

Nefrostomía percutánea: nuestra experiencia

Dres.: LOYOLA, M.; CAJEAO, P.; GAMBA, M.; PAGANO, J.; REBAUDI, S.

RESUMEN: Se presenta nuestra experiencia en nefrostomía percutánea en 37 pacientes, se describe la técnica utilizada y complicaciones. En caso de nefrostomías permanentes se propone la colocación de sondas nefrostómicas o Foley adaptadas, con previas dilataciones progresivas.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 146, 1992)

Palabra Clave: NPC = nefrostomía percutánea

INTRODUCCION

La NPC es un método de derivación urinaria sencillo, eficaz, de bajo costo, que ha desplazado por sus ventajas a la nefrostomía a cielo abierto, en los casos que es necesario derivar un riñón obstruido.

Es el tratamiento de elección en obstrucciones agudas de la vía excretora superior, ya sea para una derivación temporaria o definitiva. Es la puerta de entrada para el mundo de la endourología.

MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado NPC a un total de 37 pacientes (15 hombres y 22 mujeres), desde octubre de 1988 hasta mayo de 1992, en la división de Urología del Hospital General de

Agudos "Dr. Juan A. Fernández".

La NPC unilaterales fueron 24 y bilaterales 13. La edad de los pacientes osciló entre los 18 y 82 años y con respecto a su etiología se los dividió en:

— Cáncer ginecológico	15
— Cáncer vesical	10
— Cáncer de próstata	7
— Litiasis	2
— Cáncer de colon	1
— Cáncer linfático	1
— Estenosis pieloureteral	1
Total	37

El instrumental que se utilizó fue: en los sets de punción nefrostómica en sus distintas variedades, con catéteres tipo cola de chanco o Malecot; en algunos casos los sets de punción se reesterilizaron en amprolene o se utilizaron dilataadores telescopados rígidos (de Alken). Se utilizaron sondas Foley, de distintos calibres que fueron seccionados en su punta, para así lograr 3 orificios.

TABLA 18

Indicaciones del uso del catéter vesical en permanencia

A) Condiciones para poder ser empleado:

- 1) No tener alteraciones psiquiátricas que hagan dificultosa la sumisión necesaria para soportarlo.
- 2) Debe existir un calibre uretral permisible.
- 3) Disponibilidad electiva de catéteres de silastic.
- 4) No debe existir uretritis aguda.
- 5) No existir inestabilidad vesical severa no controlable con medicamentos.
- 6) Deben conocerse y aplicarse rigurosamente las leyes del cateterismo.

B) Indicaciones

- 1) Retención de orina que cursa con abundante residuo, vesical e IO por rebosamiento con uroestasia severa.
- 2) Heridas de piel de perineo y región sacra en pacientes inmovilizados o espásticos graves con flexoaducción espástica de los miembros inferiores.
- 3) Para mantener seco al paciente terminal.
- 4) Cuando por razones insolubles no se puede realizar un plan de cateterismo intermitente.
- 5) Como tratamiento sintomático en pacientes que no pueden ser aplicados otros métodos.

C) Manejo del catéter en permanencia

- 1) Mantener el drenaje de la orina en circuito cerrado estéril.
- 2) El reservorio de la orina debe estar ubicado debajo del nivel del pubis.
- 3) Mantener, en especial en los varones, el catéter apoyado en el hipogastrio.
- 4) No irrigar por el catéter ni dar antibióticos si no existe evidencia de infección sintomática.
- 5) Si existe infección sintomática el catéter debe ser extraído y hacer urocultivo y antibiograma de la punta del catéter retirado.
- 6) Si aparece infección sintomática u otro síntoma irritativo, debe hacerse una reevaluación genitourinaria completa.

BIBLIOGRAFIA

1. International Continence Society Standardization Committee: The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Scand. J. Urol. Nephrol.* II:193, 1977. International Society Annual Meeting, Roma, Italia, Octubre 4-6, 1979.

2. Hu, T.: Impact of urinary incontinence on health-care costs. *J. Am. Geriatr. Soc.* 38:292, 1990.
3. Ouslander, J. G.; Krane, R. L.: The cost of urinary incontinence in nursing homes. *Med. Care*, 22:69, 1984.
4. Mohide, E. A.: The prevalence and scope of urinary incontinence. *Geriatric Clinic* 2 (4):639, 1986.
5. Feneley, R. C. L.; Sheperd, A. M.; Powell, P. H.; Blannin, L. J. B.: Urinary incontinence, prevalence and needs. *Br. J. Urol.* 51 (6):493, 1979.
6. Thomas, T. M.; Plymat, K. R.; Blannin, J. B.; Meade, T. W.: Prevalence of urinary incontinence. *Br. J. Urol.*; 281:1243, 1980.
7. Isaacs, B.; Walkey, F. A.: A survey of incontinence in elderly hospital patients. *Geront. Clin.*; 6:367, 1964.
8. Guzman, J. M.: Sintomatología urinaria en población de más de 65 años de edad (840 pacientes pertenecientes al sistema PAMI de la República Argentina). Informe preliminar elevado a las autoridades de PAMI, Diciembre 1979.
9. Blaivas, J. G.; Olsson, C. A.: Stress incontinence; classification and surgical approach. *U. Urol.* 139 (4):727, 1988.
10. Gittes, R. F.; Laughlin, K. R.: No-incision pubovaginal suspension for stress incontinence. *J. Urol.* 138:568, 1987.
11. Burch, J. C.: Urethrovaginal fixation to Cooper ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 120:613, 1961.
12. Marshall V. F.; Marchetti, A. A.; Krantz, K. E.: The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg. Gynecol. Obstet.* 88:509, 1949.
13. Mc Guire, E. J.; Bennett, C. J.; Sonda, L. P.; Savastano, J. A.: Experience with pubovaginal slings for urinary incontinence at the universe. *Of Michigan. J. Urol.* 138:525, 1987.
14. Rodríguez Palma, P. C.; Rodríguez Netto, N.; Ikari, O.; D'Ancoa, C.: Paraurethral autologous subcutaneous fatty tissue injection for female urinary stress incontinence. *Actas del 85º Meeting de la AAU. Mayo 1990, New Orleans, U.S.A.*
15. Politano, V. A.: Periurethral polytetrafluoroethylene injection for urinary incontinence. *J. Urol.* 27:439, 1982.
16. Fishman, I. J.; Shabsigh, R.; Scott, F. B.; Experience with artificial urinary sphincter model AS 800 in 148 patients. *J. Urol.* 141:307, 1989.
17. Guzmán, J. M.: Balón intravaginal inflable para el tratamiento paliativo de la incontinencia de orina femenina. IPº Congreso Iberoamericano de Neurología y Uroginecología. Calvia, Mallorca, España. Octubre 1991.
18. Bates, C. P.: The unstable bladder. *Clin. Obstet. Gynecol.* 5:109, 1978.
19. Guzmán, J. M.; Delmar, A.; Miguel, A. M.; González Varela, A.: Tratamiento de la espasticidad por neurolisis periférica y central en combinación con un derivado del G.A.B.A. *Prensa Médica Argentina*, 60:200, 1973.
20. Stone, A. R.; MacDermott, J. P.: Management strategies in complex neurologic urinary incontinence. En *Problems in Urology. Urinary Incontinence*. Ed. Webster G. Stone A. 1990, pág. 156.
21. Guzmán, J. M.; González, R.: Evaluación y tratamiento urológico del niño mielodisplásico. *Pediatría* 1; 1981.



*Infección
urinaria*



UROSEPTAL

Norfloxacina Bagó

*Primera
elección*

Presentación:
envases conteniendo 10 y
20 comprimidos



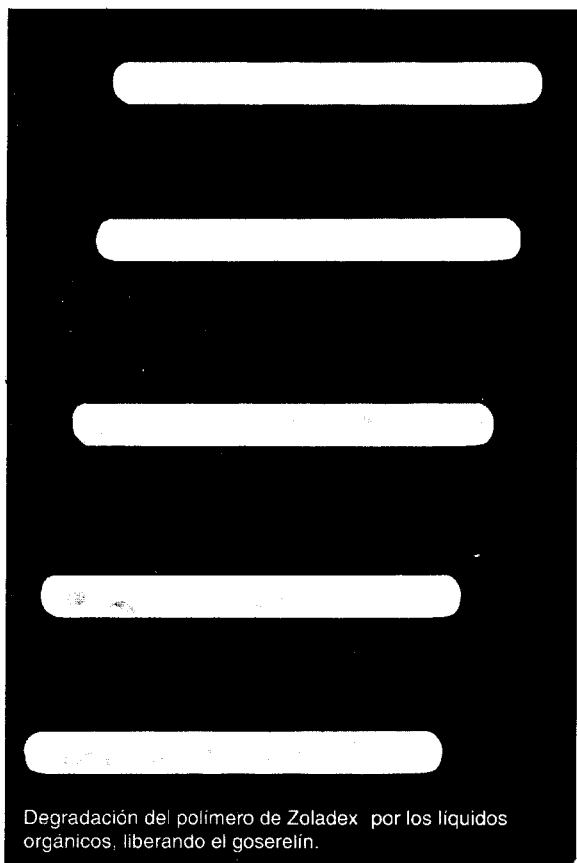
Líder en antibioticoterapia

novación

Zoladex®

goserelin ICI N° 118360

*La forma más avanzada
para tratar el cáncer de próstata*



Formulación Novedosa y Exclusiva:

Zoladex® (Goserelin), análogo de la LHRH, contenido en un implante biodegradable. Único que se inyecta por vía subcutánea en la pared anterior del abdomen, cada 28 días.

*Una inyección subcutánea
cada 28 días*

Única lista para usar



Farma

L.N. Alem 1110 4º Piso
(1001) Buenos Aires

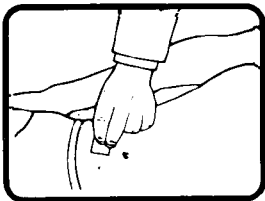
Para mayor información:
Relaciones Médicas. Tel.: 312-1595

Zoladex®

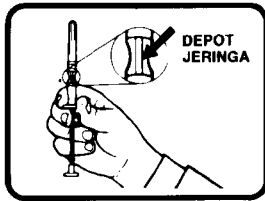
goserelin ICI N° 118360

*La forma más avanzada
para tratar el cáncer de próstata*

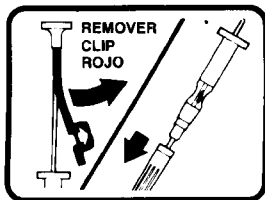
Instrucciones para su uso



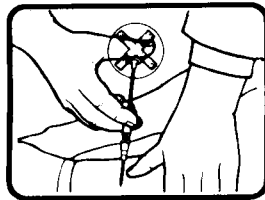
Limpia el área cutánea abdominal a inyectar e infiltrar con anestesia local si es necesario.



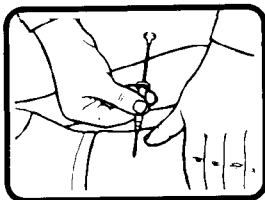
Abra la bolsa rasgando donde indican las flechas y saca la jeringa. **No remover el depósito rojo.** Chequear que el depot esté presente en la jeringa.



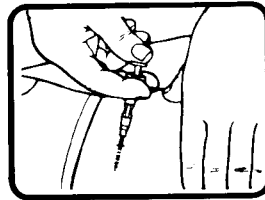
Remover el dispositivo rojo tomando los recaudos necesarios para no expulsar accidentalmente el depot. Quitar la tapa que cubre la aguja.



Toma **incorrecta** para la inserción de la aguja.



Toma **correcta**: dedos alrededor del cilindro.



Insertar la aguja en forma subcutánea. Presionar el émbolo hasta inyectar totalmente el depot. Cubrir el área inyectada con una gasa estéril.

Información para prescribir

Presentación: Zoladex® se presenta como un depot cilíndrico estéril de color blanco cremoso en el cual el acetato de goserelin (equivalente a 3,6 mg. de goserelin) está disperso en una matriz biodegradable contenida en una jeringa precargada. Se trata de una dosis única, no fraccionable, para inyección subcutánea. **Fórmula:** Cada jeringa precargada contiene: Goserelin (como acetato) 3,6 mg. Co- polímero láctico/glicólico c.s.p. 18,0 mg. **Acción Terapéutica:** Zoladex® es un superanálogo de la LHRH, útil en el tratamiento del cáncer de próstata sensible a la terapia hormonal y en el cáncer de mama de pacientes premenopáusicas y perimenopáusicas en las que es adecuado un tratamiento hormonal. Zoladex®, empleado en el tratamiento de la endometriosis alivia los síntomas, incluyendo el dolor, y reduce el tamaño y el número de las lesiones endometriales. Zoladex® empleado en el tratamiento de fibromas reduce las lesiones, mejora el estado hematológico del paciente y disminuye los síntomas, incluyendo el dolor. Se utiliza como adyuvante de la cirugía para facilitar la técnica y reducir la pérdida de sangre operatoria. **Posología y Administración:** Adultos: Inyección subcutánea de un depot de Zoladex® 3,6 mg. cada 28 días en la pared abdominal anterior. En caso necesario se puede utilizar un anestésico local. No es necesario modificar la dosis en los pacientes de la tercera edad o con insuficiencia renal o hepática. Niños: No se recomienda su utilización en niños. **Precauciones:** Se deberá ejercer especial cuidado en aquellos pacientes con riesgo de desarrollar obstrucción de los uréteres o compresión de la médula espinal y los mismos deben ser monitoreados frecuentemente durante el primer mes de tratamiento. Si ya existe o se está desarrollando compresión de la médula espinal o insuficiencia renal debida a obstrucción de los uréteres, se deberá comenzar con el tratamiento estándar de estas complicaciones. La utilización de LHRH análogos en mujeres puede causar pérdida de la densidad mineral ósea. Actualmente los estudios realizados sugieren que puede existir cierta recuperación de la pérdida ósea con el cese de la terapia. No hay datos clínicos sobre los efectos del tratamiento de afecciones ginecológicas benignas con Zoladex®, por períodos superiores a seis meses. **Advertencias:** Después de dosis múltiples de Zoladex® por tiempo prolongado, se ha observado un aumento en la incidencia de tumores hipofisarios benignos en la rata macho. Aunque este hallazgo es similar al que se había observado anteriormente en esta especie luego de la castración quirúrgica, no se ha determinado que tenga importancia en el ser humano. El tratamiento prolongado con dosis repetidas en ratones, produjo cambios histológicos en algunas regiones del sistema digestivo manifestados por hiperplasia de las células de los islotes pancreáticos y proliferación benigna de la región pilórica, también reportada como una lesión espontánea en esta especie, desconociéndose la relevancia clínica de estos hallazgos. **Efectos Colaterales y Secundarios:** Se han reportado erupciones cutáneas, pero generalmente son leves y ceden sin que sea necesario suspender la terapia. Efectos farmacológicos en el hombre incluyen llamadas de calor y disminución de la potencia, que no requieren la suspensión del tratamiento. Infrecuentemente se ha observado urgencia y sensibilidad manriaria. Al inicio del tratamiento los pacientes con cáncer de próstata pueden experimentar un aumento transitorio del dolor óseo, que puede ser tratado sintomáticamente. Efectos farmacológicos en la mujer incluyen llamadas de calor, sudoración y cambios en el libido que no requieren la suspensión del tratamiento. Ocasionalmente se han notado cefaleas, cambios del estado de ánimo, incluyendo depresión, sequedad vaginal y cambios en el estado mamario. Inicialmente, las pacientes con cáncer de mama pueden experimentar un aumento transitorio de signos y síntomas, que pueden ser tratados sintomáticamente. Excepcionalmente las pacientes con metástasis ósea han desarrollado hipercalcemia al inicio del tratamiento. Muy raramente algunas mujeres pueden entrar en la menopausia durante el tratamiento con LHRH análogos y no reanudar las menstruaciones con el cese de la terapia. **Contraindicaciones:** Embarazo: Zoladex® no debe utilizarse durante el embarazo debido a que existe un riesgo teórico de aborto o anomalía fetal. Las mujeres potencialmente fértiles deben examinarse cuidadosamente antes de iniciar el tratamiento para excluir la posibilidad de embarazo. Durante la terapia con Zoladex® deberían utilizarse métodos anticonceptivos no hormonales. Lactancia: No se recomienda la utilización de Zoladex® durante la lactancia. **Sobredosis:** No hay ninguna experiencia de sobredosis en seres humanos. Estudios en animales sugieren que con dosis de Zoladex® más altas que las normales, no existen otros efectos que no sean los terapéuticos sobre la concentración de la hormona sexual en suero y sobre el aparato reproductor. En el caso de sobredosis el tratamiento debe ser sintomático.

Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud y Acción Social. Certificado N° 39238
Conservar dentro de su envoltorio original y en heladera a temperatura menor de 25°C
Zoladex® es la marca registrada de Goserelin ICI N° 118360 Investigado y desarrollado por ICI.

Utilizar solamente si la bolsa
está intacta



Para mayor información:
Relaciones médicas. Tel.: 312-1595



UROTEM

● **MAXIMO ESPECTRO ANTIBACTERIANO**

● **EXCELENTE EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS**

● **ESCASA RESISTENCIA BACTERIANA**

● **COMODA POSOLOGIA**
● **BUENA TOLERANCIA GENERAL**

FORMULA:

Cada comprimido de UROTEM contiene:

Norfloxacina 400 mg
Excipientes, c.s.p. 550 mg

POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION:

Se sugiere una posología de 400 mg, dos veces al día durante 7 días.

PRESENTACION:

Envases por 14 comprimidos.

Laboratorios **Temis** Lastaló



Técnica

Límites anatómicos:

Hay que tener en cuenta la anatomía endourológica, como área de punción tenemos los siguientes límites:

- 1 Por arriba, el borde inferior de la 12 costilla.
- 2 Como laterales el borde externo de los músculos paraespinales y la línea axilar posterior.
- 3 Por abajo la cresta ilíaca.

El plano frontal del riñón tiene una variación de aproximadamente 30 a 50 grados, con respecto al plano coronal del cuerpo (Foto 1).

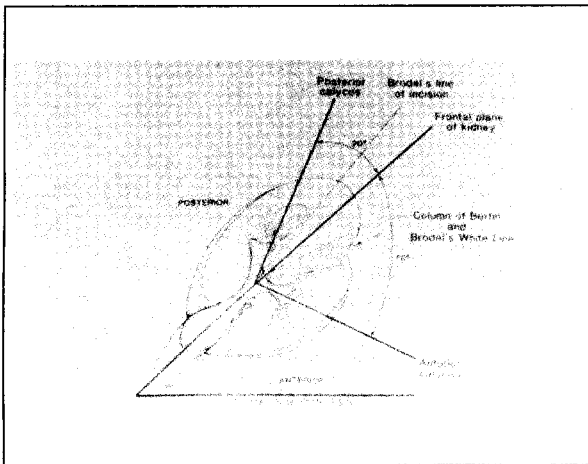


FOTO 1: Anatomía endourológica (modo Brodel)

Los cálices posteriores tienen una variación de 20 a 70 grados, con respecto al plano coronal del riñón, ya sea en el modo Brodel o Hodson.

Con estos parámetros anatómicos, fijar la imagen tridimensional de lo que se va a realizar:

- a) Preparación
- b) Localización
- c) Punción definitiva
- d) Dilatación del trayecto
- e) Catéter definitivo

a) Preparación

Pedimos un coagulograma. Evaluamos previamente con ecografía, el grado de dilatación, grosor de parénquima renal, localización; mediante respiración lenta marcamos el sitio a punzar, la angulación y la profundidad. En caso de poseer el cabezal del sonógrafo esterilizado para biopsias dirigidas colocamos la aguja de punción con su vaina de teflon por donde colocaremos el alambre guía.

Nos dirigimos a la sala de rayos donde está la mesa de fluoroscopia o al quirófano donde se encuentra el arco en "C".

Colocamos una venoclisis, para tener una vía, y a veces damos analgésicos sistemáticos (ketorolac); en caso de insuficiencia renal aguda la sedación la da el mismo estado urémico. El paciente queda en decúbito ventral o de supinación. Elevamos la zona a punzar aproximadamente unos 30 grados.

b) Localización

Previo infiltración anestésica punzamos con la aguja fina de chiba, hasta obtener orina, la cual se puede cultivar, inyectamos sustancia de contraste obteniéndose la visualización de los cálices, pelvis y uréter, este sitio de punción no es el definitivo. En caso de piónefrosis, no sobredistender, por el peligro de sobrepresión de la pelvis y reabsorción de baterías.

c) Punción definitiva

La punción definitiva debe ser:

- Posterolateral
- Infracostal
- Transparenquimatoso
- Cáliz posterior, medio o inferior
- Posterolateral: por la comodidad del paciente y evitar que se doble el catéter a dejar.
- Infracostal: evitar los problemas pulmonares o lesión del plexo intercostal.
- Transparenquimatoso: para alejarnos del pedículo renal, y mejor fijación del catéter a través del parénquima.
- Cáliz posterior preferente medio o inferior, siguiendo el plano hipovasculoso del parénquima renal.

Una vez localizado y punzado el lugar definitivo, con una aguja más gruesa con vaina de teflon, luego de obtener orina espontáneamente, se coloca el alambre guía, en lo posible que se dirija hacia el uréter inferior, con un buen margen de alambre para que no se salga durante el procedimiento (Foto 2).

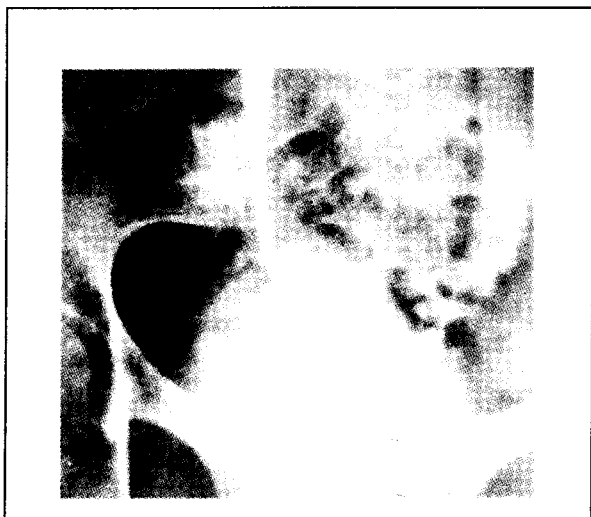


FOTO 2: Alambre guía del uréter hacia la vejiga colocado por vía percutánea

d) Dilatación del trayecto

Los dilatadores pueden ser semirígidos o rígidos metálicos telescopados. Utilizamos los dilatadores semirígidos, son flexibles y siguen el alambre guía aunque haya desviaciones. Con los metálicos, el trayecto es más directo, la dilatación es más brusca aumentan de 3 Ch, pero se hace más dificultosa por lo traumática y dolorosa.

Hay que tener en cuenta los lugares de resistencia, primero la fascie lumbodorsal, y segundo la cápsula renal, esta es más sensible.

Favorece la dilatación del trayecto una buena infiltración anestésica local paralela al dilatador colocado; incisión de piel amplia, con mucha delicadeza sin alejarse del trayecto a dilatar. En general dilatamos 2 Ch más del catéter que vamos a dejar. El catéter y dilatadores penetran como un tornillo.

e) Catéter definitivo

Una vez dilatado el trayecto, se coloca el catéter a dejar; hay distintos tipos:

- Cola de chanco, de 8 a 11 Ch
- Malecot, 14 o 16 Ch
- Sondas nefrostómicas percutáneas

El catéter debe quedar en la pelvis renal, lo comprobamos con inyección de la substancia de contraste por el mismo. Fijar los catéteres mediante los discos autofijables o a piel con suturas, o ambas; luego curación plana (Foto 3).

Dentro de los cuidados post-punción, lavados periódicos si hay hematuria marcada o coágulos y evaluar antibiótico/terapia si es necesario.

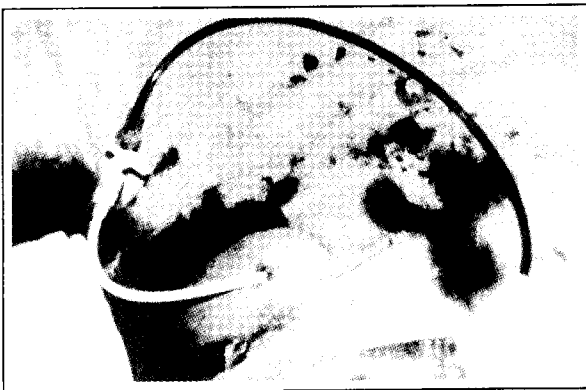


FOTO 3: Catéter Malecot 14 Ch colocado por NPC

Nefrostomía percutánea definitiva

En el estado de derivación permanente habrá que valorar patología, edad, pronóstico, riesgo quirúrgico y la decisión del paciente.

Por supuesto que hay que evaluar otros medios de derivación permanentes quirúrgicos o drenajes internos mucho más confortables pero de difícil colocación (se tapan, sangran o se infectan).

En caso de considerar la nefrostomía percutánea como un método de derivación definitiva consideramos:

- Que el catéter cola de chanco es de escaso calibre, se tapa y se sale.
- El catéter Malecot al tiempo se quiebra en la salida cutánea o cercano a la válvula; la válvula es de menor calibre que el catéter, por lo que estenosan la salida de orina y se tapa (Foto 4).

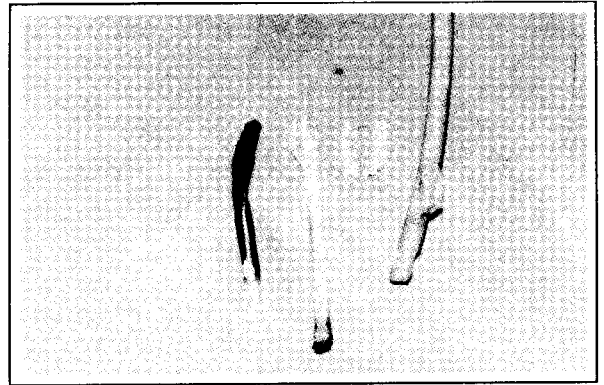


FOTO 4: Deterioro de la sonda Malecot y conservación de la sonda Foley, luego de 5 meses de uso.

Proponemos, en caso de NPC permanentes, la colocación de un catéter Malecot 14 Ch, durante 8 semanas, luego colocar una sonda nefrostómica o sonda Foley adaptada (con un tercer orificio por sección de la punta de la sonda) de 16 Ch y luego periódicamente cada 4 a 8 semanas ir dilatando en forma progresiva de a 2 Ch hasta lograr un calibre óptimo.

Consideramos que las sondas nefrostómicas verdaderas o adaptadas son flexibles, cómodas, poco traumáticas para el urotelio, autofijables, sin adaptadores y que van directamente a la bolsa de orina.

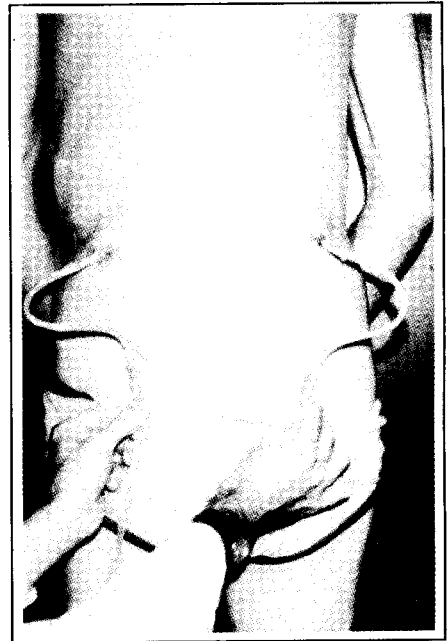


FOTO 5: NPC bilateral con sonda Foley en paciente con Ca de próstata.

COMPLICACIONES

— Mortalidad	—
— Hemorragias retroperitoneales	—
— Fracaso de la punción	2
— Salidas de catéter	4
— Punción del colon	1
— Lipotimia	1

Las salidas del catéter se las observó principalmente en obesos y con catéter cola de chanco.

En un caso, luego de colocar el catéter e inyectar sustancia de contraste, en la placa de control se observó el marco colónico y el catéter dentro de la pelvis con una imagen urográfica sin particularidades; inmediatamente se realizó una endoscopia colónica en la cual se descartó que el catéter haya atravesado el colon.

Se resolvió espontáneamente con observación y quimioprofilaxis antibacteriana.

En la lipotimia, pensamos que fue un reflejo vagal cuando manipulamos el alambre guía dentro del uréter; por lo que aconsejamos realizar este procedimiento con una venoclisis.

La hematuria es consecuencia del procedimiento y se resuelve, con lavados periódicos con solución fisiológica, para que no se tape el catéter con coágulos, y con el tiempo.

CONCLUSIONES

La NPC es un método terapéutico:

Relativamente sencillo, eficaz, repetible, no afecta la futura cirugía, con escasas complicaciones y se utiliza anestesia local.

El urólogo debe manejar esta técnica tanto en su indicación como en su ejecución, ya que solo él puede hacer frente a las posibles complicaciones.

Consideramos, en caso de una NPC permanente, las sondas nefrostómicas o Foley adaptadas que, dilatando en forma progresiva, presentan estas ventajas: mayor calibre y flexibilidad, siendo mejor toleradas por los pacientes.

El drenaje debe ser seguro y no debe taparse. Cada urólogo tiene su propia preferencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Stables, D. P.: Percutaneous nephrostomy. Urol. Clinics of N. A., Vol. 9, Nbr. 1, Feb. 1982.
2. Castaneda Zúñiga, W. R.; Amplatz, K.: Percutaneous nephrostomy with the steamy catheter. Urol. Clinics of N. A., Vol. 9, Nbr. 1, Feb. 1982.

3. Clayman, R. V.; Castaneda Zúñiga, W. R.: A guide to the percutaneous removal of renal and ureteral calculi. (Book).
4. Hedegaard, C. K. and Wallace, D.: Obstetrical and gynecological survey, Vol. 42, Nbr. 11, 1987.
5. Teenan, R. P.; Ramsay, A.: Percutaneous nephrostomy in the management of the malignant ureteric obstruction. British J. U., Vol. 64, Page 238 to 240, 1989.
6. Alken, G. R.: Percutane nephropylostomie. Rontgenstr 128, page 720, 1978.
7. Kaye, K. W.; Reinke, D.: Detailed caliceal anatomy for endourology. J. U., Vol. 132, Dec. 1984.
8. Segura, J. W.: Review article endourology. J. U. Vol. 132, Dec. 1984.
9. Delavierre Fournier, G.; Mangin, P.: J. U. Vol. 95, Page 319/29, 1989.
10. Chiou, K.; Chang, W.; Joran, J.: Ureteral obstruction associated whit prostate cancer. J. U. Vol. 143, May 1990.
11. Rochi, A.: Nefrostomía por punción. Rev. Arg. de Uro. y Nefro., Vol. 30, Nº 9 a 12, pag. 400/402, 1961.
12. Damia, O.; Lola, M.; Schiappapietra, J.: Nefrostomía percutánea. Rev. Arg. de Uro. y Nefro., Vol. 49, Nº 2, Pag. 4 y 5, 1983.
13. Rizo, M. A.: Nefrostomía percutánea. Rev. Arg. de Uro., Vol. 57, Nº 1, 1992.

COMENTARIO

Felicitó a los autores por la presentación y desarrollo del mismo, en el cual se detallan las distintas opciones sobre la realización de la NP, la cual ya fue descripta hace más de 30 años por Goodwin y colaboradores.

Es de destacar que la misma es el acceso de elección para realizar múltiples maniobras endourológicas, tales como la inserción de catéteres ureterales, extracción y disolución de cálculos, cierre de fistulas, administración de drogas, extracción de cuerpos extraños, inserción de instrumentos para cepillado y biopsias y la realización de endopielotomías.

Se sugiere, tal cual escriben los autores, realizar la NP en ambiente hospitalario, que posea quirófanos de rápida disponibilidad, por si se presentara alguna emergencia producto del procedimiento, siendo conveniente también que las prácticas de NP sean realizadas por urólogos y/o equipos combinados de urólogos y radiólogos.

Finalmente, se pone a consideración del auditorio la discusión sobre la conveniencia de derivar pacientes oncológicos terminales y sus implicancias médicas, éticas y legales.

Dr. Oscar A. Damia