



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Licenciatura en Medicina Humana



DOCENTE:
DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO:
LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

MATERIA:
CLINICA QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

UNIDAD:
CUARTA

TEMA:
NEFRECTOMÍA
PROSTATECTOMIA Y RTUP
COLOCACIÓN DE CATÉTER DOBLE J Y CISTOSCOPIA

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 29 de junio del 2022.

NEFRECTOMÍA

Procedimiento quirúrgico que se realiza para extirpar uno, ambos o parte del riñón. Existen 2 técnicas quirúrgicas que son abierta o laparoscópica. Existen 3 tipos de Nefrectomía.

- **Simple o bilateral:** Es cuando se extirpa uno o ambos riñones. Cuando hay daño grave a riñones para proceder con el trasplante
- **Radical:** Es cuando se extirpa todo el riñón, ganglios linfáticos y glándula suprarrenal
- **Parcial:** Solo se quita la parte afectada. Extirpación de tumores renales.

Manejo preoperatorio

Se debe realizar una profilaxis antimicrobiana con Tobramicina 100 mg I.M. seguidos de otra dosis a las 8 h. En caso de IRC, Ceftriaxona 1 g I.M. Y profilaxis tromboembólica, con vendaje elástico durante 10 días + deambulación. Enoxaparina sódica S.C. de 7 a 10 días.

Manejo postoperatorio

Los cuidados después de la cirugía incluye el retiro de la sonda orogástrica. Dieta líquida progresiva a tolerancia. Retirar zona Foley al día siguiente. Deambulación. Analgésicos.

Complicaciones

Las posibles complicaciones que se pueden presentar en una Nefrectomía son:

- **Hemorragia postoperatoria:** puede tener su origen en la arteria o vena renal, aorta o cava o algún vaso espasmodizado durante la cirugía.
- **Íleo secundario:** reiniciar la tolerancia cuando el paciente recupere la peristalsis.

Estudios preoperatorios

Los estudios de laboratorio son de suma importancia para valorar las condiciones del paciente BHC. TP, TPT. Grupo y Rh. Pruebas cruzadas. EGO. E.S. EKG. Rayos X torax. TC. Disponibilidad de sangre. Valoración por internista.

PROSTATECTOMIA

Extirpación quirúrgica de una parte o toda la próstata. La próstata se sitúa en la pelvis, por debajo de la vejiga urinaria. Rodea la uretra, que lleva la orina desde la vejiga hasta el pene. Indicada en el tratamiento para el cáncer de próstata. Dicha extirpación de la próstata se puede hacer con una resección uretral o accediendo mediante vía suprapúbica, con una pequeña incisión en el abdomen inferior. Se puede intervenir al paciente bajo anestesia general o local.

La glándula prostática es una cavidad que rodea la uretra y al crecer, puede ocasionar problemas para orinar. Si aumenta el tamaño de la próstata (hipertrofia de próstata), puede deberse a un sobrecrecimiento de la glándula (hipertrofia benigna de próstata) o un cáncer (carcinoma prostático).

Manifestaciones clínicas

- Micciones frecuentes con poca cantidad de orina.
- Nicturia.
- Dificultad para empezar ha orinar.
- Flujo de orina escaso.
- Goteo cuando se termina de orinar.
- Sensación de falta de vaciamiento de la vejiga aunque haya orinado.

La prostatectomía se puede realizar mediante 2 procedimientos:

1.- Resección transuretral: Con un citoscopio especial (resectoscopio). Se introduce por el orificio de la uretra, para acceder a la próstata. Con un instrumento cortante se retira la próstata. Se cauteriza con un bisturí eléctrico y después se deja una sonda en la uretra para permitir que el paciente pueda vaciar la vejiga durante unos días. Sirve como drenaje de sangre o pus.

2.- Acceso suprapúbico: Se lleva a cabo con una incisión abdominal a través de la cual se accede a la próstata, para extraerla.

Complicaciones

- Problemas de retención de orina.
- Alteraciones en la erección del pene, produciendo impotencia.
- Infertilidad.
- Eyaculación retrógrada: paso del semen a la vejiga durante la eyaculación.

RTUP

Resección transuretral de la próstata. Se extrae tejido de la próstata mediante un resectoscopio (tubo delgado con una luz y un instrumento cortante en su extremo) que se introduce a través de la uretra. El tejido de la próstata que obstruye la uretra se corta y se extrae con el resectoscopio.

La cirugía se realiza bajo anestesia regional, denominado bloqueo epidural. El objetivo es mejorar la calidad de la micción, supresión de la sonda vesical permanente. Se indica un día de estancia hospitalaria con un irrigador en la sonda la cual actúa y evita la formación de coágulos, esta sonda se retira hasta que el urólogo lo que indique.

Manejo preoperatorio

- **Profilaxis antimicrobiana:** Tobramicina 100 mg I.M. seguidos de otra dosis a las 8 h. En caso de IRC se cambia la Tobramicina por Ceftriaxona 1 g I.M.
- **Posición:** Decúbito supino con el paciente en posición de litotomía, con las nalgas en el borde de la mesa.

Complicaciones

- Incontinencia urinaria, permanente o temporal.
- Perforación de víscera hueca, recto, intestino, o vejiga en el acto quirúrgico.
- Hemorragia incoercible.
- Eyaculación retrógrada.

CISTOSCOPIA

Procedimiento para observar el interior de la vejiga urinaria y la uretra. Se hace con un cistoscopio, un tubo delgado y que tiene en un extremo una luz y un lente o una pequeña cámara de video. El tubo se introduce a través de la uretra. Se realiza en forma ambulatoria con anestesia local (gel de lidocaína al 2%) o, cuando es necesario, sedación consciente o anestesia general.

La cistoscopia es la introducción de un instrumento de fibra óptica rígido o flexible dentro de la vejiga. Indicado en las siguientes:

- Diagnóstico de trastornos urológicos (tumores vesicales, cálculos en la vejiga, hiperplasia prostática benigna).

- Tratar estenosis uretrales.
- Acceder a la vejiga para obtener radiografías de los uréteres o colocar tutores JJ ("doble J") (catéteres con los extremos enrollados que se colocan en la pelvis renal y la vejiga).

Complicaciones

Infecciones urinarias, hemorragias y traumatismos vesicales y/o uretrales.

COLOCACIÓN DE CATÉTER DOBLE J

Tubo flexible que se coloca en el uréter, de un lado o ambos, entre el riñón (riñones) y la vejiga. Se facilita el flujo de orina desde el riñón hasta la vejiga. Se coloca principalmente luego de una cirugía urinaria para facilitar drenaje y recuperación interna del uréter. Los casos más comunes son: en pacientes con obstrucción de la vía urinaria por piedras u otras causas, en pacientes a los que se les han realizado procedimientos de reconstrucción de la vía urinaria superior o pacientes con trasplantes renales.

El periodo de vida de un catéter doble j, dependerá de la calidad y material de fabricación de éste. Se recomienda cambiarlo en periodos menores a 6 meses. Dejarlo más tiempo puede generar calcificaciones y facilitar la aparición de cálculos dentro o fuera del catéter así como infecciones o dolor.

Complicación

- Calcificación.