

CAPITULO 5

MANIOBRAS EN PATOLOGIA URO-GENITAL

Sondaje vesical	89
Reducción de una parafimosis	94
Episiotomía	95
Sutura de episiotomía y de desgarro del perineo	96
Maniobras intrauterinas	101
Tratamiento de la bartolinitis	108

Sondaje vesical

| Drenaje de la orina retenida en la vejiga.

Indicación

Retención aguda de orina

Manobra de urgencia a efectuar en caso de :

- Retraimiento de la uretra
- Adenoma o cáncer prostático
- Tumor pélvico
- Traumatismo en bajo vientre
- Paraplejia

cateterismo transuretral (en el hombre)

Material

- Guantes estériles
- Campo estéril agujereado
- Sondas estériles, en general de Foley con globo, de los números 12, 14, 18 por ejemplo
- Lubrificar con *clorexidina (+ cetrimida)* (ver cuadro página 7)
- Compresas estériles
- Jeringa de 10 ml

Técnica

(Figuras 88, 89)

- Desinfección meticulosa del meato, glande y prepucio, colocación del campo estéril.
- Lubrificar la sonda con *clorexidina (+ cetrimida)* (ver cuadro página 7).
- Con la mano izquierda aguantaremos el pene en posición vertical.
- Con la mano derecha, introduciremos suavemente la sonda por el meato.
- En caso de que dicha introducción presente dificultades, cambiar de calibre.
- Cuando la sonda llega a nivel del ángulo bulbar (13-15 cm), inclinar el pene hacia arriba
- NO HAY QUE FORZAR JAMAS, siempre es mejor practicar una punción suprapubica que traumatizar la uretra
- Introducir la sonda hasta la señal e inflar el globo (5 a 10 ml de liquido).

- Seguidamente tirar suavemente de la sonda hasta que el globo se apoye en el cuello de la vejiga.
- Para evitar la parafimosis, hay que recubrir el glande con el prepucio.
- Si la sonda ha de permanecer cierto tiempo colocada conectarla a un colector de orina, que si es posible será estéril, y sino a un tubo de perfusión conectado a un recipiente cerrado.
- Limpiar el meato cada día, y eventualmente, según el contexto clínico, instaurar un tratamiento antibiotico (*cotrimoxazol* : 1 600 mg de SMX/d distribuidos en 2 tomas durante 5 días, para un adulto).

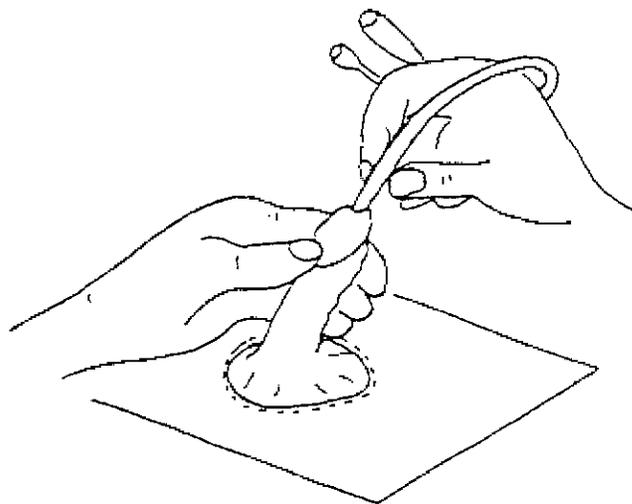


Figura 88

COLOCACION DE LA SONDA EN EL HOMBRE : velar por una asepsia rigurosa

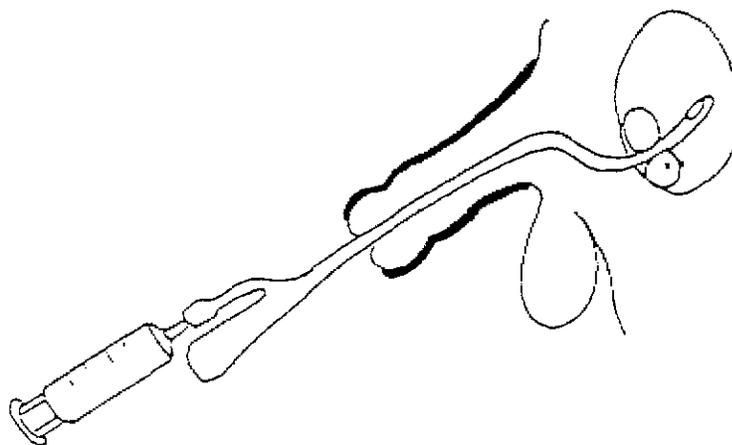


Figura 89

COLOCACION DE LA SONDA EN EL HOMBRE : empujar la sonda hasta la señal

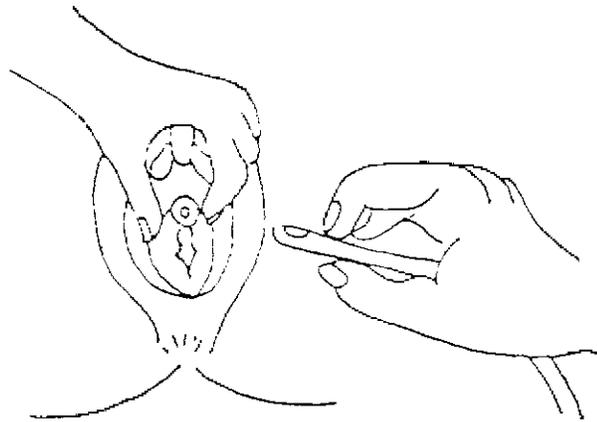


Figura 90

COLOCACION DE LA SONDA EN LA MUJER : separar bien los labios menores con la mano derecha a fin de descubrir el meato urinario, limpiar con solución de clorhexidina-cetrimida, teniendo cuidado de irrigar siempre con dirección al ano. Mismos principios que en el hombre.

cateterismo suprapubico

Indicaciones

Siempre que la colocación de una sonda transuretral presente dificultades, siempre que haya riesgo de lesión de la uretra por una sonda (traumatismo pélvico, uretra traumática, estenosis de la uretra...)

La vejiga debe estar dilatada . GLOBO VESICAL OBLIGATORIO.

Material

- Existe material reparado desechable "cystocath". Si no se tiene, utilizar un trocar grueso y un cateter largo perforado en una de sus extremidades, con un calibre mínimo de 14 G.
- Campo estéril agujereado y guantes estériles.
- Material necesario para sutura
- Material necesario para anestesia local.

Técnica

- Afeitar y desinfectar la región suprapubica con *polividona yodada* (ver cuadro página 7).
- Hacer una pápula anestésica con *lidocaína* a un través de dedo por encima de la sínfisis púbica, en la línea media, realizar seguidamente anestesia de los planos profundos (Figura 91).

- Comprobar con la jeringa que aspirando sacamos orina.
- Punción sobre la pápula anestésica, haciendo toser al enfermo.
- Colocar el catéter perforado. Introducir 10 ó 15 cm de catéter, retirar el trocar y conectar al colector estéril de la orina.
- Fijar el drenaje a la piel con hilo no reabsorbible, realizar la cura.
- Limpiar el drenaje por lo menos una vez al día, instaurar tratamiento antibiótico urinario (*cotrimoxazol* : 1.600 mg de SMX distribuidos en 2 tomas en el adulto durante 5 días) (Figuras 92, 93, 94).

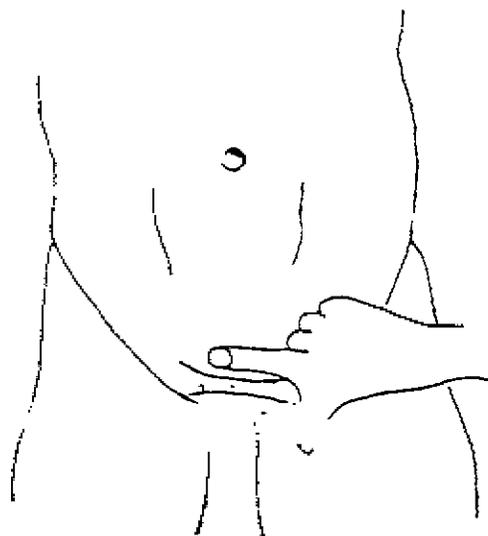


Figura 91

GLOBO VESICAL CONFIRMADO : punción a un través de dedo por encima de la sínfisis pubica

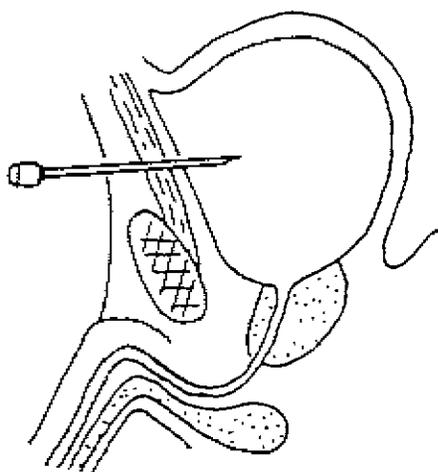


Figura 92

CATETERISMO SUPRAPUBICO : posición del trocar

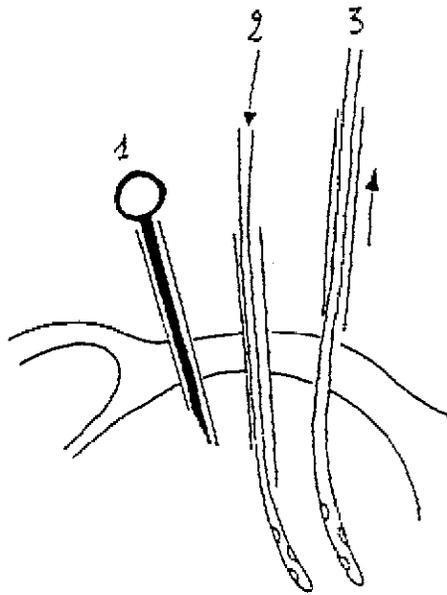


Figura 93
ETAPAS DEL CATETERISMO SUPRAPUBICO

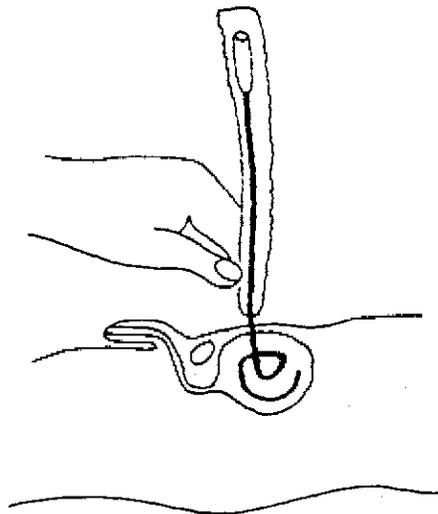


Figura 94
CATETER ESTERIL DEL 14 G, introducir 14 ó 15 cm, fijar a la piel y limpiar
diariamente

Reducción de una parafimosis

Edema agudo del prepucio retraído.

Dado que puede producirse necrosis del glande hay que considerarlo como una urgencia.

Técnica

En el niño

- Casi siempre es posible reducirlo manualmente, sin anestesia o con una ligera sedación con *diazepam* teniendo un mínimo de paciencia.
- Comprimir el glande con los dedos de la mano izquierda envolviendo la piel del pene para recubrir el glande y mantener la posición.
- Limpieza diaria con solución de *clorhexidina* (+ *cetrimida*) (ver cuadro página 7).

En el adulto

- Muchas veces la reducción manual es difícil o imposible.
- Podemos realizar una incisión sobre el eje del pene en la cara dorsal (uretra situada en la cara ventral).
- Cortar los dos bordes prepuciales hasta el anillo fibroso profundo que es el que produce la constricción.
- En este momento la reducción será muy fácil.
- Propondremos la circuncisión para algunas semanas más tarde.

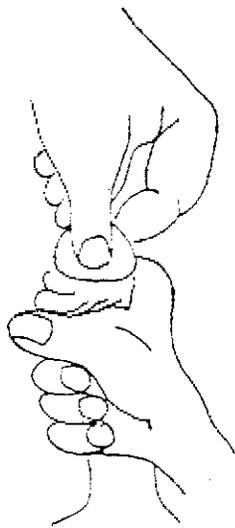


Figura 95
REDUCCION MANUAL
en el niño

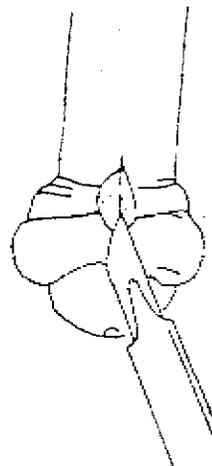


Figura 96
INCISION DORSAL CON EL BISTURI
en el adulto

Episiotomía

Sección del perineo para hacer más grande el orificio de presentación y prevenir un desgarro.

Indicaciones

- Período de expulsión de más de 30 minutos produciendo sufrimiento.
- Presentación en occipito-sacro, cara, frente o nalgas.
- Irá asociada siempre a forceps, ventosa, sinfisiotomía, o a toda maniobra en general.
- Anomalías del perineo, como cicatrices retráctiles de un parto anterior.

Como norma general diremos que es mejor reparar una episiotomía que tener que suturar un perineo desgarrado.

La indicación de una episiotomía viene sobre todo dictada por la experiencia.

Material

Tijeras rectas estériles (por ejemplo, tijeras Dauphin con una hoja roma y otra en punta de 16 cm).

Técnica

- Desinfección de la piel con *clorhexidina (+ cetrimida)* (ver cuadro página 7).
- Corte decidido con las tijeras entre la presentación y la parte postero lateral de la vulva, oblicuamente hacia abajo y afuera desde la comisura vulvar, de aproximadamente 4 cm.

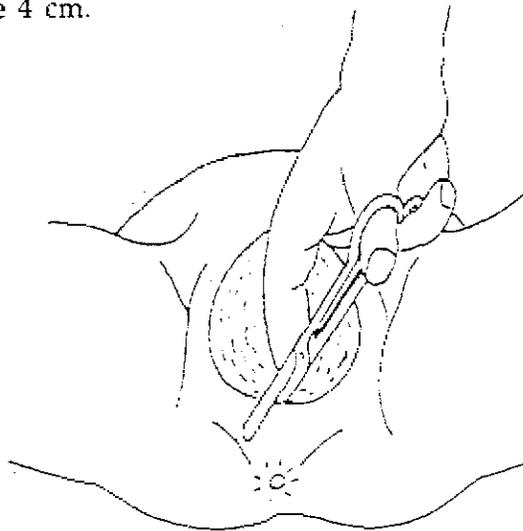


Figura 97

EPISIOTOMIA : corte decidido de tijeras, postero lateral, a partir de la comisura vulvar de 4 cm, protegiendo la cabeza con la otra mano

Sutura de episiotomía o de desgarro del perineo

Podemos considerar un perineo completo, si el desgarro llega sólo al esfínter anal, en el caso de que llegue a la mucosa rectal, consideraremos que es complicado.

NB : la sutura de la episiotomía se hara después del alumbramiento.

Material

- Caja esteril "abscesos-suturas" con tijeras, pinza de disección con dientes, portaguñas, agujas de sutura.
- Hilo reabsorbible DEC 3 y no reabsorbible DEC 3.
- Guantes y campos esteriles.
- Confección de un "raton" esteril : torunda grande de gasa atada con un hilo grueso que se introduce en la vagina para secar las secreciones uterinas.

Técnica

- Anestesia local con *lidocaina* al 1 % en todos los planos implicados, excepto la mucosa rectal, 5 ml por lo menos, sobre todo debajo de la piel.
- Colocación del campo estéril debajo de las nalgas, sobre el abdomen y sobre las piernas, después de una amplia desinfección con *polividona yodada* (ver cuadro página 7) del perineo y la vagina.

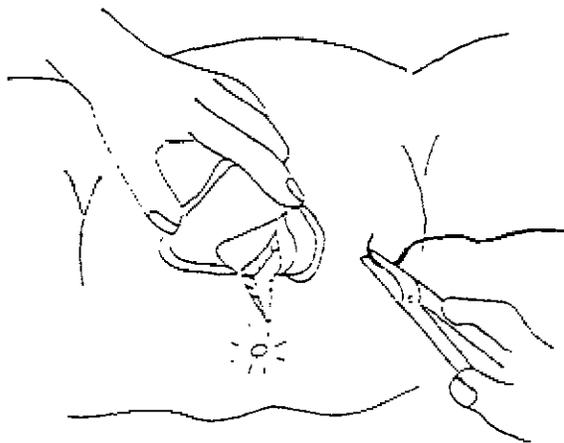


Figura 98
SUTURA DE UN DESGARRO DE PERINEO
Exposición amplia con la mano izquierda

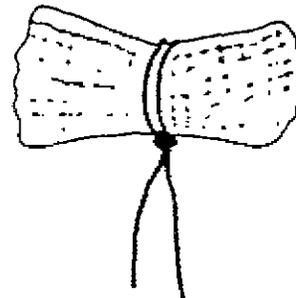


Figura 99
RATON : tampon de compresas
atadas con un hilo guía

Primer caso : episiotomía o perineo simple

Figura 100

Ajustar la unión cutáneo mucosa de la comisura y pasar un primer punto sin anudar, para obtener una buena confrontación entre los bordes.

Suturar la mucosa vaginal de arriba hacia abajo, con puntos separados en X con hilo reabsorbible, suficientemente cercanos y profundos a fin de evitar cicatriza- ciones incorrectas, pero no demasiado profundo para evitar pinzar el recto.

Figura 101

Suturar seguidamente el plano muscular con dos o tres puntos de sutura de reabsorción lenta, si es posible en X.

Figura 102

Cerrar la piel, sin apretar los puntos separados unos contra otros, si es posible sutura de Blair-Donati, empezando con el primer punto situado en la comisura y que aún no estaba anudado. Controlar con un tacto rectal.

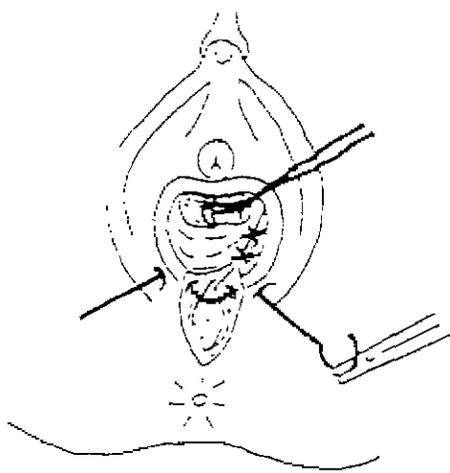


Figura 100
PERINEO SIMPLE : SUTURA DE LA MUCOSA

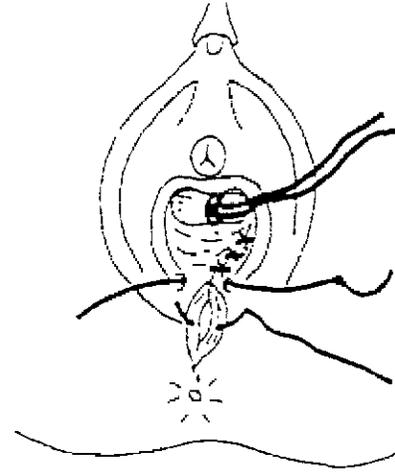


Figura 101
SUTURA DEL MUSCULO

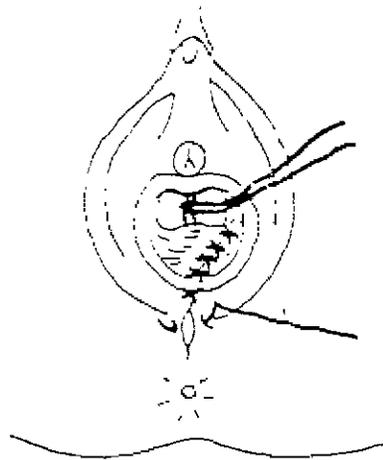


Figura 102 : SUTURA DE LA PIEL

Segundo caso : perineo completo

Figuras 103, 104

Ruptura del esfínter anal, desgarro del anillo muscular que, si no estamos seguros, se pone fácilmente en evidencia en el tacto rectal.

Sutura del esfínter con hilo de reabsorción lenta, haciendo 2 ó 3 puntos en X.

A continuación los mismos tiempos que el anterior

Controlar con un tacto rectal.

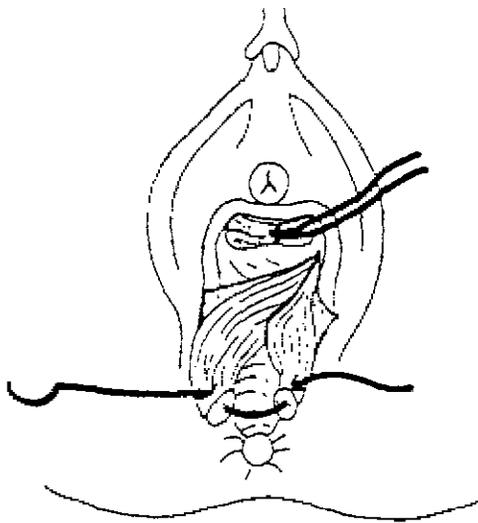


Figura 103
PERINEO COMPLETO
Sutura del esfínter...

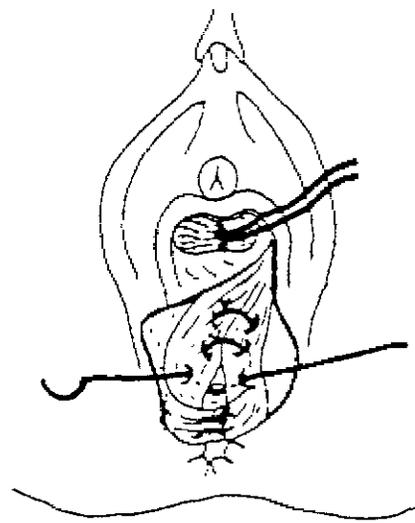


Figura 104
...continuar con el músculo

Tercer caso : perineo complicado

Figura 105

Protegerse de las heces con una compresa intra rectal (no olvidar colocar un hilo de guía) y bien empapada de *polividona yodada* (ver cuadro página 7).

Suturar la mucosa rectal con puntos separados de hilo reabsorbible, de arriba a abajo, anudados sobre la cara rectal.

Seguir con los mismos tiempos que en el caso anterior.

Controlar con un tacto rectal

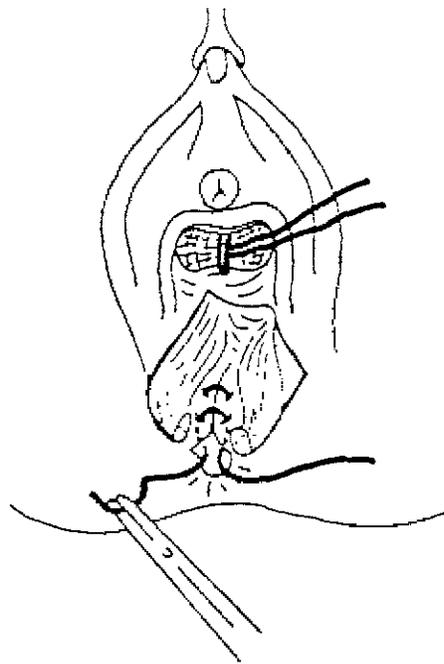


Figura 105

PERINEO COMPLETO : sutura de la mucosa rectal

En todos los casos, limpieza vaginal con una solución diluida de *clorhexidina* (+ *cetrimida*) (ver cuadro página 7) y secar lo más posible la herida.

Retirar los hilos cutáneos no reabsorbibles al octavo día.

complicaciones

Desunión de la sutura

En el caso de una episiotomía la cicatrización será larga y difícil · limpieza vaginal cotidiana.

En el caso de un perineo completo o complicado, con incontinencia anal, enviar a la enferma a un cirujano, si es posible.

Únicamente indicaremos antibióticos en caso de pérdidas purulentas o fétidas, o en caso de actos intra uterinos asociados, o bien en caso de fiebre post-partum.

Maniobras intrauterinas

Precauciones comunes

(asepsia, antibioterapia, anestesia, atraumatismo)

CUALESQUIERA QUE SEAN LAS PRECAUCIONES DE ASEPSIA, POR OTRA PARTE OBLIGATORIAS (irrigación con *clorhexidina* (+ *cevimida*) (ver cuadro página 7), campos, guantes y compresas estériles.), A TODA MANIOBRA INTRAUTERINA, LE SEGUIRA UNA ANTIBIOTERAPIA SISTEMÁTICA, (por ejemplo 4 millones de unidades IM de *penicilina procaína*, al menos durante 5 días, o *ampicilina*), Y UN TRATAMIENTO HEMOSTÁTICO (*ergometrina* 0,1 mg IM una vez).

TODA MANIOBRA INTRAUTERINA SE EFECTUARA BAJO ANESTESIA, la más rápida posible. La más indicada será la *ketamina* IM (5 mg/kg).

TODA MANIOBRA INTRAUTERINA DEBE SER LO MENOS TRAUMÁTICA POSIBLE, pues en la mayoría de los países del tercer mundo, la esterilidad no es solamente sufrida como una catástrofe individual y familiar sino además como una catástrofe social.

Todas las maniobras intrauterinas y en especial el legrado, necesitan de un aprendizaje práctico : las sensaciones percibidas con la cucharilla, no se aprenden en los manuales.

Todas las maniobras intrauterinas comportan un riesgo de shock hemorrágico : colocar sistemáticamente una vía de abordaje venoso del calibre adecuado.

alumbramiento artificial

| Expulsión manual de la placenta.

Indicación

Cuando la expulsión de la placenta no ocurre pasados 45 minutos después del parto.

Técnica

(Figura 106)

- Vía de abordaje venoso.
- Enferma en posición ginecológica, anestesia general, irrigación antiséptica de la vagina, guantes estériles.

- La mano izquierda del cirujano guiará o sostendrá el fondo uterino.
- La mano derecha, en pronación forzada llega rápidamente al fondo uterino y con la yema de los dedos encuentra el ángulo de anclaje placento-uterino, es decir que la mano se hunde hasta el antebrazo en las vías genitales.
- Una vez encontrado el ángulo de anclaje, utilizaremos el borde cubital de la mano en pronación como un cuchillo para extraer la placenta:
- Explorar seguidamente con el dedo para asegurarnos que el útero ha quedado completamente vacío, observar el aspecto de la placenta, después de la aparición del "globo de seguridad" uterino.
- Antibioterapia sistemática un mínimo de 5 días.
- 1 inyección de *ermogetrina* 0,1 mg IM.

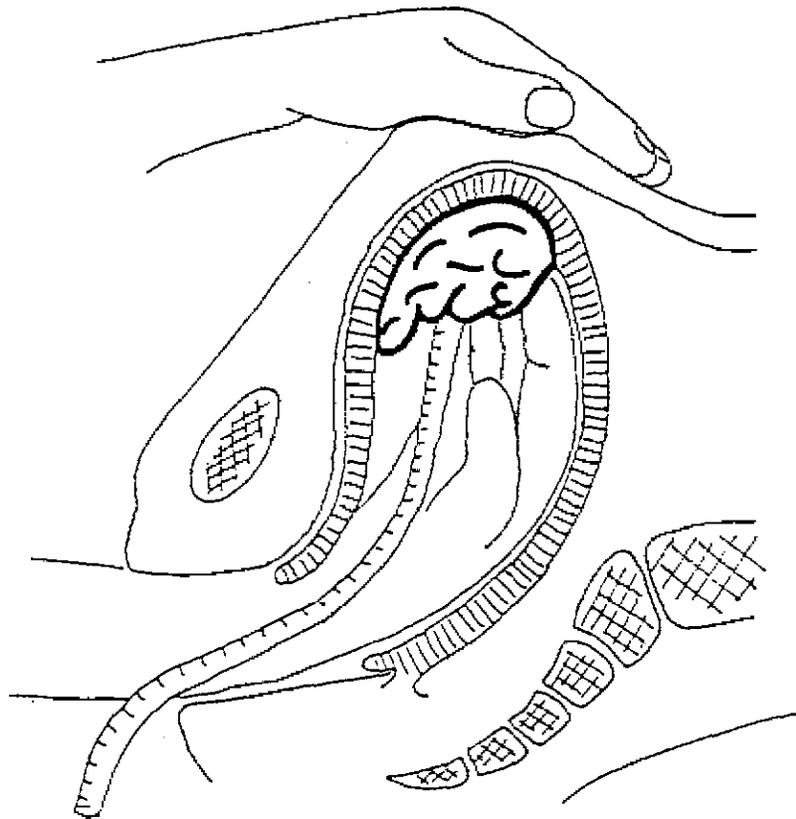


Figura 106

ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL

Mano izquierda sobre el fondo del útero, dedos de la mano derecha insertándose en el ángulo placentario, desprendimiento con el borde cubital de la mano

revisión uterina

| Exploración manual de la cavidad uterina.

Indicaciones

- Toda sospecha de retención placentaria (la placenta siempre debe someterse a un exámen exhaustivo).
- Hemorragias del alumbramiento : todas las hemorragias que puedan acontecer en las 24 horas que siguen al parto.

Cuidado : descartar un desgarro vaginal o cervical mediante un exámen utilizando una valva o un espéculo, sobre todo si, a priori, la placenta está completa y hay una buena contracción uterina.

Técnica

- Vía de abordaje venoso.
- La misma preparación y asepsia que para el alumbramiento artificial.
- Exploración sistemática del útero : dos caras, dos bordes, un fondo y los dos cuernos. El dedo busca los restos placentarios y los extrae.
- Antibioterapia sistemática durante 5 días como mínimo.
- *Ergometrina* 0,1 mg IM.

limpieza manual

| Extracción de restos placentarios con la yema de los dedos, normalmente después de un aborto.

Indicaciones

- Aborto hemorrágico o retención placentaria comprobada en el exámen del producto del aborto.
- El cuello debe ser permeable al dedo o a dos dedos si es posible.

Técnica

(Figura 107)

- La misma preparación y asepsia que para la revisión uterina
- Introducir índice y mayor si es posible, en la cavidad uterina.
- Explorar sistemáticamente y extraer los fragmentos residuales.
- Antibioterapia sistemática durante un mínimo de 5 días.

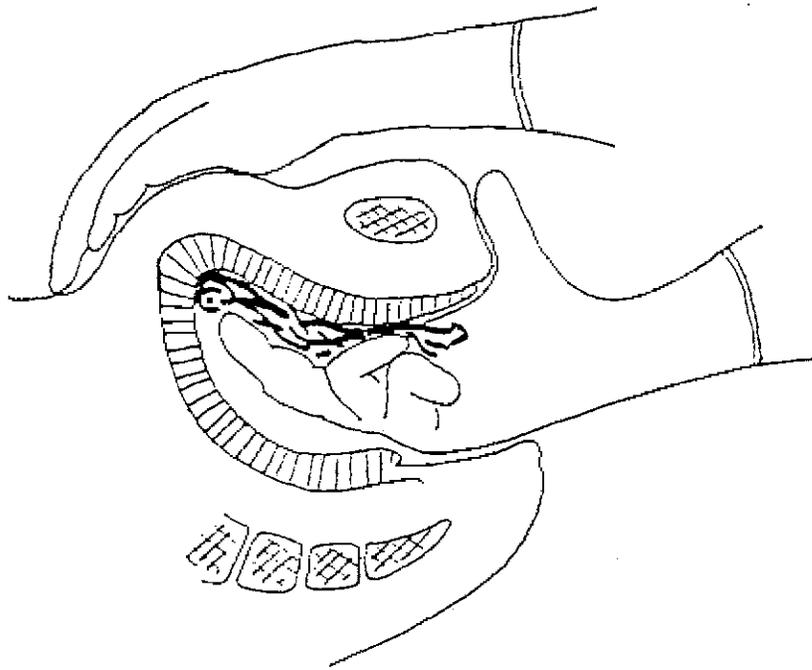


Figura 107

LIMPIEZA MANUAL

Exploración sistemática con el dedo, de las dos caras, los bordes, el fondo y los cuernos uterinos

legrado

Extracción instrumental de fragmentos placentarios generalmente después de un aborto

Indicaciones

La mismas que las de la limpieza manual, cuando el cuello no está suficientemente dilatado : siempre estará más indicada la limpieza manual cuando esta sea posible.

CUIDADO : legrado en una paciente febril : hay que intentar conseguir el descenso de la fiebre con tratamiento antibiótico antes de practicar el legrado, teniendo en cuenta siempre la importancia de la hemorragia.

Material

- Espéculo o valva con lastre, pinzas de Muzeux o de Pozzi para pinzar el labio del cuello, juego de dilatadores de cuello.
- Cucharilla de borde romo nunca fenestrada y no demasiado pequeña : cuanto más pequeña sea la cucharilla, más riesgo habrá de producir traumatismo. Cuanto más grande sea la cucharilla, menos peligrosa será esta, su diámetro se debe aproximar lo más posible al de una cucharita de café y el límite de este diámetro es el grado de dilatación del cuello obtenido con los dilatadores

Técnica

(Figura 108)

- Colocación de la paciente en posición ginecológica, instalación del campo estéril, irrigación del perineo y vagina con *povidona yodada* (ver cuadro página 7), anestesia general.
- Colocación del espéculo o mejor de la valva con lastre, atracción del cuello con las pinzas de Muzeux.
- Introducción del primer dilatador en el canal cervical, lentamente siguiendo el eje del útero ; sentiremos un pequeño resalte cuando penetremos en el orificio interno. Este primer dilatador lo colocaremos hasta el fondo uterino, lo que nos permitirá calcular su talla (histerómetro inútil). Los dilatadores siguientes los introduciremos aumentando número a número sin saltarnos ninguno, hasta llegar a una dilatación suficiente para la introducción de la cucharilla. **ATTENTION** : no forzar, riesgo de ruptura ístmica !
- Seguidamente la cucharilla se introduce hasta el fondo uterino inicia la exploración atrayendo los productos de desecho hacia el cuello.
- Sostener la cucharilla de una forma ágil entre el pulgar y el índice, el mango apoyado en la yema de los otros dedos, permitiendo así un movimiento de vaivén.
- Se trata de despegar los fragmentos y no de producir una abrasión en la mucosa, no esperar el "crujir uterino", sensación de crujido que se percibe a través de la cucharilla y que es señal de un legrado demasiado profundo.

- Explorar sistemáticamente las caras, los bordes, el fondo y los cuernos uterinos y asegurarse de la perfecta vacuidad uterina.
- Antibioterapia sistemática durante un mínimo de 5 días.

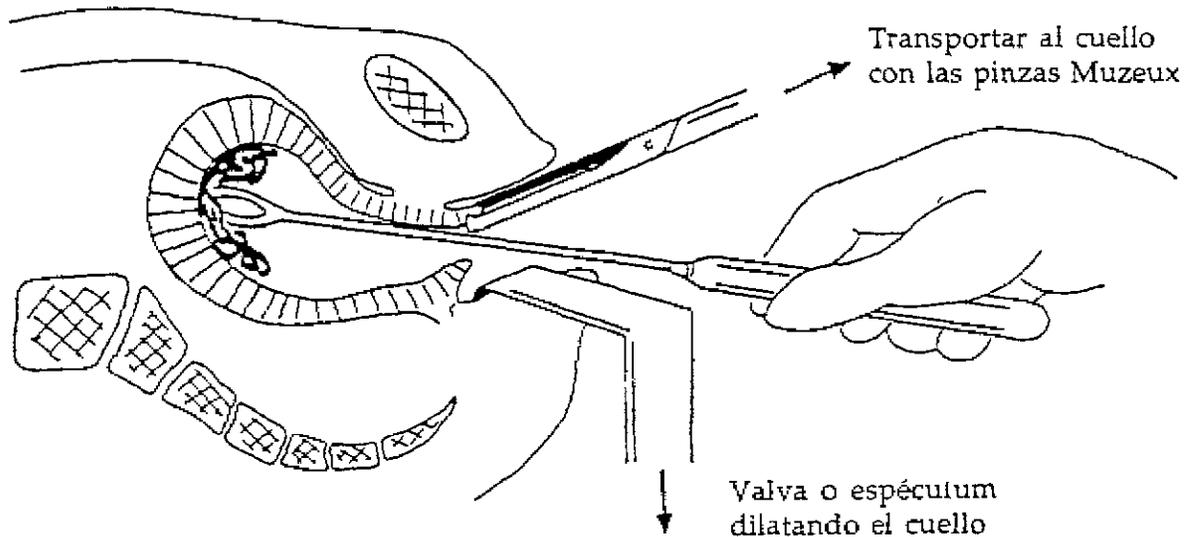


Figura 108

Complicaciones

(Figuras 109, 110)

- Hemorragia persistente
Legrado incompleto, volver a empezar debido a la inercia uterina ; administrar 0,2 mg de *ergometrina* IM repetir si es necesario cada 4 horas, sin sobrepasar 1,5 mg.
- Ruptura ístmica por dilatación brutal
En general parcial, lateral y sub-mucosa que cicatriza sola.
- Perforación
Cuando es diagnosticada (instrumento que se hunde desmesuradamente, dolor precoz), reposo y antibioterapia (*ampicilina* : 4 g/d distribuidos en 4 tomas, por lo menos durante 7 días) suficiente casi siempre.
A veces signos peritoneales (dolor, contractura) en los días siguientes y que implican intervención quirúrgica.
- Infecciones
Endometritis, salpingitis, pelviperitonitis a veces septicemia, que deben ser prevenidas por la asepsia rigurosa, las maniobras atraumáticas y la antibioterapia sistemática.

• Esterilidad

Obturación del orificio tubárico, infecciones, apertura del cuello...

Sinequias uterinas, complicaciones obstétricas (obstáculo previo adherencias), embarazos ectópicos...

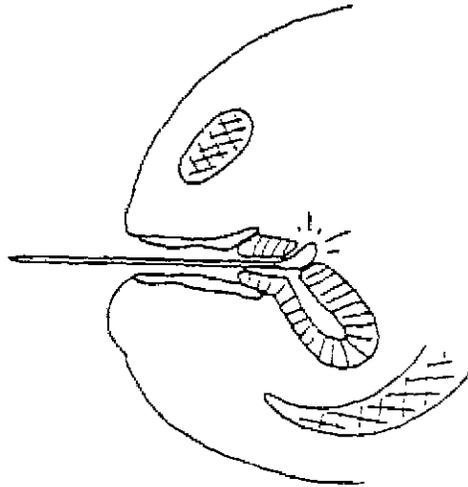


Figura 109
PERFORACION UTERINA CON LA CUCHARILLA

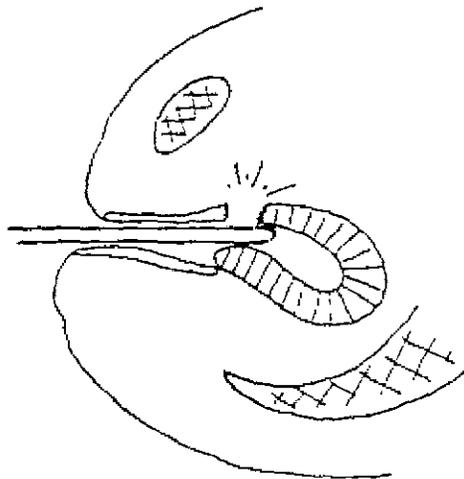


Figura 110
*DILATACION TRAUMATICA
RUPTURA ISTMICA*

Tratamiento de la bartolinitis

| Quiste o supuración de la glándula de Bartolino.

Diagnóstico

Tumor inflamatorio de la medida de un huevo pequeño, sobrepasando los relieves normales de los labios de un lado de la vulva.

Material

Campos y guantes estériles, bisturí, pinzas de disección, tijeras, portaguja, aguja de sutura, hilo reabsorbible DEC 3, compresas estériles.

Técnica

- Incisión amplia, vertical, en la unión cutáneo-mucosa, más bien hacia el interior del labio.
- Limpieza con *polividona yodada* (ver cuadro página 7).
- Marsupialización de la glándula o quiste, es decir que, suturaremos con puntos separados, las paredes de la glándula a la piel, para mantenerla abierta y evitar las recidivas.

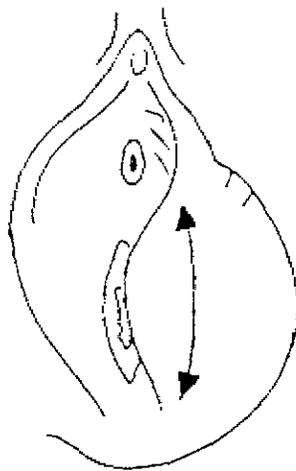


Figura 111
INCISION EN LA UNION
cutáneo-mucosa, amplia

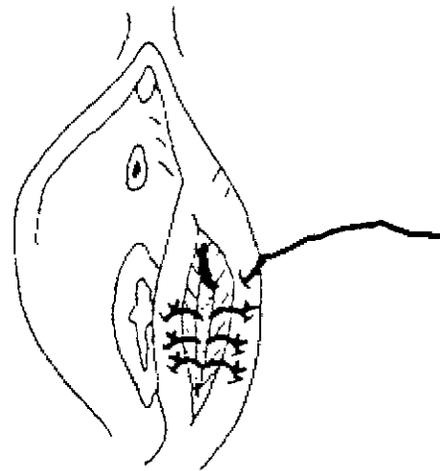


Figura 112
MARSUPIALIZACION : solidarización
del plano cutáneo al plano del quiste
por puntos separados de hilo de
reabsorción lenta