

Dependencia:
Unidad de Desarrollo Institucional



COD
MPS-001

Aprobación
Febrero 2023

Sección Normalización

Manual de procedimiento de salud

Urología

MPS

AUTORIZADO

REVISADO

APROBADO

F. 
Dr. Edwin Roberto Salmerón

Gerente de Salud

F. 
Licda. Rosa Alba Quintana

Jefatura Unidad de Desarrollo
Institucional

F. 
Dra. Mónica G. Ayala Guerrero

Directora General del ISSS

GOBIERNO DE



EL SALVADOR

Contenido

- Portada
- I. Propósito
- II. Marco legal y referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Disposiciones generales
- VII. Desarrollo
 - 1. Flujometría libre
 - 2. Flujometría más electromiografía
 - 3. Estudios urodinámicos completo: flujometría, cistomanometría, presión, flujo, electromiografía de esfínter uretral
 - 4. Biofeedback para piso pélvico
 - 5. Colocación de pesarios vaginales
 - 6. Doppler de Pene
 - 7. Colocación de toxina botulínica
 - 8. Colocación de neuroestimulador o neuromodulador sacro
 - 9. Litotricia extracorpórea
 - 10. Dilatación uretral
 - 11. Biopsia de próstata
 - 12. Biopsia de pene
 - 13. Frenuloplastia
 - 14. Meatotomía
 - 15. Corte dorsal de prepucio
 - 16. Cistoscopia
 - Procedimientos realizados por personal de enfermería.
 - 17. Quimioterapia intravesical
 - 18. Terapia de interferón para enfermedad de Peyronie
 - 19. Electroestimulación perineal
 - 20. Terapia de tibial posterior
 - 21. Programa de cateterismo intermitente ambulatorio y permanente ambulatorio



- VIII. Responsabilidades en la normativa
- IX. Registros y formularios utilizados en el proceso
- X. Personal que participó en la formulación del documento
- XI. Registro de actualización de documento.
- XII. Anexos
- XIII. Registro de Adendas



I. Propósito

Mantener estandarizados los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la patología urológica, para asegurar una atención de calidad a las usuarias y facilitar los procesos de enseñanza aprendizaje de los especialistas en dicha patología.

II. Marco legal y documentos de referencia.

- Constitución De La República De El Salvador.
Capítulo Único – La Persona Humana Y Los Fines Del Estado – Art. 1 y Art. 65.
- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022).
- Código De Salud. – Art. 148.

III. Alcance

El presente Manual de Procedimientos es de aplicación obligatoria por todo el personal de salud que interviene directa o indirectamente en la atención de derechohabientes con patología urológica

IV. Vigencia

El presente documento normativo tiene un período de vigencia de cinco años a partir de su aprobación y es de estricto cumplimiento, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo.

V. Disposiciones Generales

1. Los procedimientos urológicos serán realizados de acuerdo a su complejidad por médico urólogo o residente de urología con autorización de médico urólogo tratante. Algunos procedimientos urológicos serán realizados por personal especializado de enfermería.
2. Para la realización de procedimientos urológicos se requerirá la presencia de médico urólogo, residente de urología, enfermera especializada, técnico en radiología e imágenes, de acuerdo a la complejidad del procedimiento.

3. El médico que indique un procedimiento urológico que requiera sedación deberá indicar exámenes y evaluaciones de acuerdo a Norma de Manejo Perioperatorio en Anestesiología del ISSS, vigente.
4. A todo paciente a quien se le realizará procedimientos urológicos invasivos (Urodinámica y cistoscopia), se le indicará, Examen general de orina y urocultivo.
5. En caso de litotripsia, se indicará Examen General de Orina, urocultivo, hemograma, tiempos de coagulación y creatinina.
6. En caso de estudios o procedimientos que se realicen en un centro distinto al que se prescribe, el médico tratante solicitará la firma de 2 hojas de consentimiento informado ambas originales (ver anexo 1. Formulario de consentimiento informado código SAFISS: 130201002), una quedará en el expediente y la otra la presentará el día del procedimiento. En caso de estudios o procedimientos que se realicen en el mismo lugar donde se indiquen, solamente se solicitará la firma de una hoja de consentimiento informado.
7. El médico que indique el procedimiento urológico, deberá instruir al paciente en cuanto a:
 - Suspender medicamentos antiplaquetarios o anticoagulantes 8 días previos al estudio o el tiempo que estime conveniente.
 - Que el día de su cita se presente con al menos 8 horas de ayuno.
 - Presentar formulario de consentimiento informado debidamente lleno, estudios radiológicos, evaluaciones preoperatorias y cualquier otra recomendación necesaria.
 - Indicaciones sobre tricotomía (un día previo) en los procedimientos que lo ameriten.
 - Cumplir las instrucciones dadas en la hoja correspondiente al procedimiento que se va a realizar.
8. En caso de requerir sedación para el procedimiento, el día de su cita el paciente deberá ser acompañado por otra persona.
9. Posterior a la realización del procedimiento, se deberá dar recomendaciones al paciente en cuanto a: signos de alarma y donde asistir en caso de que se presenten, adherencia al tratamiento, controles y otras recomendaciones de acuerdo al tipo de procedimiento.

VI. Desarrollo

1. Flujometría libre

A. Definición

La uroflujometría mide la tasa de flujo del chorro urinario externo como volumen por unidad de tiempo en mililitros por segundo. Es una medida no invasiva de la tasa de flujo urinario (flujo máximo [Q_{máx}] y flujo promedio [Q_{ave}] en ml/s), el volumen total evacuado y el tiempo de flujo máximo.

B. Objetivo

La flujometría pretende recrear el patrón natural de vaciamiento del paciente y de esta forma identificar trastornos urinarios.

C. Equipo

Equipo de prueba de Urodinámica: flujómetro.

D. Indicaciones

Todo paciente que consulte por síntomas urinarios inferiores o por evaluación del resultado de tratamiento, ya sea farmacológico o quirúrgico.

E. Contraindicaciones.

- Utilización de sonda vesical.
Infección de vías urinarias activa (Contraindicación relativa).

F. Preparación del paciente.

El paciente debe acudir a la Unidad de Urodinámica, previa cita, con el deseo normal de orinar. No se requiere de ninguna otra preparación ni examen alguno.

G. Descripción del procedimiento.

1. El paciente orina en un flujómetro en el momento en que siente deseo de miccionar.
2. Luego se mide la orina residual a través de una ecografía.

H. Manejo post procedimiento

No hay ningún tipo de cuidado especial después de una uroflujometría.

I. Complicaciones inmediatas y tardías.

Una uroflujometría es un examen seguro para la mayoría de las personas.

Es posible que existan riesgos según su afección específica como retención urinaria o diarrea.

- Complicaciones tardías
No existen.

2. Flujometría más electromiografía

A. Definición

La uroflujometría mide la tasa de flujo del chorro urinario externo, como volumen por unidad de tiempo en mililitros por segundo, y la electromiografía es un test electrofisiológico que consiste en registrar información del esfínter anal externo, el músculo elevador del ano y el esfínter uretral estriado.

B. Objetivo

Identificar trastornos urinarios específicos de vaciamiento.

C. Equipo

Equipo prueba de Urodinámica: flujómetro más electromiografía.

D. Indicaciones

- Personas que presentan incontinencia o retención urinaria.
- Infecciones de vías urinarias a repetición.

E. Contraindicaciones

- Utilización de sonda vesical.
- Infección de vías urinarias activa (Contraindicación relativa).

F. Preparación del paciente

- El paciente debe de acudir a la unidad de Urodinámica, previa cita, con el deseo normal de orinar.
- Recortar el vello alrededor del ano.

G. Descripción del procedimiento

Colocar electrodos de superficie perianales.

El paciente, en privado, orina en un flujómetro en el momento en que siente deseo de miccionar.

Luego se mide la orina residual a través de una ecografía.

H. Manejo post procedimiento.

No hay ningún tipo de cuidado especial después de una uroflujometría.

I. Complicaciones inmediatas y tardías.

- Es posible que existan riesgos según su afección específica como retención urinaria o diarrea.

No existen complicaciones tardías.

3. Estudio urodinámicos completo: flujometría, cistomanometría, presión flujo, electromiografía del esfínter uretral

A. Definición:

El estudio urodinámico es una prueba para estudiar el funcionamiento de la vejiga y del esfínter uretral.

La Urodinámica incluye los siguientes procedimientos:

1. Uroflujometría libre, que mide el volumen de orina expulsado por unidad de tiempo.
2. La cistomanometría de fase de llenado, que mide la presión intravesical, la presión intraabdominal y calcula la presión verdadera ejercida por el músculo detrusor, mientras se llena la vejiga a una velocidad conocida, simulando una fase de llenado. Mediante este método se puede evaluar los cambios de la presión vesical durante la fase de llenado.
3. Presión flujo permite la evaluación detallada de la fase miccional.
4. La electromiografía del esfínter que se mide tanto en la fase de llenado como en la fase de vaciado.

La Urodinámica implica la realización de 4 procedimientos: flujometría, cistomanometría o fase de llenado, presión, flujo o fase de vaciado y electromiografía del esfínter tanto de la fase de llenado como de vaciado.

B. Objetivo.

Provocar y reproducir los síntomas mientras se realizan mediciones precisas con el fin de identificar las causas subyacentes a los síntomas y los procesos fisiopatológicos relacionados.

C. Equipo

Equipo de prueba Urodinámica.

D. Indicaciones

- Estudio de la vejiga neurogénica (mielodisplasias, trauma medular, daño cerebral, etc.).
- Infecciones urinarias recurrentes cuando se descartan las causas anatómicas.
- Incontinencia urinaria en ambos sexos.
- Síntomas urinarios bajos, en ambos sexos (hesitancia, frecuencia, intermitencia, goteo terminal, residuo postmiccinal alto, disuria, etc.)
- Síntomas o dolor asociado a vejiga, uretra, próstata o área pélvica.
- Previo o post cirugías urológicas y posterior a cirugías pélvica.

E. Contraindicaciones

- Estrechez uretral.
- Pacientes que no colaboran.
- Infección de vías urinarias.
- Diarrea.

F. Preparación del paciente

- No requiere dieta o ayuno.
- Tricotomía alrededor del ano.
- Los pacientes con vejiga neurogénicos deben de haber cumplido el régimen de limpieza de colon, previamente indicado al momento de dar la fecha de la cita.
- Si la indicación del estudio es vejiga neurógena, debe presentar un cistograma.

G. Descripción del procedimiento.

Orden de ejecución.

1. Evaluación del estado neuromuscular del piso pélvico por el urólogo.
2. Tomar antibiótico profiláctico, indicado posterior a la evaluación.
3. En pacientes con vejiga neurogénicos el antibiótico debe de ser indicado por el médico tratante e iniciado 1 día previo al estudio, según urocultivo previo.

4. Se realiza flujometría libre.
5. Monitoreo de signos vitales durante todo el procedimiento.
6. Realizar asepsia y antisepsia. (ver manual de procedimientos para la vigilancia), prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
7. Luego se coloca una sonda a través de la uretra del paciente, que llevará el líquido con el que se llenará su vejiga y medirá la presión de la misma y se introduce otra sonda por el recto para medir la presión abdominal durante todo el proceso.
8. Colocación de electrodos perianales.
9. Se realiza la fase de cistomanometría y luego de presión flujo.
10. Al terminar el estudio se retiran las sondas.
11. Medición de orina residual.

H. Manejo postprocedimiento

- Tomar abundante líquido posterior al procedimiento.
- Recomendaciones sobre signos y síntomas de alarma.

I. Complicaciones inmediatas y tardías.

1. Dolor al introducir la sonda o el líquido del estudio.
2. Lipotimia.
3. Disreflexia autonómica en vejigas neurógenas.
4. Infección de vías urinarias.
5. Disuria.
6. Polaquiuria.
7. Hematuria leve.
8. Fiebre.
9. Shock séptico.
10. Retención urinaria.
11. Hematuria moderada a severa.
 - Complicaciones tardías
 - Estrechez uretral

4. Biofeedback para piso pélvico

A. Definición

Grupo de procedimientos terapéuticos que utiliza instrumentos para medir y retroalimentar al paciente, con informaciones sobre actividades autonómicas y/o musculares en forma de señales de retroalimentación auditivos o visuales.

Cuando se utiliza biofeedback, procesos fisiológicos normalmente inconscientes son presentados al paciente y al terapeuta, la señal obtenida se utiliza para enseñar y obtener resultado terapéutico específico, para el tratamiento de los disturbios neuromusculares del piso pélvico.

B. Objetivo

Mejorar la fuerza, resistencia, elasticidad y velocidad de la musculatura perineal, a través de un refuerzo positivo o negativo.

C. Equipo

Equipo de prueba biofeedback, electrodos vaginales, rectales o de superficie.

D. Indicaciones

- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- Dolor pélvico crónico.
- Prostatitis.
- Síntomas urinarios irritativos.
- Cistitis intersticial.
- Disinergia o disfunción de piso pélvico.
- Lesión del pudendo.
- Incontinencia urinaria, de esfuerzo, de urgencia o mixta.
- Antes y después de prostatectomías.
- Esclerosis múltiple.
- Fibromialgias.
- Dolor pélvico en el varón.

E. Contraindicaciones

- Denervación del suelo pélvico.
- Embarazo.

- Marcapaso cardíaco.
- Sangrado vaginal patológico.
- Fistulas.
- Obstrucción uretral.
- Falta de colaboración.
- Incontinencia por rebosamiento.
- Deterioro de capacidades funcionales.
- Lesión completa de la médula espinal.
- Etapas finales de enfermedades degenerativas progresivas.

F. Preparación del paciente

Realizar tricotomía genital y perianal previamente.

G. Descripción del procedimiento

1. Previo al día del procedimiento se realizará evaluación por urólogo y determinación de tipo de programa.
2. El día del procedimiento:
 - Indicar al paciente vaciamiento vesical.
 - Colocación de electrodos de superficie, vaginal o rectal.
 - Colocación de electrodos en pared abdominal.
 - Inicio de programa previamente establecido.

H. Duración del tratamiento.

- El biofeedback consta de 10 semanas realizadas 1 por semana.
- Al finalizar las 10 semanas será reevaluado por urólogo del área de piso pélvico para valorar continuidad de terapia o dar por finalizado tratamiento.

I. Complicaciones.

No existen.

5. Colocación de pesarios vaginales

A. Definición

Un pesario vaginal es un dispositivo extraíble que se coloca en la vagina.

B. Objetivo

Sostener zonas con prolapso de órganos pélvicos.

C. Equipo

Estimulación eléctrica transcutánea neural.

D. Indicaciones

- Tratamiento no quirúrgico para prolapso de órganos pélvicos: cistocele.
- También se usan cuando el prolapso es leve, o en edad reproductiva.
- Paciente con contraindicación médica para procedimiento quirúrgico.
- Preparación preoperatoria para corrección de cistocele.

E. Contraindicaciones

- Pérdida de la continuidad de la mucosa vaginal.
- Infección vaginal.
- Fístula vesico o rectos vaginales.

F. Descripción del procedimiento

1. Colocación en consultorio de cistoscopia.
2. Se realiza una prueba para determinar la medida del pesario.
3. Posteriormente, se coloca el pesario y se dan recomendaciones.
4. Serán 2 pesarios por año.

G. Manejo post procedimiento

- Se dan recomendaciones sobre medidas higiénicas y manejo del pesario.
- Control máximo, 3 meses posterior, para limpieza y evaluación de pesario.

H. Complicaciones inmediatas

- Infecciones vaginales.
- Infección de vías urinarias.
 - ✓ Complicaciones tardías
- Erosión vaginal.

6. Doppler de Pene

A. Definición

Es una valoración hemodinámica objetiva de escasa invasividad. Se basa en la combinación de una ecografía en tiempo real con un doppler.

B. Objetivo

Valorar el diámetro de las arterias cavernosas, la velocidad del flujo, la resistencia periférica y el flujo venoso del Pene.

C. Equipo

Equipo de prueba doppler con transductor lineal.

D. Indicaciones

Pacientes con disfunción eréctil.

E. Contraindicaciones

- Trastornos de la coagulación.
- Alergia a la prostaglandina.

F. Preparación del paciente.

El paciente debe de acudir a la Unidad de Urodinámia, previa cita. No se requiere de ninguna preparación especial.

G. Descripción del procedimiento.

1. Tomar Doppler en condición basal (en flacidez).
2. Inyección en el pene de Prostaglandina E1 para inducir erección
3. Tras la erección provocada se realiza el estudio a los 10, 20 y 30 minutos para estudiar la respuesta al fármaco vaso activo.

H. Cuidados post procedimientos

Recomendaciones sobre sangrado, hematoma, dolor.

I. Complicaciones inmediatas

Priapismo.

Hematoma en cuerpo cavernoso.

J. Complicaciones tardías

Fístulas.

7. Colocación de toxina botulínica

A. Definición

Es la inyección intravesical de toxina botulínica tipo A, de forma endoscópica.

B. Objetivo

Disminuir la incontinencia urinaria y mejorar la capacidad vesical del paciente.

C. Indicaciones

- Vejiga hiperactiva idiopática: con síntomas de incontinencia urinaria, urgencia y frecuencia en pacientes adultos que no han respondido adecuadamente o que son intolerantes a los medicamentos anticolinérgicos.
- Hiperactividad neurógena del detrusor: para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos con hiperactividad neurógena del detrusor por lesión medular subcervical o esclerosis múltiple.

D. Contraindicaciones

- Hipersensibilidad conocida como toxina botulínica.
- Embarazo o lactancia.
- Infección activa en sitio de inyección (infección urinaria)
- Enfermedades neuromusculares (miastenia gravis o Sd. De Eaton Lambert).

E. Preparación del paciente

- Examen general de orina y urocultivo negativo.
- Estudio urodinámico.
- USG renovesical.
- Exámenes y evaluaciones preoperatorias según los protocolos establecidos por el ISSS.

F. Descripción del procedimiento

1. Se realizará en sala de operaciones bajo sedación.
2. Se utilizará un cistoscopio rígido y aguja endoscópica (aguja de Williams) para las infiltraciones del detrusor.
3. Restablecer el volumen del frasco liofilizado con solución salina sin agitar (el manejo del frasco se realizará según las recomendaciones del fabricante,

recordando todas las medidas que se deben de tomar en cuenta para un biológico).

4. Realizar de 20 a 30 punciones a razón de 0.5 a 1 ml por punción, evitando el trígono vesical, excepto en síndrome de vejiga dolorosa o cistitis intersticial.

G. Dosis

- Vejiga hiperactiva 100 U
- Detrusor hiperactivo neurógeno 200 U.

H. Complicaciones.

- Hematuria.
- Perforación del fondo de la vejiga.
- Retención aguda de orina.

8. Colocación de neuroestimulador o neuromodulador sacro

A. Definición

La electroestimulación consiste en aplicar impulsos eléctricos para modificar el comportamiento de un arco neuronal deficiente y se divide en central y periférico. La central o neuroestimulación, estimula las vías eferentes nerviosas para crear una respuesta motora.

La electroestimulación periférica o neuromodulación crea un campo eléctrico que estimula las raíces aferentes nerviosas, consiguiendo modificar la actividad vesicoesfinteriana y muscular, pelviano, así como la sensibilidad nociceptiva, patológica mediante interacciones sinápticas.

B. Objetivo

El neuroestimulador o neuromodulador sacro actúa modulando las respuestas motoras, sensitivas y cognitivas, asociados al mecanismo de la micción.

C. Indicaciones

- Pacientes con disfunción miccional crónica (DMC) en los que los tratamientos convencionales han resultado ineficaces, mal tolerados o que están contraindicados.
- Incontinencia urinaria (IU) de urgencia.
- Síndrome de urgencia-frecuencia.

- Alteraciones en el vaciado no obstructivas.
- Retención urinaria crónica.
- Dolor pélvico crónico.
- Incontinencia fecal.
- Estreñimiento.
- Otras indicaciones que todavía no están aprobadas por la FDA son la cistopatía intersticial y las disfunciones miccionales de causa neurógena (esclerosis múltiple, mielitis, lesiones medulares incompletas).

D. Contraindicaciones.

- **Absolutas.**

- ✓ Incontinencia urinaria de esfuerzo. La IU mixta con predominio del componente de esfuerzo también se considera una contraindicación. Debe corregirse primero la IU de esfuerzo antes de plantear NMS.
- ✓ Exploración de raíces sacras con respuesta negativa o insuficiente.
- ✓ Incapacidad mental (demencia, alteraciones psíquicas graves).
- ✓ Neuropatía severa sacra.
- ✓ Infección local sacra.
- ✓ Alteraciones anatómicas sacras (Sdr. Reiter, espondilitis severa, etc.).

- **Relativas**

- ✓ Enfermedad neurológica. Se considera clásicamente una contraindicación absoluta, pero si el arco reflejo sacro está conservado (como en las lesiones incompletas) y la enfermedad neurológica es estable y no progresiva, la NMS puede ser efectiva.
- ✓ Necesidad de RMN periódicas. Los últimos modelos de Interstim® permiten la práctica de RMN craneal.
- ✓ Portadores de otros estimuladores (marcapasos cardíacos, etc.).
- ✓ Posibilidad de embarazo. No se ha establecido la seguridad de la estimulación eléctrica sacra durante el embarazo, por lo que debe suspenderse la estimulación durante el mismo.
- ✓ Neoplasias malignas de la pelvis. Si la enfermedad está en remisión completa, no constituye una contraindicación absoluta.
- ✓ Patología médica severa concomitante.
- ✓ Infección del tracto urinario. La infección urinaria activa supone un riesgo incrementado de infección del dispositivo durante su implante.

- ✓ Problemas psicológicos. Se considera un factor pronóstico negativo, de fracaso terapéutico.
- ✓ Radioterapia pélvica.

E. Descripción del procedimiento

1. Selección del paciente

- ✓ Son condiciones necesarias la existencia de un arco reflejo sacro conservado que garantice la posibilidad de estimulación eléctrica y neuromodulación del sistema nervioso disfuncional.
- ✓ Los pacientes deben ser adultos.

2. Estudios complementarios

- ✓ Diario miccional de 3 días.
- ✓ Ultrasonografía renal.
- ✓ Cistograma miccional.
- ✓ Estudio urodinámico.

3. Colocación del neuroestimulador el cual se divide en 2 fases

- ✓ Fase de prueba, que se puede hacer mediante Evaluación de Nervios Periféricos (electrodo monopolar) o evaluación avanzada con implante de electrodo tetrapolar conectado a estimulador externo. El paciente se va a casa con un estimulador externo conectado, recordando que la estimulación puede cambiar con la postura o actividad, debe de limitar las actividades físicas, se le instruye el modo de limpiarse con una esponja, evitando mojar la curación, no bañarse, cómo deben colocarse los cables para evitar tirones. Esta fase dura 5-7 días, al final de los cuales el paciente completa un nuevo diario. Cuando el paciente vuelve a la consulta a la semana, se compara el diario miccional antes y después de la colocación del neuroestimulador. Se considera que la respuesta es positiva si se observa una mejoría >50% respecto a los valores basales y si la mejoría es considerada significativa por el paciente y el médico evaluador.
- ✓ Si la fase de prueba es satisfactoria, se coloca el implante del generador de impulsos definitivo.
- ✓ Tanto la fase de prueba como la colocación del implante final se realiza en sala de operaciones guiada por brazo en C.

F. Manejo postprocedimiento

- La estimulación puede cambiar con la postura o actividad.
- Limitar las actividades físicas.
- Instruir sobre modo de limpiarse.
- Programa de curación de herida.
- Cómo deben colocarse los cables para evitar tirones.

G. Complicaciones inmediatas y tardías.

- Infección del implante.
- Erosiones en la piel.
- Dolor y parestesias en miembros inferiores.
- Desplazamiento del electrodo.
- La rotura o desplazamiento de electrodos o la rotura del generador.
- **Complicaciones tardías:**
 - ✓ infección de herida quirúrgica.
 - ✓ La rotura del electrodo.
 - ✓ Dolor en el lugar del implante.
 - ✓ Dolor y parestesias en miembros inferiores.
 - ✓ Erosión en el lugar del implante.
 - ✓ Fallo en la terapia.

9. Litotricia extracorpórea

A. Definición.

La Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC) es una técnica no invasiva para el tratamiento de la litiasis urinaria. Los cálculos son fragmentados y posteriormente son eliminados a través de la orina por el paciente.

B. Objetivo.

Fragmentación de cálculos en la vía urinaria para su posterior eliminación a través de la orina.

C. Equipo

- Máquina de anestesiología.
- Máquina de litotricia extracorpórea.
- Máquina de ultrasonografía.

D. Indicaciones

- Pacientes sintomáticos con carga renal litiasica menor de 20 mm que no sean de polo inferior.
- Pacientes con litos ureterales medios o distales (no candidatos a terapia expulsiva) que rechacen la ureteroscopia.
- Pacientes con litos renales mayores de 10 mm a nivel del polo inferior. (como primera línea de tratamiento).
- Pacientes con litos renales menores o iguales a 10 mm en polo inferior.

E. Contraindicaciones

- Pacientes con obstrucción anatómica o funcional distal al cálculo.
- Pacientes con diátesis hemorrágica no corregida o que requieran terapia continúa anticoagulante/antiplaquetaria.

F. Preparación del paciente

- Asistir a procedimiento en ayuno completo (LEOC bajo sedación).
- Cumplir preparación de colon según indicación médica.

G. Descripción del procedimiento

- Se acuesta paciente en la mesa de procedimiento.
- Se coloca monitor de signos vitales y se corrobora que estos se encuentran dentro de los rangos normales.
- Se toma acceso venoso con catéter, calibre 18 para procedimiento bajo sedación o analgesia endovenosa, según sea el caso.
- Se procede a sedar paciente o colocar analgesia endovenosa según sea el caso.
- Se procede a realizar rastreo fluoroscópico del cálculo a tratar.
- El urólogo asignado visualiza el cálculo y decide el protocolo de LEOC a aplicar.
- Si el paciente presentase alteraciones en los signos vitales, dolor u otros inconvenientes, el procedimiento se suspenderá momentáneamente. Será a criterio del urólogo tratante si el procedimiento se retoma o no.
- Al finalizar el protocolo de tratamiento, se realizará nuevo rastreo y con base en este el urólogo decidirá su seguimiento.

H. Manejo posterior a procedimiento

- Ingesta de líquidos orales abundantes.
- Cumplir medicamentos indicados según orden médica.

- Se debe explicar al paciente que puede expulsar fragmentos de cálculos en los días posteriores al procedimiento. De ser posible, debe traer algunos fragmentos a su cita siguiente para que estos sean enviados para estudio.

J. Complicaciones

- Reacciones adversas a medicamentos.
- Náuseas y vómitos.
- Hematuria macroscópica transitoria.
- Dolor severo o progresivo en sitio de procedimiento.
- Proceso febril cuantificado.
- Hematoma perirrenal.
- Obstrucción urinaria secundaria a fragmentos aislados o calle litiásica.
- Alteración de la función renal.
- Dolor abdominal severo o progresivo (pancreatitis, perforación de víscera hueca, etc.).
- Enterorragia.
- Urosepsis.

Se debe informar al paciente que en caso de presentar alguna complicación debe consultar en la unidad de emergencia.

10. Dilatación uretral.

A. Definición

Es el procedimiento estándar usado para ensanchar un segmento estenótico de la uretra masculina o femenina, mediante instrumentos (dilatadores) que se pasan a través de ella en forma periódica y progresiva

B. Objetivo general

Ensanchar o dilatar un segmento de la uretra que padece una estrechez o estenosis, para lograr un adecuado vaciado vesical.

C. Equipo:

- Área de realización de procedimientos con disponibilidad de baño.
- Cuarto aislado.
- 1 Canapé.
- 1 mesa.
- Gabacha de tela limpia para el paciente.

- Equipo de asepsia.
- Campo hendido.
- Solución antiséptica (clorhexidina 2%).
- Agua estéril o Solución Salina Normal.
- Alcohol 70%.
- Torundas estériles.
- Compresas.
- Solución lubricante estéril con xilocaína.
- Guantes estériles.
- Dilatadores Van Buren o de Benicke.
- Clamp peneano.

D. Indicaciones:

- Estrechez de uretra de cualquier etiología.

E. Contraindicaciones:

- Infección no tratada.
- Hematuria.
- Retención Aguda de Orina.

F. Preparación del paciente:

- No necesario ayuno.
- Paciente bañado o aseado de sus genitales.
- Información del paciente acerca del procedimiento a realizar.
- Colocación del gabachón.
- Paciente en decúbito dorsal en el canapé.

G. Descripción del procedimiento.

Es un procedimiento ambulatorio.

Debe solicitarse evaluación por anestesiología previo a la realización del procedimiento a pacientes que se les administra sedoanalgesia.

Luego de que el paciente está preparado con la anestesia, se procede a introducir los dilatadores de metal bien lubricados y con cuidado se deslizan dentro de la uretra, estirando el pene hacia arriba (en caso de paciente masculino) para poder expandir la uretra y así lograr pasar del cuello vesical y llegar hasta la vejiga urinaria. Dicho procedimiento se realiza utilizando el dilatador más delgado e ir pasando los

dilatadores en forma progresiva en su grosor hasta el diámetro adecuado del calibre uretral o hasta el diámetro que el urólogo o personal de enfermería capacitado considere adecuado como para que el paciente pueda orinar fácilmente. El personal de enfermería debe solicitar asistencia de médico urólogo en caso de encontrar dificultades en la realización del procedimiento.

El procedimiento de la dilatación uretral se realizará solo una vez o en varias sesiones y cada determinado tiempo, según lo indique el urólogo, según su criterio y según la etiología de la estrechez uretral.

H. Manejo de post procedimiento.

Después de terminar la dilatación se revisa visualmente que no exista sangrado a través del meato uretral, si no se evidencia sangrado se le autoriza al paciente que se cambie de ropa, se le dan recomendaciones descritas en las normas generales y el paciente se puede retirar.

I. Complicaciones.

- Uretrorragia.
- Infecciones.
- Ruptura uretral.
- Reestenosis.
- Retención aguda de orina.
- Cistitis.
- Disuria.
- Fiebre.

II. Biopsia de próstata

A. Definición

La biopsia prostática guiada por ultrasonido es un procedimiento por medio del cual se toman muestras de tejido prostático, a pacientes en quienes se sospecha cáncer de próstata.

Este procedimiento tomará muestras guiadas y esquematizadas, tratando de abarcar todas las áreas que puedan contener tejido normal y anormal.

B. Objetivo general

Diagnosticar Cáncer de próstata en pacientes sospechosos.

C. Equipo.

- Equipo de ultrasonido con transductor transrectal.
- Guía para biopsia del transductor.
- Guía descartable para toma de biopsia prostática.
- Protector de látex o silicona para del transductor.
- Líquido para limpieza de equipo.
- Papel foto térmico para impresora del ultrasonido.
- Frascos con formalina.
- Anestésico local (gel anestésico y lidocaína al 2%).
- Agujas y jeringas.
- Guantes limpios y estériles.
- Equipo de Protección Personal de acuerdo a procedimiento que se realiza.

D. Indicaciones

- Pacientes considerados con riesgo de cáncer:
 - ✓ Hombre mayor de 50 años.
 - ✓ Pacientes con antecedentes familiares de cáncer prostático (primer grado).
 - ✓ Pacientes con PSA mayor de 1 ng/dl a los 40 años o mayor de 4 ng/dl a los 60 años.
 - ✓ Mutación genética del BRCA2.
 - ✓ Ascendencia africana.
- Indicaciones de biopsia prostática:
 - ✓ Tacto rectal sospechoso: (asimetría, induración, nódulos o borramiento de bordes).
 - ✓ Antígeno prostático mayor de 10 ng/dl.
 - ✓ Antígeno prostático mayor de 4 y 10 ng/ml, cociente PSA libre/PSA total menor de 0,2 (20%). Valorando riesgo beneficio.
 - ✓ Pacientes sometidos a RMN con hallazgos PI-RADS 3 o mayores.

Nota: Para evitar biopsias innecesarias en pacientes asintomáticos con PSA entre 4 y 10 ng/dl. Valorarse al paciente con nomogramas a disposición en línea PCPTRC 2.0 (Cleveland Clínic).

- Considerar biopsia prostática en pacientes con una biopsia previa negativa):
 - ✓ En aumento o elevación persistente del PSA.
 - ✓ Tacto rectal sospechoso.
 - ✓ Proliferación microacinar atípica (ASAP).
 - ✓ PIN alto grado extenso.

- ✓ Atipia glandular adyacente a PIN de alto grado.
- ✓ Carcinoma intraductal.

E. Contraindicaciones:

- Pacientes con enfermedades asociadas no controladas. (Diabetes, Hipertensión Arterial, Hepatopatías, Cardiopatías, etc.).
- Trastornos de la coagulación.
- Prostatitis Aguda.
- Infección del tracto urinario no tratada.

Consideración importante:

Considerar paciente de alto riesgo de desarrollo de complicaciones post biopsia, aquellos pacientes que ya fueron sometidos a biopsia con anterioridad, portan sonda transuretral, han presentado ingresos por procesos infecciosos (últimos 6 meses).

F. Preparación del paciente: (previo procedimiento).

- **Cefazolina (Sódica)** 1 g. Polvo para dilución IM o IV.
 - ✓ 1-2 g IV o IM administrado ½ hora a 1 hora antes de iniciar cirugía.
 - ✓ Procedimientos largos (≥ 2 horas), 0.5 a 1 g IV o IM durante la cirugía (administración modificada dependiendo de la duración del procedimiento).
 - ✓ 0.5 a 1 g IV o IM cada 6-8 horas durante 24 horas en postoperatorio.
- **Metronidazol** 5 mg/mL Solución inyectable IV frasco vial o bolsa de 100 mL.
 - ✓ 500 mg en una sola dosis, 60 minutos antes de la incisión quirúrgica.
- Presentarse al procedimiento con ayuno de 8 h.
- 2 enemas evacuantes: El primero, 10 horas previas, y el último, 2 horas previo al procedimiento.

Para pacientes alérgicos a beta-lactámicos, cualquiera de las dos alternativas terapéuticas siguientes:

- **Gentamicina (sulfato)** 40 mg/mL. Solución inyectable IM o IV Frasco vial o ampolla 2 mL
 - ✓ 5 mg /kg. Dosis única 60 minutos antes de la incisión quirúrgica o
- **Clindamicina (fosfato)** 150 mg /mL. Solución inyectable IV frasco vial 6 ml
 - ✓ 900 mg 60 minutos antes de incisión quirúrgica.

G. Procedimiento:

1. El procedimiento se realizará en el área designada para tal fin.
2. Debe solicitarse evaluación por anestesiología previo a la realización del procedimiento a pacientes que se les administra sedoanalgesia y considerar uso de sala de operaciones a pacientes que reciben sedación y cuando debido a patologías asociadas sean considerados de alto riesgo. (pacientes con vejiga neurogénica o con alto riesgo de desarrollar disreflexia autonómica).
3. El personal de enfermería, encargado de área, solicitará presentar al paciente, con su correspondiente expediente, documentos que lo acredita como derechohabiente, verificando el cumplimiento de la preparación previa procedimiento.
4. Se solicitará al paciente colocarse una bata y colocarse en posición decúbito lateral con las piernas flexionadas sobre su abdomen.
5. Previa limpieza perianal, se aplican 10 cc. De lidocaína en gel a nivel rectal. (el efecto esperado inicia de 3 a 5 min).
6. Se documentará con fotografía la próstata y áreas sospechosas, así como sus medidas.
7. La punción se realizará del ápex a la base, tratando de dirigir de forma posterolateral del área periférica y áreas hipoecogénicas.
8. Concluida la toma de biopsia, se dejará en reposo al paciente en un periodo que puede variar entre 30 y 45 min según el tipo de anestesia. (en dicho período se deben tomar sus signos vitales e identificar cualquier signo de alarma temprana).
9. El médico llenará su reporte y boletas para estudio histopatológico y enviará las muestras según la normativa vigente para dicho fin.
10. Al recuperarse el paciente puede darse de alta, con sus respectivas recomendaciones, citas y medicamentos.

H. Complicaciones asociadas al procedimiento.

Hemospermia, hematuria, sangramiento rectal, prostatitis, fiebre mayor de 38.5 °C, epididimitis, retención urinaria, sepsis, muerte.

- Recomendaciones al paciente y familiares.
 - ✓ Reposo relativo durante 24 horas.
 - ✓ Ingesta de líquidos abundante en las próximas 24 h
 - ✓ Continuar el tratamiento con antibióticos y analgésicos según la prescripción.
 - ✓ Reiniciar antiagregantes plaquetarios y anticoagulación según indicación médica (siempre y cuando no persista el sangramiento del tracto urinario o entérico).
 - ✓ Evitar ejercicio en bicicleta, transporte en motocicleta o ecuestre (1 semana).

- ✓ Evitar relaciones sexuales (1 semana).
- ✓ Evitar sustancias irritantes del tracto gastrointestinal y bebidas alcohólicas.

12. Biopsia de pene

A. Definición:

Extracción de células o tejidos del pene para que un patólogo las pueda observar bajo microscopio y verificar la presencia de signos de malignidad.

B. Objetivo:

Diagnóstico de cáncer de pene.

C. Equipo.

- Frascos con formalina.
- Anestésico local.
- Agujas y jeringas.
- Guantes estériles.
- Torundas estériles.
- Solución o jabón para asepsia.
- Equipo completo de pequeña cirugía.
- Bisturí.
- Sutura según indicación médica.
- Electrocauterio.
- Equipo de protección personal para el médico de acuerdo al riesgo.

D. Indicaciones:

- Cualquier lesión dudosa o con sospecha de cáncer de pene.
- Lesiones precancerosas previo tratamiento:
 - ✓ Papulosis bowenoide del pene.
 - ✓ Liquen esclerosante.
 - ✓ Condilomas gigantes.
 - ✓ Enfermedad de bowen.
 - ✓ Enfermedad de paget.
 - ✓ Nota: la balanitis xerótica obliterante es indicación de circuncisión y biopsia del prepucio extirpado.

E. Contraindicaciones relativas:

- Pacientes con plaquetopenia o tiempos de coagulación prolongados.

F. Preparación del paciente:

- No es necesario el ayuno del paciente para realizar el procedimiento.
- Debe realizar aseo genital usual en casa previo al procedimiento.
- Uso de antibiótico de acuerdo a criterio médico.

G. Procedimiento:

1. Identificación precisa del paciente según expediente clínico en la hoja de biopsia y frasco a utilizar.
2. Realizar una exploración exhaustiva de los genitales externos y región inguinal bilateral.
3. Previa asepsia y antisepsia, realizar bloqueo peneano con lidocaína al 2%.
4. Se debe tomar una muestra en gajo de naranja, entre el tumor y la piel sana de tamaño y profundidad, suficientes para corroborar la infiltración y la posible asociación con lesiones precancerosas.
5. Se puede proponer una biopsia por exéresis en las lesiones pequeñas del glande o de la piel del pene.
6. Se hace control hemostático con afrontamiento de los bordes con sutura absorbible o el uso de electrocauterio en caso de contar.

H. Manejo post procedimiento:

- Abundantes líquidos.
- Analgésico oral por lo menos 2 días.
- Higiene adecuada con lavados cada 12 horas por lo menos 5 días.
- Evitar las relaciones sexuales por lo menos 14 días post procedimiento.

I. Complicaciones:

- Dolor, hematuria, sangrado, hematoma, fiebre, retención aguda de orina, infección de vías urinarias, sepsis.
- Explicar al paciente que en caso de presentar estas complicaciones presentarse al centro hospitalario más cercano.

13. Frenuloplastia

A. Definición:

Es la sección del frenillo prepucial, con la finalidad de retraer de forma normal el prepucio.

B. Objetivo general:

Permitir la elongación y retracción normal del prepucio.

C. Equipo para el procedimiento.

- Anestésico local.
- Agujas y jeringas.
- Guantes estériles.
- Torundas estériles.
- Solución o jabón para asepsia.
- Bisturí.
- Equipo completo de pequeña cirugía.
- Sutura absorbible.
- Electrocauterio.
- Equipo de protección personal para el médico de acuerdo al riesgo.

D. Indicaciones:

Frenillo corto diagnosticado por urólogo.

E. Contraindicaciones relativas

Pacientes con plaquetopenia, o tiempos de coagulación prolongados.

F. Procedimiento:

1. Identificación precisa del paciente según expediente clínico.
2. Realizar primero una retracción completa del prepucio para exponer el frenillo en su totalidad.
3. Previa asepsia y antisepsia.
4. Colocar anestesia local con lidocaína al 2%.
5. Lograr el control proximal y distal del frenillo con puntos de fijación y ligadura con sutura absorbible.

6. Sección transversal del frenillo y sutura longitudinal con sutura absorbible.
7. Sellar con apósitos estériles y un vendaje hemostático por lo menos 2 horas.

G. Manejo post procedimiento:

- Abundantes líquidos.
- Analgésico oral por lo menos 2 días.
- Higiene adecuada con lavados cada 12 horas por lo menos 5 días.
- Evitar las relaciones sexuales por lo menos 14 días post procedimiento.

H. Complicaciones:

- Dolor, sangrado, hematoma, fiebre, infección de herida, parafimosis.
- Explicar al paciente que en caso de presentar estas complicaciones presentarse al centro hospitalario más cercano.

14. Meatotomía

A. Definición:

Ampliación del meato uretral cuando se presenta estenosis de este.

B. Objetivo:

Ampliar la abertura uretral del meato urinario.

C. Equipo para el procedimiento

- Anestésico local.
- Anestésico local.
- Agujas y jeringas.
- Guantes estériles.
- Torundas estériles.
- Solución o jabón para asepsia.
- Equipo completo de pequeña cirugía.
- Sutura absorbible.
- Bisturí.
- Electrocauterio.
- Equipo de protección personal para el médico de acuerdo al riesgo.

D. Indicaciones:

- Estenosis del meato uretral diagnosticada por urólogo.

E. Contraindicaciones relativas:

- Pacientes con plaquetopenia, o tiempos de coagulación prolongados.

F. Preparación del paciente:

- No es necesario ayuno previo
- Aseo genital usual previo a procedimiento.
- No es necesario antibiótico previo al procedimiento.

G. Procedimiento.

1. Identificación precisa del paciente según expediente clínico.
2. Realizar una exploración exhaustiva de los genitales externos.
3. Previa asepsia y antisepsia colocar campo hendido estéril.
4. Realizar bloqueo en la base del pene con lidocaína al 2%.
5. Incisión a nivel del meato.
6. Sutura de los bordes con sutura absorbible.

H. Manejo post procedimiento:

- Abundantes líquidos.
- Analgésico oral por lo menos 2 días.
- Higiene adecuada con lavados cada 12 horas por lo menos 5 días.
- Evitar las relaciones sexuales por lo menos 14 días post procedimiento.

I. Complicaciones:

- Dolor, hematuria, sangrado, hematoma, fiebre, retención aguda de orina, infección de vías urinarias, sepsis.

15. Corte dorsal del prepucio

A. Definición:

Es la incisión en el dorso del prepucio, exactamente en el anillo fimótico que permite la retracción y elongación adecuada de este.

B. Objetivo:

Ampliar el anillo fimótico de manera que se permita la retracción y elongación adecuada del prepucio.

C. Equipo para el procedimiento.

- Anestésico local.
- Agujas y jeringas.
- Guantes estériles.
- Torundas estériles.
- Solución o jabón para asepsia.
- Bisturí.
- Equipo completo de pequeña cirugía
- Tijera Iris.
- Sutura absorbible.
- Electrocauterio.
- Equipo de protección personal para el médico de acuerdo al riesgo.
- Frasco de alcohol gel, jabón de clorhexidina al 2%, anestésico local, frasco con alcohol al 70%.

D. Indicaciones:

- Fimosis que producen retención aguda de orina.
- Parafimosis.

E. Contraindicaciones relativas:

Pacientes con plaquetopenia, o tiempos de coagulación prolongados.

F. Preparación del paciente:

- No es necesario ayuno para el procedimiento.
- Aseo genital usual previo a procedimiento.
- No es necesario antibiótico previo al procedimiento.

G. Procedimiento:

1. Identificación precisa del paciente según expediente clínico.
2. Realizar una exploración exhaustiva de los genitales externos.
3. Previa asepsia y antisepsia.
4. Realizar bloqueo de pene con anestesia local con lidocaína al 2%.
5. Incisión a nivel del dorso del anillo fimótico.
6. Sutura de los bordes con sutura absorbible.

H. Manejo post procedimiento:

- Abundantes líquidos.
- Analgésico oral por lo menos 2 días.
- Higiene adecuada con lavados cada 12 horas por lo menos 5 días.
- Evitar las relaciones sexuales por lo menos 14 días post procedimiento.

I. Complicaciones:

Dolor, hematuria, sangrado, hematoma, fiebre, infección de herida, parafimosis, retención aguda de orina, infección de vías urinarias, sepsis.

16. Cistoscopia

A. Definición:

Es un procedimiento endoscópico de diagnóstico, con el cual se realiza una valoración bajo visión directa de la uretra y la vejiga urinaria, ya sea en la búsqueda o corroboración de lesiones y como parte de cualquier cirugía transuretral.

B. Objetivo:

Diagnosticar patologías del tracto urinario inferior, bajo la visión directa de la uretra y la vejiga urinaria.

C. Equipo para el procedimiento.

- Cistoscopio (vaina 15 o 17 fr, puente de trabajo y lente de 0, 30 o 70 grados).
- Fuente de luz
- Cable de fibra óptica.
- Cámara y monitor.
- Suero de 1 litro de solución salina con descartable.
- Canapé que permita la posición de litotomía con pierneras que se adapten a cada paciente de forma adecuada.
- Lidocaína en gel.
- Agujas y jeringas.
- Guantes estériles.
- Campos estériles.
- Torundas estériles.
- Solución o jabón para asepsia.
- Equipo de protección personal de acuerdo al riesgo.

D. Indicaciones:

- Macrohematuria.
- Microhematuria persistente.
- Sospecha de tumor uretral o vesical.
- Sospecha de cuerpo extraño en uretra o vejiga.
- Infección urinaria a repetición.
- Obstrucción uretral o prostática.
- Seguimiento de pacientes operados de neoplasias vesicales
- Síntomas del tracto urinario inferior refractarios a tratamiento médico.
- Sospecha de estenosis de cuello vesical.
- Vejiga hiperactiva.
- Disuria persistente de origen desconocido.
- Colocación y/o retiro catéter doble J.

E. Contraindicaciones relativas:

- Infección de vías urinarias aguda.
- Prostatitis aguda.
- Trauma uretral reciente.
- Estenosis del meato uretral.
- Imposibilidad del paciente de colocarse en posición de litotomía.

F. Preparación del paciente:

- Antibiótico profiláctico en pacientes de alto riesgo (portadores de sonda, vejiga neurogénica).
- Aseo genital usual previo procedimiento.

G. Procedimiento:

1. Debe solicitarse evaluación por anestesiología previo a la realización del procedimiento a pacientes que se les administrará sedoanalgesia.
2. Identificación precisa del paciente según expediente clínico.
3. Paciente con su bata hospitalaria en posición de litotomía.
4. Previa asepsia y antisepsia.
5. Se colocan campos estériles.
6. Se revisa que todo el equipo esté listo y funcione correctamente.
7. Luego se introduce el endoscopio con técnica aséptica y bajo visión directa se observa la uretra en todas sus porciones, vejiga, meato ureterales.

8. Las paredes vesicales se observan con técnica sistematizada, observando las características de su mucosa en toda su extensión.
9. Se vacía la vejiga urinaria y se extrae el endoscopio con precaución y si es posible siempre bajo visión directa.
10. Se llena el reporte según sus hallazgos; se firma y sella.
11. El reporte debe ser inmediatamente anexado al expediente clínico.

H. Manejo post procedimiento:

- Abundantes líquidos.
- Analgésico oral por lo menos 2 días.

I. Complicaciones:

Dolor, hematuria, sangrado, lesiones de uretra, perforación vesical, fiebre, retención aguda de orina, infección de vías urinarias, sepsis.

2. Procedimientos realizados por personal de enfermería.

17. Quimioterapia intravesical

A. Definición:

Es la administración de un medicamento quimioterápico dentro de la vejiga colocada por medio de instilación pasiva a través una sonda transuretral para pacientes con Cáncer de vejiga no músculo invasivo (etapa 0) o en los mínimamente invasivos (etapa 1)

B. Objetivo general:

Tratamiento para el control del cáncer vesical no músculo invasivo, utilizando medicamentos para destruir las células cancerosas y evitar que estas progresen o recidiven.

C. Equipo:

- Área de realización de procedimientos con disponibilidad de baño.
- Cuarto aislado.
- 1 Canapé.
- 1 mesa.

- Gabacha de tela limpia para el paciente.
- Equipo de asepsia y equipo de cateterismo.
- Campo hendido.
- Solución desinfectante (yodo, clorhexidina).
- Alcohol 70%.
- Torundas.
- Equipo de asepsia.
- Compresas.
- Guantes estériles.
- Sonda Foley 14 o 16 FR o Sonda Nelatón #14 Fr.
- Jeringa de 10 cc.
- Jeringa de Buyón.
- 1 termo.
- Agua bidestilada.
- Agente quimioterápico:
 - ✓ Adriamicina 6 frascos de 10 mg diluidos en 30 cc agua estéril.
 - ✓ Doxorubicina 10 mg.
- Hoja de recomendaciones.
- Equipo de protección personal (guantes, gafas, mascarilla, gabachón impermeable).

D. Indicaciones:

Cáncer de vejiga no músculo invasivo.

E. Esquema:

- Al mes posterior de la RTU del tumor de la vejiga.
- 1 dosis a la semana de 6 frascos de 10 mg durante 8 semanas.
- 1 dosis mensual de 6 frascos de 10 mg por 10 meses.

F. Contraindicaciones:

- Infección de vías urinarias.
- Reflujo Vesico ureteral.
- Lesión uretral al colocar la sonda vesical.
- Hematuria.

G. Preparación del paciente:

- No es necesario ayuno.
- Paciente bañado o aseado de sus genitales.

- Información del paciente acerca del procedimiento a realizar.
- Mandar al paciente a vaciar la vejiga.
- Colocación de gabacha.
- Paciente en decúbito dorsal en el canapé.

H. Descripción del procedimiento:

La quimioterapia intravesical es colocada por el personal de enfermería previamente capacitado en el procedimiento.

- Explicar al paciente en que consiste el procedimiento.
- El paciente debe tener la vejiga vacía al momento del procedimiento,
- El paciente debe quitar su ropa y colocarse una gabacha, luego debe acostarse en decúbito dorsal en el canapé ubicado dentro del área de procedimientos.
- El personal de enfermería debe tener colocado su equipo de protección personal completo.
- Debe realizar asepsia.
- Equipo de cateterismo disponible sobre la mesa.
- Previa asepsia y antisepsia (Ver manual de procedimientos para la vigilancia, prevención y control de IAAS), se coloca el catéter vesical tipo Foley, se infla el balón con 8 a 10 cc de agua bidestilada y luego se procede a colocar el agente quimioterápico en forma pasiva con la jeringa de Buyón.
- Al completar la dosis del medicamento se procede a retirar la sonda vesical con cuidado de acodarla para evitar la fuga del medicamento.
- Se traslada al paciente a un cuarto aislado donde debe permanecer un período de 2 horas, colocándose 30 minutos en decúbito dorsal, 30 minutos en decúbito lateral derecho, 30 minutos en decúbito lateral izquierdo y 30 minutos en decúbito ventral o el tiempo que soporte el medicamento. Luego debe ir al baño a orinar sentado. Si no hay efectos secundarios presentes, el paciente puede cambiarse a su ropa y previa entrega de hoja de recomendaciones puede retirarse.

I. Complicaciones:

- Infección urinaria.
- Traumatismo uretral.
- Uretrorragia.
- Alergias medicamentosas.
- Cistitis química.
- Fiebre.
- Molestias al orinar (ardor, irritación, picazón).

J. Recomendaciones**Durante 24 horas, después del tratamiento debe:**

- Beber mucha agua o líquidos que ayuden a eliminar el medicamento.
- Uso de guantes si manipula la orina, pañales desechables o toallitas para la incontinencia.
- Orinar sentado para evitar salpicaduras, descargar el inodoro 2 veces con la tapa cerrada.
- Lavar sus genitales después de cada vez que orina, ya que el medicamento puede irritar la piel.
- Evitar actividad sexual.
- No permitir que personas embarazadas o en período de lactancia manipulen nada que pueda contener sus fluidos corporales.
- Lave su ropa por separado.
- Lave su ropa de cama por separado.

18. Terapia de interferón para enfermedad de Peyronie**A. Definición.**

La enfermedad de Peyronie es un trastorno del tejido conectivo que afecta principalmente la túnica albugínea del pene, que se puede atribuir a un traumatismo vascular repetitivo que inicia un proceso inflamatorio y en última instancia conduce a la formación de una placa fibrosa, compuesta de colágeno y que puede alterar significativamente la función y la anatomía del pene.

B. Objetivo general.

Corregir los síntomas clínicos y alteraciones anatómicas del pene por medio de una inyección intralesional de un compuesto Glicoproteico de bajo peso molecular llamado INTERFERON-ALFA-2b.

C. Equipo:

- 1 canapé.
- 1 mesa para procedimientos
- 1 termo.
- 1 equipo de asepsia (gasas, material antiséptico, guantes).
- 2 gabachas de tela limpias (para paciente y para personal de enfermería).

- Jeringa 3 ml.
- Aguja #18.
- Jeringa de 1 ml con aguja adaptable.
- Agua estéril.
- Frasco de INTERFERON-ALFA-2B de 5 millones de UI. Dosis de 2,5 millones UI intralesional o subcutáneo, peri lesional (Cada frasco de 5 millones de UI sirve para aplicar a dos pacientes).

D. Indicaciones:

Enfermedad de Peyronie en etapas tempranas, evidenciado clínicamente por placa palpable, o por Ultrasonido de pene o por test de Kelamy.

E. Esquema:

2,5 millones de UI intralesional o subcutáneo perilesional en forma semanal por 12 semanas.

F. Preparación del paciente:

- No necesario ayuno.
- Paciente bañado o aseado de sus genitales.
- Información del paciente acerca del procedimiento a realizar.
- Colocación de gabacha.
- Paciente en decúbito dorsal en el canapé.

G. Descripción del procedimiento:

La inyección es colocada por el personal de enfermería previamente capacitado en el procedimiento.

- Explicar al paciente en que consiste el procedimiento.
- El paciente debe quitar su ropa y colocarse una gabacha, luego debe acostarse en decúbito dorsal en el canapé.
- El personal de enfermería debe tener colocado su equipo de protección personal.
- Con una jeringa de 3 ml diluye en 2 cc de agua estéril el contenido del frasco. Previa asepsia y antisepsia, se procede a colocar campos hendidos y luego se inyecta intralesional o subcutáneo, peri lesional 2,5 millones de UI de Interferón alfa 2b, (1 cc) con la jeringa de 1 ml, se procede a hacer un poco de presión en el sitio de la punción, se verifica la hemostasia que no haya sangrados y si todo está bien se puede concluir el procedimiento.

H. Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad al medicamento.
- Gripe.
- Fiebre.
- Antecedentes hematológicos.
- Alteraciones hepáticas.

I. Complicaciones:

- Dolor en el sitio de la punción.
- Sangrado en el sitio de la punción.
- Hematomas, eritemas o inflamaciones en el sitio de punción.
- Dolor muscular.
- Mareos.
- Fiebre.
- Boca seca.
- Síndrome gripal.

J. Recomendaciones:

- Ante cualquier efecto secundario o alteración antes descrita, consultar nuevamente.
- Uso de Acetaminofén o Paracetamol únicamente.

19. Electroestimulación perineal

A. Definición:

La electroestimulación pretende inducir la contracción pasiva del esfínter uretral y de la musculatura perineal cuando se aplica una corriente eléctrica a través de la pared vaginal, anal o del periné. Se basa en la estimulación de origen nervioso, activando las raíces sacras S1-S2-S3. El esfínter estriado que rodea la uretra membranosa, el elevador del ano, y el suelo pélvico están inervados primariamente por estas raíces.

B. Objetivo:

Mejorar la fuerza, resistencia, elasticidad y velocidad de la musculatura perineal.

C. Equipo:

Equipo de estimulación eléctrica transcutánea neural.

D. Indicaciones:

- Prostatitis.
- Síntomas urinarios irritativos.
- Cistitis intersticial.
- Disinergia o disfunción de piso pélvico.
- Incontinencia urinaria, de esfuerzo, de urgencia o mixta.
- Antes y después de prostatectomías.
- Dolor pélvico crónico.

E. Contraindicaciones:

- Denervación del suelo pélvico.
- Embarazo.
- Marcapaso cardiaco.
- Sangrado vaginal patológico.
- Fistulas.
- Obstrucción uretral.
- Falta de colaboración.
- Incontinencia por rebosamiento.
- Deterioro de capacidades funcionales.
- Lesión completa de la medula espinal.
- Etapas finales de enfermedades degenerativas progresivas.

F. Preparación del paciente:

Realizar tricotomía del área genital y perianal previamente.

G. Descripción del procedimiento:

1. Evaluación por urólogo para definir programa.
2. Vaciamiento de vejiga.
3. Colocación de electrodos perianales, vaginales o rectales.
4. Colocación del programa establecido.

H. Duración del tratamiento:

El tratamiento con estimulación perineal dura 10 semanas y se lleva a cabo de dos veces por semana.

I. Manejo post procedimiento:

No existen.

J. Complicaciones inmediatas y tardías:

No existen.

20. Terapia de tibial posterior**A. Definición:**

El nervio tibial posterior tiene su origen en las raíces sacras S2 a S4, estas raíces inervan principalmente el músculo de la vejiga. Se utiliza la estimulación eléctrica del punto tibial posterior mediante un electrodo de aguja o un electrodo de superficie, y otro electrodo de superficie que es el electrodo tierra, el cual se ubica a nivel del calcáneo. Al ser este nervio una raíz del plexo sacro, su estimulación logra que en forma retrógrada se estimulen las raíces nerviosas que están relacionadas con el control visceral y muscular del piso pélvico.

B. Objetivo:

Modular la función de la vejiga y esfínter uretral y facilitar la fase de almacenamiento vesical.

C. Equipo:

Equipo de estimulación eléctrica transcutánea neural.

D. Indicaciones:

- Incontinencia urinaria de urgencia:
- Vejiga hiperactiva.

E. Contraindicaciones:

- Pérdida de la sensibilidad periférica:
- Lesiones en la zona de colocación del electrodo:
- Pacientes con antecedentes de irritación de la piel o dermatitis alérgica de contacto.
- Marcapasos cardíaco.
- Embarazo.
- Incontinencia por rebosamiento.
- Deterioro de capacidades funcionales.
- Lesión completa de la médula espinal.
- Etapas finales de enfermedades degenerativas progresivas.
- Infecciones de vías urinarias.

F. Preparación del paciente:

No requiere preparación previa.

G. Descripción del procedimiento:

3. Colocar los electrodos de lado y posteriormente al maléolo medial de la pierna, a unos 10 cm por encima del tobillo.
4. Los cables de conexión entre el aparato y los electrodos se colocan de manera que el electrodo negativo esté cerca del maléolo y el electrodo positivo alineado con el anterior pero más hacia arriba.
5. El correcto posicionamiento lo confirmará la producción de las contracciones rítmicas de la flexión del primer orjejo.

H. Duración del tratamiento:

El tratamiento con estimulación transcutánea del nervio tibial posterior dura 10 semanas y se lleva a cabo dos veces por semana.

21. Programa de cateterismo ambulatorio y permanente ambulatorio

A. Definición:

El cateterismo vesical intermitente limpio consiste en la colocación, por parte del propio paciente o persona que lo cuida, de un catéter o sonda temporal que evacua la orina acumulada en la vejiga.

B. Objetivo:

A través de este procedimiento, se intenta vaciar completamente la vejiga, previniendo de este modo posibles infecciones urinarias relacionadas con la retención, y/o prevenir daños posteriores en vejiga o riñón.

C. Indicaciones:

Existe un amplio espectro de enfermedades que provocan una micción descompensada, pudiéndolas dividir en causas neurológicas y no neurológicas.

Vejiga Neurogénica.

- Se produce por lesiones a distintos niveles: medular, plexo pelviano, neuropatías periféricas, suprapontino.

- Existen dos tipos de vejiga neurogénica por lesión medular que provocan residuos elevados:
 - ✓ Arreflexia vesical por lesión de neurona motora inferior (medula sacra) o por shock medular.
 - ✓ Disinergia esfinteriana por lesión de neurona motora superior (entre el sacro y pontino de la micción).
- La causa más frecuente de lesión medular es la traumática.

Disfunción no neurógena:

Agrupar los casos en los que la capacidad contráctil del detrusor aparece afectada. Aunque en ocasiones su causa no es fácil de determinar, se reconocen varios factores etiológicos entre los que destacan diversas intervenciones quirúrgicas: colposuspensión, reconstrucciones vesicales, reparación de epispadias, cirugías ginecológicas, neurológicas y proctológicas.

D. Contraindicaciones:

- Estrechez uretral.
- Falsa vía uretral.
- No colaboración del paciente y/o cuidador.

E. Descripción del procedimiento:

- El personal de salud encargado del paciente debe instruirle en la técnica correcta de lavado de manos, antes y después de realizar el procedimiento de cateterismo. Así como la técnica correcta del procedimiento.
- **Auto sondaje masculino:**
 1. Lavado de manos con agua y jabón.
 2. Colocarse en posición semisentado, de la forma más cómoda posible. Se recomienda sentarse en el inodoro o baño, siempre que sea posible.
 3. Lavado de toda la zona genital con agua y jabón, debe retraerse el prepucio para un buen lavado del pene, secar completamente y lavarse las manos nuevamente.
 4. La sonda a utilizar es una sonda Nelaton o en su defecto una sonda Foley.
 5. Lubricar el extremo distal de la sonda, unos 5-10 cm.
 6. Con la mano no dominante, sujetar el pene, elevándolo hacia el abdomen, perpendicular al cuerpo y comenzar a introducir la sonda avanzando suavemente.
 7. Al llegar al nivel prostático, es posible encontrar cierta resistencia, para ello el paciente debe relajarse con respiraciones profundas y continuar avanzando con el sondaje.

8. Se debe seguir introduciendo hasta que fluya orina, cuando esto ocurra, se debe mantener hasta que deje de fluir, y entonces proceder a su retirada lentamente.
 9. La orina recogida puede eliminarse directamente en el inodoro o en un recipiente si es preciso su medición.
 10. Una vez vaciada la vejiga completamente, se procede a retirar la sonda. Antes de retirarla, debe taparse o doblarse el extremo de la sonda para evitar que refluya orina.
 11. La sonda usada debe lavarse con agua y jabón, secarse cuidadosamente, guardándola en un lugar limpio, seco y seguro dentro de una bolsa o caja de plástico.
 12. Realizar lavado de manos.
 13. Puede servir el remojo de la sonda por al menos 10 minutos en una solución de vinagre blanco una vez por semana para controlar el olor y eliminar depósitos de calcio.
 14. La sonda debe desecharse con la basura común.
 15. Si no es posible introducir la sonda, es conveniente relajarse y esperar unos minutos antes de volver a intentarlo. Si no fuera posible debe consultar con el personal de salud.
- **Auto sondaje femenino.**
1. Lavado de manos con agua y jabón.
 2. Colocarse en posición semisentado, de la forma más cómoda posible. Se recomienda sentarse en el inodoro o baño, siempre que sea posible. Algunas mujeres realizan el auto cateterismo colocando uno de los pies sobre el inodoro.
 3. Separando bien los labios menores con la mano no dominante, se realiza lavado de toda la zona genital con agua y jabón, secando muy bien. Siempre lavar y secar de arriba abajo, es decir, desde el clítoris a la zona peri anal. Volver a lavarse las manos.
 4. La sonda a utilizar es una sonda Nelaton o en su defecto una sonda Foley
 5. Se puede usar un espejo de mano para visualizar el meato urinario.
 6. Lubricar el extremo distal de la sonda, unos 5-10 cm.
 7. Con la mano no dominante, separar los labios menores, mientras que con el dedo índice se ubica el meato.
 8. Introducir la sonda lentamente hasta que fluya orina, cuando esto ocurra, se debe mantener hasta que deje de fluir, y entonces proceder a su retirada lentamente.

9. La orina recogida puede eliminarse directamente en el inodoro o en un recipiente si es preciso su medición.
10. Una vez vaciada la vejiga completamente, se procede a retirar la sonda, antes de retirarla, debe taparse o doblarse el extremo de la sonda para evitar que refluya orina.
11. La sonda usada debe lavarse con agua y jabón, secarse cuidadosamente y guardarla en un lugar limpio, seco y seguro dentro de una bolsa o caja
12. Puede servir el remojo de la sonda en una solución de vinagre blanco una vez por semana para controlar el olor y eliminar depósitos.
13. La sonda debe desecharse con la basura común.
14. Si no es posible introducir la sonda, es conveniente relajarse y esperar unos minutos antes de volver a intentarlo. Si no fuera posible, debe consultar con el personal de salud.

F. Material para cada mes necesario para realización del cateterismo vesical intermitente limpio.

- 1 litro de jabón antiséptico (Clorhexidina Gluconato 4%).
- 4 sondas Nelaton por mes (una por semana). Diámetro indicado por Urólogo, en caso de no contar con sondas Nelaton puede usarse sonda Foley
- 4 frascos de jalea lubricante de 8 onzas.
- Si el procedimiento lo realiza un cuidador se debe de agregar 240 guantes limpios/mes.
- En caso de realizarse cateterismo vesical permanente y el paciente o el cuidador sea quien realice el procedimiento, la técnica será la misma, con la diferencia que al introducir sonda se insuflará el balón con 10 cc de agua bidestilada, y el cambio de sonda será cada 15 días, por lo que el material a entregar cada seis meses será el siguiente:
 - 12 Sondas Foley, del diámetro indicado por el Urólogo.
 - 500 ml de jabón antiséptico (Clorhexidina Gluconato 2%).
 - 24 pares de guantes estériles.
 - 1 frasco de agua bidestilada (1 lt).
 - 24 jeringas de 10 cc.
 - 12 paquetes de torundas.
 - 1 frasco de jalea lubricante de 8 onzas.
 - 12 sistemas de drenaje urinario cerrado 1500-1600 o bolsas para drenaje urinario 500-600 ml.

VII. Responsabilidades en la normativa

A. Responsabilidad del médico urólogo.

- Evaluación del paciente.
- Solicitar evaluación por anestesiología en los casos que sea necesario.
- Realización del procedimiento urológico.
- Seguimiento del paciente post realización del procedimiento.

B. Personal de enfermería.

- Preparación del paciente para el procedimiento que se realizará
- verificar los dispositivos médicos para aplicación
- Asistir al médico en los procedimientos.
- Realizar los procedimientos que se le designen de acuerdo a lo establecido en este documento.
- Elaborar notas de Enfermería describiendo la atención que se ha brindado al paciente
- Reportar oportunamente, toda alteración en el estado del paciente, que requiera atención médica inmediata, dejando el registro respectivo en el expediente clínico.
- Cumplir el tratamiento indicado con eficiencia y eficacia, brindando al paciente la asesoría correspondiente en lo relativo al uso racional del medicamento, reacciones adversas, y la adherencia, entre otros.
- Cumplir con los procedimientos de limpieza y desinfección de equipos e insumos posterior a su uso.
- Cumplir con las recomendaciones de conservación, almacenamiento y custodia de insumos, medicamento, mobiliario y equipos bajo su responsabilidad.
- Mantener comunicación y coordinación efectiva con el equipo de trabajo y áreas de apoyo.

C. Personal de anestesia.

- Evaluación preanestésica del paciente cuando sea requerido.
- Administración de sedoanalgesia
- acompañamiento del paciente en el proceso de la administración de sedoanalgesia
- Cumplir con los procedimientos de limpieza y desinfección de equipos e insumos posterior a su uso.

D. Jefatura de urología y enfermería en el ámbito de sus competencias:

- Supervisión y control del cumplimiento de lo establecido en este manual.



- Implementar acciones correctivas en los casos de incumplimiento del procedimiento.
- Informar al Director sobre incidencias del procedimiento.

E. Director del centro:

- Socializar el contenido del manual con el personal bajo su cargo.
- Velar por la correcta aplicación de lo dispuesto en este manual.

VIII. Personal que participó en la formulación del documento

Equipo coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Licda. Renata M. Vásquez	Jefa de Departamento	Depto. Gestión de la Calidad
Dra. Silvia G. Mendoza	Jefa de Sección	Sección Normalización
Dr. William Adonay Sosa Díaz	Colaborador Téc. De Salud II	Sección Normalización.

Equipo que elaboró el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dra. Aida M. Yúdice Alvarado	Uróloga	Hospital Policlínico Roma.
Dr. Rolando Estrada	Jefe Médico de Urología	Consultorio de Especialidades
Dra. Jocelyn Marjorie Sánchez	Uróloga	Hospital Policlínico Roma.
Dr. Oscar Palacios	Urólogo	Hospital Policlínico Roma
Dr. Fernando Montes	Médico urólogo	Consultorio de Especialidades
Licda. Patricia Nájera	Enfermera especializada	Hospital Policlínico Roma

Equipo que revisó el documento


NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. Luis Alonso Monroy Pérez	Urólogo	Hospital Policlínico Roma
Dr. José Osmir Zelaya Vigil	Urólogo	Hospital de Especialidades.
Rosa Anita Morales	Enfermera	Hospital Policlínico Roma
Licda. Berta Dinora Alvarenga de Cruz	Colaborador Técnico de Salud	Dpto. de Enfermería

Equipo que validó el documento.

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. Marvin Alfredo Mejía Beltrán.	Urólogo	Hospital General.
Dr. Mauricio Zelaya	Urólogo	Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Cristian Callejas	Urólogo	Consultorio de especialidades.
Dr. Guillermo Martínez	Urólogo	Hospital Regional de Sonsonate
Dr. William Ramos Vega	Urólogo	Hospital Regional de Santa Ana
Dr. Ángel Guerra Corcios	Urólogo	Consultorio de especialidades
Srta. Delmy Juárez	Enfermera especializada	Hospital General
Kevin Alvarado	Aux. de enfermería	Consultorio de Especialidades.
Srta. Irma Elena Acevedo	Enfermera de urología	Hospital Policlínico Roma



IX. Registro de actualización del documento

	Manual de procedimientos clínicos de urología		MPS-001
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0	Noviembre 2021	Se cambió esquema de antibiótico profiláctico.	Dr. Carlos Mauricio Rubio
1	Febrero 2023	Se agregó indicación de sedoanalgesia a procedimientos de cistoscopia con o sin colocación de catéter doble J, dilatación uretral y biopsia de próstata.	Dra. Mónica Guadalupe Ayala



X. Anexos

Anexo 1: Formulario de consentimiento informado. (C.SAFFISS 130201002)

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO, PROCEDIMIENTO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
INGRESO <input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS RADIOLÓGICOS <input type="checkbox"/>
CENTRO DE ATENCIÓN:		FECHA:	HORA: am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PACIENTE:		N° AFILIACION/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:	
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).			Parentesco del menor Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>
DATOS DE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL			
DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:	TELEFONO:
DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).	DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.		
<p>1) Yo: _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado el Diagnóstico; Estado de salud, estudio radiológico y/o tratamiento de mi (la) salud (de mi representado) y que se resumen así: DETALLE EL NOMBRE DEL ESTUDIO A REALIZAR _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>			
<p>2) Reconozco que los médicos y/o odontólogos me han explicado VERBAL y/o POR ESCRITO los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del ingreso, procedimiento, estudio radiológico o intervención quirúrgica. Así mismo que en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos, medios de contraste o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones nosocomiales; parálisis; daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica si lo hubiere se aplicaría en beneficio de mi (la) salud (de mi representado). La información proporcionada ha tomado en cuenta los Art. 9, 15, 16, 18 y 27 del DECRETO N° 37 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de la salud, dejando constancia de lo siguiente (riesgos relevantes; riesgos posibles; naturaleza curativa o no curativa de la intervención): Riesgos por estudios radiológicos y uso de medios de contraste: Radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Potencial Daño Renal <input type="checkbox"/> Reacciones adversas <input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ _____</p>			
C. SAFISS 130201002			

CONSENTIMIENTO DENEGATORIA

3) CONSENTIMIENTO: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expresa autorización, para que se me realice _____ que según mi condición clínica y los conocimientos científicos de los médicos, odontólogos y otros profesionales de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, son necesarios para el restablecimiento de mi salud, por lo que acepto desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente. Al mismo tiempo (Si ___ No ___) autorizo al Instituto para que en caso de fallecimiento me (le) practiquen la autopsia correspondiente para la búsqueda de diagnóstico principal con seguridad razonable o contribuir a la explicación de las complicaciones surgidas.

4) DENEGATORIA: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice _____. Y (SOLICITO ___ NO SOLICITO ___) EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de realizar lo descrito anteriormente, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud del hospital, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

5) ALTA EXIGIDA Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para SER INGRESADO O PERMANECER INGRESADO Y SOLICITO EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de permanecer ingresado, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona y según los artículos TRES Y SESENTA Y CINCO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA, Y VEINTIDOS DEL REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL. Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito integralmente en un solo acto, manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien consiente deniega

Firma y huellas.

Nombre de testigo: _____ Edad: _____ Años. Profesión: _____
Domicilio: _____ N° DUI _____ Firma Testigo _____


Nombre, Firma y Sello del Médico: _____

En _____, a las _____ horas del día _____
del mes de _____ de _____.

C. SAFISS 130201002



XI. Registro de Adendas

		Normativa		MPS-001
Adenda				
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				