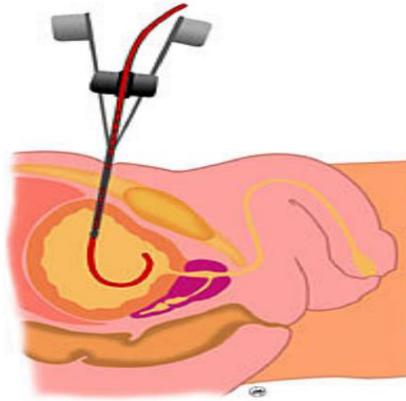


Figura 1: cistostomía,
talla veical

Complicaciones

1. Imposibilidad de llevar a cabo la punción.
2. Perforación de un asa intestinal, con el consiguiente riesgo de peritonitis.
3. Hemorragia de intensidad variable, tanto en el acto quirúrgico, como en el postoperatorio.
4. Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica:
 - Infección en sus diferentes grados de gravedad.
 - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida), que puede necesitar una intervención secundaria.
 - Fístulas temporales o permanentes.
 - Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales

CONCLUSIÓN

La educación médica actual lleva al educando por el camino de la adquisición de conocimientos (el saber puro) y del desarrollo de habilidades clínicas y destrezas quirúrgicas (saber hacer), junto con el compromiso un profesional eficiente, con juicio crítico, reflexivo, humanista, que decida las mejores opciones en beneficio del paciente.

Por estas razones, este manual asienta en aquellas Competencias básicas que permitan el desarrollo integral del egresado, que, sin ser especialista, pueda resolver situaciones reales y desarrollar un crecimiento profesional constante.

En este reporte de investigación incluimos la anatomía del aparato urinario ya que para realizar las técnicas anteriormente comentadas es necesario saber la estructura anatómica del aparato urinario.

Este reporte de investigación nos ayudó a facilitar el acceso al conocimiento teórico-práctico mediante sencillas explicaciones ilustradas con imágenes, esquemas, algoritmos y cuadros de las maniobras quirúrgicas básicas de urología que todo médico recién graduado, interno rotante o estudiante avanzado, debe realizar en su actividad cotidiana. Ya que como vimos anteriormente existen muchas indicaciones para implementar una sonda vesical, un catéter doble J o una cistostomía.

BIBLIOGRAFÍA:

Dr. Juan Alberto Hinojosa F.; Manual de Semiología Urológica; 2001

Dr. D. Óscar Leiva Galvis; Dr. D. Antonio Berenguer Sánchez; Dr. D. Pablo Luis Carretero González; Dr. D. José Gabriel Valdivia Uría; Dr. D. Francisco Javier Romero Fernández; UROLOGÍA

Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010

Dr. José Jorge Talamas Márquez; habilidades básicas II, colocación de sonda vesical.

Sánchez Pérez, Elena; Farcha Del Valle, M^a Isabel; Pascual García, M^a Teresa; colocación endoscópica del catéter doble J

Gonzalo Rodríguez V, Rivero Martínez MD, Trueba Arguiñarena FJ, Martín Martín S, De Castro Olmedo C, Fernández Del Busto E; Empleo del catéter doble J para la prevención de las complicaciones urológicas en el trasplante renal, 2008

Casilda Fuster Acebal; José Juan Quesada Guzmán; Raquel Cantos Robles; Elena Aranda Córcoles; M^a Ángeles Díaz Azorín; protocolo de enfermería para la colocación de doble J

Oswaldo Rogelio D´Orazio, Oswaldo Alejandro D´Orazio, Javier Eduardo de Rosas; Nuevo catéter doble jota para uso laparoscópico y cirugía abierta