

REVISTA UROLÓGICA NICARAGUENSE.



Año I Número 2. Octubre 2013.



Manejo de la litiasis urinaria en Nicaragua.

Disfunción eréctil.

Hipertensión arterial.

El ácido úrico.

La quimioterapia de Charles Huggins.



EDITORIAL.

“La vida es muy peligrosa. No por las personas que hacen el mal, sino por las que se sientan a ver lo que pasa”

ALBERT EINSTEIN.

JAMÁS NOS IMAGINAMOS QUE LA REVISTA FUESE TAN MUY BIEN ACOGIDA. HASTA HEMOS RECIBIDO CORREOS DE PERSONAS FUERA DE NICARAGUA, A LAS QUE LES ENCANTÓ. ¡Muchas gracias a todos!

En este mes, presentamos un excelente estudio del Dr. Sandoval acerca de los abordajes quirúrgicos de la litiasis de vías urinarias en nuestro hospital. El Dr. Sandoval para quienes no lo conocen, es uno de los mejores sino el mejor de los Urólogos de la “Nueva Generación.”

También presentamos un excelente artículo acerca del ácido úrico de la Dra. Trujillo... La Doctora es tan bonita que todos piensan que es una Cirujano Plástica, pero es Uróloga.

Y por último: entren a español.free-ebooks.net y pueden buscar y descargar la revista del mes pasado. ¡Un abrazo a todos!

Dr. García Caballero.

CONTENIDO.

Manejo quirúrgico de la litiasis.....	21
Impotencia sexual.....	26
Hipertensión arterial.....	28
El ácido úrico.....	30
Charles Huggins.....	33
What is news?.....	36

CONTÁCTANOS.



boletínurologiconica@gmail.com
garcaba@hotmail.es



84634521, 81483806, 88104652,
89581272



Urología. Hospital Lenin Fonseca.
Reperto Los Arcos. Managua, Nicaragua.

SÍGUENOS.

bubok
www.bubok.es



Boletín Urológico Nicaraguense.



boletínurologiconica.wix.com/
urologiadenicaragua



Boletínurologic



Boletín urológico nicaraguense

You Tube

Urología de Nicaragua Divertículo Uretral

Free-eBooks.net

Revista Urológica Nicaraguense Septiembre 2013.

Abordaje quirúrgico de la litiasis en el Hospital Lenin Fonseca.

Dr. Alexander Sandoval.



RESUMEN.

“El estudio del Dr. Sandoval tiene casi un año. Y por desgracia muy poco ha cambiado: el nefroscopio lo seguimos usando poco. Pienso que son muchos los factores involucrados, pero me atrevería a decir que la falta de equipos es una de las principales. Recordemos que para hacer una NLP (NefroLitotripcia Percutánea), además del nefroscopio, necesitamos: un arco en “C” fluoroscópico, un técnico en Rayos X, catéteres ureterales, medio de contraste... En cuanto al ureteroscopio: le hemos sacado el máximo provecho, a pesar de que muchas veces no contamos con todos los accesorios para este equipo. ¿Y la litotripcia extracorpórea?... Tal vez lleguemos a tener cuando “nuestros políticos” dejen de “andar” en “BMW” y comiencen a “andar” en “KIA” o “HYUNDAI”.

-El Editor-

INTRODUCCIÓN.

La litiasis urinaria ha acompañado y mortificado al hombre desde los albores de la humanidad. Hemos pasado de una litiasis en la antigüedad de localización preferentemente vesical, formada por urato amónico y fosfato amónico y cuyo origen era infeccioso y nutricional, a una litiasis del mundo industrializado que se caracteriza por ser oxalocálcica y de localización preferentemente renal.

La urolitiasis sigue ocupando un lugar importante en la práctica urológica diaria, es la tercera enfermedad más común de las vías urinarias, tras las infecciones y las alteraciones prostáticas.

Hasta la década de 1980, la litiasis urinaria era un problema mayor de sa-

lud, con una significativa proporción de pacientes que requería extensos procedimientos quirúrgicos y una minoría bastante importante que perdía un riñón. Un estudio demostró que alrededor del 20% de los pacientes con enfermedad litiásica recurrente a los que se les realizaba cirugía por obstrucción e infección continuaban con el proceso patológico y desarrollaban insuficiencia renal leve.

Desde la antigüedad hasta nuestros días, el diagnóstico y tratamiento de la litiasis urinaria ha conocido grandes avances; la tecnología se ha impuesto. Un gran paso fue la aparición de la cistoscopia tanto rígida como flexible y, con el afinamiento de los diámetros de los ureteroscopios, poco a poco se fue perfeccionando la técnica de la litotripcia intracorpórea.

Más tarde, apareció la gran revolución de la litotricia extracorpórea y las técnicas endourológicas, que han disminuido considerablemente la morbilidad, n° de estancias hospitalarias y la inactividad laboral, derivadas de la cirugía abierta en la litiasis urinaria.

La LEOC junto a otras técnicas mínimamente invasivas como la nefrolitotomía percutánea (NLP) o la litotricia mediante ureteroscopia retrógrada (URS), han relegado a la cirugía abierta al último escalón de los protocolos actuales de tratamiento.

En nuestra unidad la litiasis urinaria representa un número significativo de consulta diaria, con repercusiones importantes en la salud y estilo de vida diaria de los pacientes que la padecen ya que conlleva desde episodios de dolor e infección hasta falla renal en algunos casos, provocando un impacto económico negativo para el paciente, la unidad de salud que lo atiende y la economía del país ya que en su mayoría representa pacientes laboralmente activos.

Sin embargo en nuestra unidad a pesar del avance actual en los abordajes urológicos de la patología litiásica la cirugía abierta continúa siendo una de las principales líneas de abordaje de la litiasis de la vía urinaria.

En razón a lo anterior y debido a la alta prevalencia de esta anomalía en Hospital Antonio Lenin Fonseca se realiza la presente investigación, con el objetivo de analizar la frecuencia de cirugía mínimamente invasiva y la cirugía abierta de los pacientes que acudieron a esta unidad hospitalaria.

OBJETIVOS.

Conocer las principales vías de abordaje para el manejo de la enfermedad litiásica del tracto urinario en los

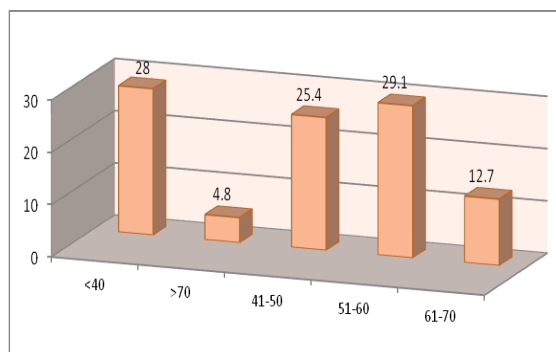
pacientes que acudieron al Servicio de Urología del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

MATERIAL Y MÉTODO.

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo una serie de casos que se realizó en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. El universo está comprendido por todos los pacientes que fueron intervenidos por patología litiásica de las vías urinarias durante el periodo de enero 2010 a diciembre 2012.

RESULTADOS.

En nuestro estudio la edad que presentó mayor frecuencia estuvo comprendida en tres principales grupos, 28%(53) son menores de 40 años, 29.1%(55) entre 51-60 años y un 25.4 %(48) entre 41-50 años.



En cuanto a la distribución por sexo no hubo diferencias significativas con 50.8%(96) femenina y 49.2 %(49.2) masculino.

La mayoría de los pacientes procedían de las áreas urbanas con 67.7% (128) y solo 32.3 %(61) de áreas rurales.

El nivel académico de los pacientes del estudio es de 46.6%(88) nivel primario, 32.2 %(61) nivel secundario y 15.9%(30) tienen nivel superior.

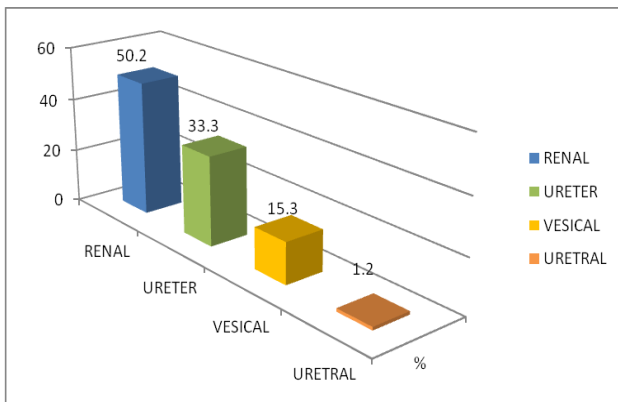
La preferencia religiosa encontrada

del 51.3%(97) católicos, 32.3%(61) evangélicos y 12.2%(23) no referían preferencia religiosa.

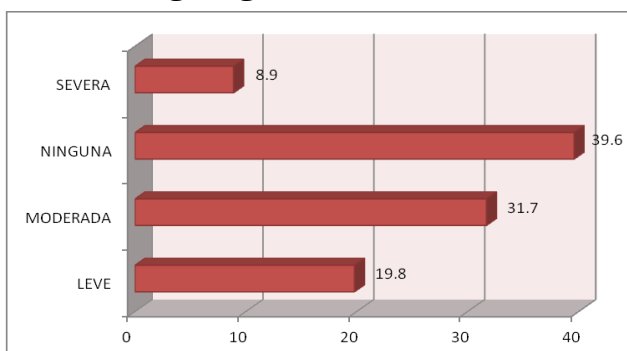
En cuanto a la profesión o función que ejercían se encontró un alto porcentaje de amas de casa con 39.7% (75), 25.4%(48) con trabajos múltiples y variados, 22.2%(42) obreros y 12.7% (24) son profesionales.

De los pacientes en el estudio, 95.2%(180) se realizaron estudios ecográficos, solo 48.2%(91) se hicieron pielogramas endovenosos, al 96.9% (183) es les realizó radiografías y solo 5.8%(11) presentaron estudios tomográficos.

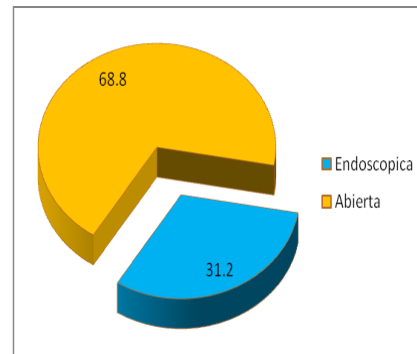
Los principales diagnósticos según estudios fueron las litiasis renales con 50.2%(95), litos ureterales con 33.3% (63), litiasis vesical con 15.3%(29) y litos uretrales con 1.2%(2).



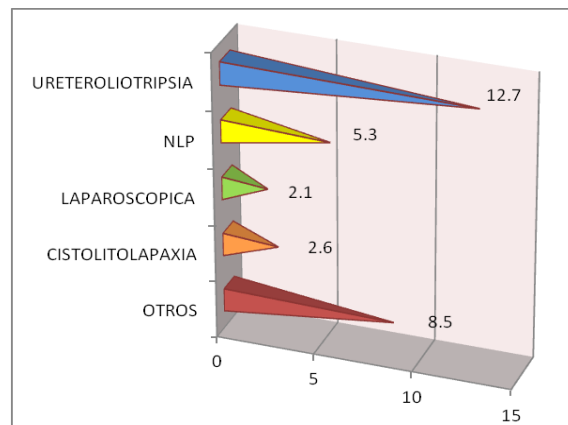
El grado de repercusión obstructiva que presentaron los pacientes con uropatía litiasica fue de una dilatación moderada con 31.7%(60), leve 19.6% (37), severa con 8.9%(17) y el 39.6% no tenían ningún grado de dilatación.



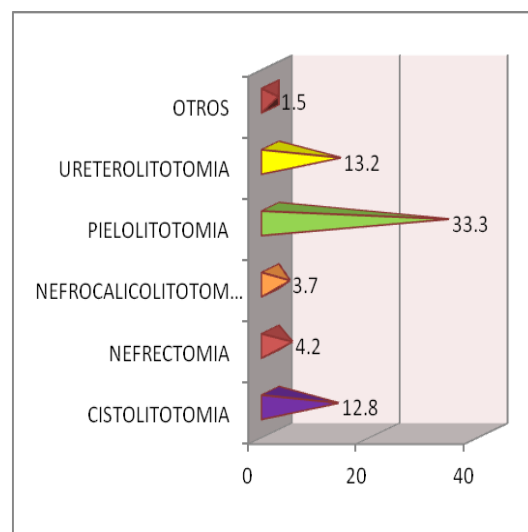
En relación al tipo de abordaje quirúrgico se observó que el 68.8% fueron intervenciones abiertas y 31.2% procedimientos endoscópicos.



De las cirugías endoscópicas se realizan con mayor porcentaje las ureterolitotripsias con 12.7%(24), seguidos de otros tipo de manejo con 8.5%(16) y nefrolitotripsia percutánea 5.3%(10).



Las cirugías abiertas que más se realizaron fueron las pielolitotomías con 33.3%(63), seguido de las ureterolitotomías con 13.2%(25) y las cistolitotomías con 12.8%(24).



DISCUSIÓN.

La importancia actual de la litotripiencia en el tratamiento de la litiasis de las vías urinarias radica en ser una opción ante la cirugía abierta y/o endoscópica. En este sentido debemos recalcar que hoy en día, constituye una de las principales armas terapéuticas en el tratamiento de la urolitiasis.

Nuestros datos clínicos respecto a la urolitiasis: no se observaron diferencias significativas en cuanto a frecuencia entre sexo, lo que está descrito por la literatura revisada para este estudio. Los principales grupos de edad que se observaron más afectados: estuvo comprendida dentro de un amplio rango de menores de 60 años de vida comparable con la literatura en los que se ha observado la máxima frecuencia de presentación de la urolitiasis entre la 4ta y la 5ta décadas de la vida.

Debido a las particularidades propias del servicio que es de referencia nacional y presta servicio de atención "pública" a la población general, nuestra población atendida en su mayoría son de procedencia urbana, de nivel de educación baja y un alto porcentaje de amas de casa, obreros y otras formas de fuente de trabajo que no cuentan con servicio de atención previsual ni condición económica para atención diferenciada, por lo que no contribuye al porcentaje real del universo que son afectados por litiasis de las vías urinarias.

Los datos obtenidos en el presente estudio muestran una diferencia significativa entre procedimientos quirúrgicos abiertos y abordajes endourológicos mínimamente invasivos para los pacientes con patología litiásica de la vía urinaria con un alto porcentaje (68.8%) de cirugías abiertas lo que contradice las indicaciones y manejo actual de esta patología en los que se reporta tan

solo 1 a 5.4% de cirugías abiertas en centros con equipamiento, pericia y experiencia en la LEOC y la cirugía endourológica.

Esto puede deberse a las diferentes limitantes de nuestra unidad como falta de equipamiento adecuado y constante en insumos médicos para los abordajes endourológicos, así como la falta de capacitación continua y actualizada de recurso médico, técnicos y personal de apoyo para la cirugía endourológica.

Se logró evidenciar que uno de los principales criterios para intervención quirúrgica fue la evidencia de repercusión obstructiva en tracto urinario en donde en su mayoría presentaban dilatación moderada del sistema colector y de ubicación ureteral y piélica, sin embargo también se observa un número de pacientes sometidos a cirugías los que no tenían ninguna repercusión obstructiva.

En su mayoría los pacientes sometidos a cirugía abierta se les realizó pielolitotomía o ureterolitotomía los que presentaban dilatación leve o moderada del sistema pielocalicial de igual manera se observó en los pacientes sometidos a cirugía endoscópica.

Tomando en cuenta los datos obtenidos consideramos que por ser un centro de referencia nacional y ser la única escuela formadora de médicos en la especialidad de urología no contamos con los equipos ni el personal debidamente calificado para que esta unidad sea un centro endourológico de referencia nacional en el que las cirugías que frecuentemente se realizan vía abierta logren realizarse por la vía endourológica y estar debidamente actualizados los procedimientos urológicos actuales.

CONCLUSIONES.

Las características generales de los pacientes de nuestro estudio sometidos a cirugía urológica por enfermedad litiásica del tracto urinario: observamos que no había diferencia significativa en cuanto al sexo, con respecto a la edad se observó una mayor frecuencia pacientes por debajo de los 60 años de edad con una mayor incidencia entre los 51-60 años de edad.

La procedencia por las características geográficas y por ser centro de referencia nacional predominaron los pacientes del área urbana, por el tipo de población y servicio que presta la unidad en su mayoría fueron pacientes de nivel académico bajo.

Los datos anteriormente obtenidos corresponden a una parte de la población realmente afectada por esta patología ya que no se incluyen los pacientes que acuden a las unidades de atención de salud "previsional" ni privada.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron un total de 189 de los cuales 61 de estos pacientes requirieron procedimiento endourológico, 128 cirugías fueron realizadas de forma abierta.

De las cirugías abiertas las que con mayor frecuencia se realizaron fueron pielolitomías con 63, ureterolitotomía con 25 y cistolitotomía con 24 y otras más para un total de 128 pacientes intervenidos de forma abierta.

De las cirugías endourológicas más realizadas fueron las ureterolitotripsias con 24, cambios de catéter con 16 y la nefrolitotripsia percutánea con 10 y otras más para un total de 50 pacientes intervenidos endourológicamente.

De todos los pacientes del estudio se logró evidenciar que uno de los principales criterios para intervención quirúrgica fue la evidencia de repercu-

sión obstructiva en tracto urinario en donde en su mayoría presentaban dilatación moderada y leve del sistema colector, de ubicación ureteral y piélica, sin embargo también se observa un número de pacientes sometidos a cirugías los que no tenían ninguna repercusión obstructiva.

Esto se debe a que no contamos con equipamiento para tratamiento inicial de los pacientes con carga litiásica baja por lo tanto la mayoría de las cirugías realizadas ya presentan alguna repercusión u cuadro clínico activo.

Tomando en cuenta los datos obtenidos consideramos que por ser un centro de referencia nacional y ser la única escuela formadora de médicos en la especialidad de urología no contamos con los equipos ni el personal debidamente calificado para que esta unidad sea un centro endourológico de referencia nacional en el que las cirugías que frecuentemente se realicen vía abierta logren realizarse por la vía endourológica y estar debidamente actualizados los procedimientos urológicos actuales.

CISTITIS, DISURIA, DISTURBIOS MICCIONALES... YA TIENE SOLUCIÓN...



SEXUALIDAD.



“La sexualidad es parte de nuestra naturaleza humana, negarte tu sexualidad es negarte a ti mismo”.

-Mi Novia Marcos-

Los impotentes.

Decía uno de mis maestros: “si conoces alguien que sólo vive de mal humor, o es que tiene una vida sexual insatisfactoria o es que tiene enfermedad hemorroidal; lo más probable es lo primero”.

Y la impotencia es una de las principales causas de vida sexual insatisfecha. Por cierto, el nombre correcto es disfunción eréctil. De aquí en adelante nos referiremos a ella con las siglas DE.

Recuerdo que hace algunos años, cuando recibíamos a un joven con DE simplemente decíamos: “es psicológica, busca un psicólogo”. Pero hoy en día eso ha cambiado, cuando nos llega un joven con DE le enviamos los estudios necesarios y nos encontramos con muchas sorpresas: jóvenes pre diabéticos o con el colesterol alto.

La DE puede dividirse en dos grandes grupos: psicológica y orgánica. Y la orgánica a su vez puede dividirse en Vascular, Neurogénica, Anatómica o Endocrina.



Entre las causas de DE orgánica encontramos: diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica, colesterol, tabaquismo, alcohol, fármacos y drogas.



Lo primero que hacemos ante un caso de DE, es una Historia Clínica para determinar si se trata de una DE psicógena u orgánica. Para esto, siempre preguntamos cómo son las erecciones nocturnas y cómo son las masturbaciones.

Normalmente desde que nacemos tenemos erecciones nocturnas, se calcula que tenemos de 1 a 5, y cada episodio puede durar hasta treinta minutos; esto lo hace nuestro cuerpo para mantener la buena función y “vitalidad” del pene. Así que le preguntamos al paciente qué tan rígido se siente el pene durante las erecciones nocturnas, si nos dice que la rigidez es normal es más probable una DE psicológica.

Otra cosa que hacemos, es instar a nuestro paciente de que ponga un video porno de "Jenna Jameson" - una de mis actrices porno favoritas - y se masturbe. Si el paciente logra una rigidez, duración y eyaculación normal: lo más seguro es que su DE sea psicológica y no orgánica.

Les juro que prefiero manejar una DE orgánica que una DE psicológica. Normalmente lo que hago ante una DE psicológica, es enviar al paciente con una amiga graduada en Psicología.

En cuanto al estudio y manejo de la DE orgánica: **1.** Interrogamos al paciente sobre sus enfermedades, un diabético o hipertenso debe mantener controlada su enfermedad para tener buenas erecciones. **2.** Lo interrogamos sobre los fármacos que toma... Ya he tenido pacientes que con sólo cambiar su atenolol - medicamento para la presión - el paciente recupera su vida sexual. **3.** ¡Es difícil, lo sé!... Le indicamos que deje de fumar y "tomar". **4.** Realizamos análisis de sangre; indagando sobre sus niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos. Incluso hay casos en los que debemos medir los niveles de las hormonas Testosterona, LH y FSH. **5.** Si es posible, podemos realizar un ultrasonido doppler de pene.

¡Lo importante es que busques ayuda! En números anteriores, te decía que no conozco ni un solo caso de una mujer que haya abandonado a su hombre por el tamaño de su pene; pero sí conozco muchas mujeres que han abandonado a su pareja por una vida sexual insatisfactoria.

¡Que no te de vergüenza buscar ayuda! ¡Tienes derecho a una vida sexual plena! Decía Freud que el sexo es el "motor de la vida": sólo piensa un minuto, por qué las mujeres viven obsesionadas por su peso... porque saben que a mayor peso corporal, tienen menos posibilidades de encontrar un compañero sexual; por qué los hombres estudiamos y trabajamos... para reunir los suficientes bienes materiales como

para atraer una mujer con la cual aparearnos. ¡Freud tenía razón!



Te recomiendo que: antes de comprar una "pastillita" en la farmacia o cualquier otro lado, nos visites; ya que la DE orgánica casi siempre es secundaria a una enfermedad potencialmente mortal, ya hemos tenido pacientes con hepatopatías, insuficiencia renal, enfermedades de la tiroides o suprarrenal como causas de su DE.

Puedes comprar la "Sex Max" o cualquier otra "cochinada", pero eso sólo es una solución temporal; no estas atacando la raíz de la enfermedad, no estas atacando la causa de la DE. Con el tiempo la enfermedad que causa la DE podría avanzar y acabar con tu vida, o tu "impotencia" podría llegar a convertirse en refractaria a los tratamientos médicos. Y... ¿Tienes el suficiente dinero para pagar por la "bombita"?

En este número quise enfocarme en las causas de la DE, y he procurado que no la vean como un problema aislado sino como una consecuencia de "algo malo" en nuestro cuerpo. En el próximo número nos enfocaremos en su tratamiento. ¡Nos leemos en la próxima! ¡Larga vida y mucho sexo a todos!

garcaba@hotmail.es



HIPERTENSIÓN

Lo que se debe saber.

Es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial y sus consecuencias. Se calcula que el 30 al 45% de la población mundial es hipertensa.

Cuando un paciente llega al consultorio por primera vez, se deben realizar estas tres acciones:

1. Se debe confirmar el diagnóstico.
2. Detectar posibles causas de HTA secundaria.
3. Evaluar comorbilidades, riesgo cardiovascular y lesiones subclínicas de órganos dianas.

1. Confirmación del diagnóstico. La medición ambulatoria por parte del paciente se considera útil para el diagnóstico pero no sustituye la medida en el consultorio.

2. Detectando HTA secundaria. Se debe sospechar HTA secundaria ante: elevación grave de la Pa, inicio brusco de la elevación de la Pa, empeoramiento brusco de una HTA previa, pobre respuesta al tratamiento, desproporción entre el daño de órganos diana y la duración de la HTA.

3. Buscando lesiones subclínicas. Se debe buscar lesiones asintomáticas de órganos dianas:

Corazón: electrocardiograma, si se detecta fibrilación auricular se debe iniciar tratamiento anticoagulante. Ecocardiograma.

Arterias: Se debe examinar el grosor de la íntima y presencia de placas en las carótidas. La rigidez aórtica se examina con la velocidad de la onda del pulso (VOP) carotídea-femoral.

Riñones: se mide el filtrado glomerular y la microalbuminuria.

Ojos: se realiza un fondo de ojo.
Cerebro.

Objetivos del tratamiento. Pacientes con Pa de 140-159/90-99 mmHg - registrada en el consultorio - se utilizan medidas no farmacológicas, si éstas no funcionan se utiliza tratamiento farmacológico. Si el paciente mantiene estas cifras en las mediciones ambulatorias, no se debe esperar y se deja tratamiento medicamentoso. Si el paciente con estas cifras es diabético, renal crónico o tiene antecedentes de enfermedad cardiovascular se inicia tratamiento desde el inicio.

Pacientes con Pa sistólica ≥ 160 mmHg o Pa diastólica ≥ 100 mmHg se inicia el tratamiento médico de inmediato.

En ancianos con Pa sistólica ≥ 140 mmHg se inicia tratamiento médico.

En pacientes con Pa normal-alta (130-139/85-89 mmHg) no se debe dar ningún tratamiento médico.

El objetivo del tratamiento es una reducción de la Pa $< 140/90$ mmHg. En los diabéticos el objetivo de la Pa diastólica es < 85 mmHg e incluso 80 — 85 mmHg si el paciente lo tolera. En ancianos con Pa sistólica ≥ 160 mmHg el objetivo de reducción debe ser entre 140 - 150 mmHg, si está en buenas condiciones el objetivo puede ser < 140 mmHg, si es un anciano frágil se debe ser prudente y no ser tan estricto con los objetivos.



Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

