

P. DEL OLMO CAÑAS, C. GONZÁLEZ LLUVAS, M^a. M. ALLER ZAMANILLO, E. FREIRE GARCÍA, P. MORALES DE LOS RÍOS LUNA
Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Cinta vaginal sin tensión. Cuidados de Enfermería

RESUMEN

Ante la aparición de nuevas técnicas mínimamente invasivas (TVT) para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, se plantea la necesidad de conseguir el bienestar del paciente, mediante la realización y puesta en práctica del Plan de Cuidados Estandarizado específico para este tipo de intervenciones. Para ello se hará una esmerada educación al paciente tanto preoperatoria como postoperatoria.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, cinta vaginal sin tensión (TVT), plan de cuidados.

Summary: With the appearance of new technologies minimally invasive (TVT) for the alteration of the urinary incontinence of effort there appears the need to obtain the well-being of the patient, by means of the accomplishment and putting in practice of the plan of cares standardized specifics for this type of interventions. For it a careful education will do so many preoperatoria to the patient like postoperatoria.

Key Words: Urinary Incontinence, Vaginal tape without tension (TVT), Plan of cares.

INTRODUCCIÓN

Anatomofisiología del aparato urinario

La vejiga es un órgano muscular hueco cuya misión es almacenar la orina, que posteriormente será eliminada al exterior a través de la uretra. La vejiga junto con la uretra son los órganos responsables de la micción, acto por el cual la persona es capaz de evacuar voluntariamente la orina al exterior. La vejiga normal tiene una capacidad aproximada de 300 a 500 cc.

La micción se realiza gracias al músculo detrusor, que es el responsable tanto de la repleción vesical o almacenaje como de la contracción necesaria para el vaciado vesical.

La incontinencia es la pérdida involuntaria de orina producida en un momento y lugar no adecuados. Este hecho supone para la persona que lo sufre un problema higiénico, social, psíquico y una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar e individual.

Este problema, presente en todas las edades y en ambos sexos, tiene una incidencia similar entre niños y niñas, pasando en la madurez a ser mucho más frecuente en mujeres que en hombres.

A partir de los sesenta y cinco años la incidencia y prevalencia de la I.U. en la población se incrementa de forma paralela y acelerada con los años, tendiendo a igualarse las diferencias existentes entre ambos sexos.

La incontinencia en sí no es una enfermedad, si no una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical,

que se presenta en diversas enfermedades.

La TVT es un proceso quirúrgico relativamente nuevo, introducido en la práctica clínica y descrito por primera vez a mediados de los 90.

¿Qué es la TVT (cinta vaginal sin tensión)?

La TVT (cinta vaginal sin tensión) es un procedimiento quirúrgico relativamente nuevo, introducido en la práctica clínica y descrita por primera vez entre 1994-1996.

Las investigaciones experimentales y clínicas iniciales se realizaron en Escandinavia.

El objetivo era lograr un procedimiento simple, mínimamente invasivo y ambulatorio, realizado con anestesia local o regional, para corregir la incontinencia de esfuerzo por incompetencia del esfínter uretral, combinado con la posibilidad de ajustar con precisión la tensión de la cinta durante la intervención de cada paciente (para asegurar la continencia sin provocar dificultad miccional) sin necesidad de sondaje, con una recuperación rápida y relativamente indolora que permitiese reanudar las actividades diarias y laborales con prontitud.

La innovación especial fue el concepto del soporte sin tensión de la uretra media, teoría según la cual la uretra femenina se cierra en su porción media y no en el cuello de la vejiga. La falta de soporte de la uretra media por los ligamentos púbico-uretrales, de la pared vaginal anterior suburetral y el deterioro de la función y de la inserción de los músculos pubococígeos predisponen a que las pacientes padezcan incontinencia de esfuerzo.

El dispositivo TVT consta de una malla estéril, sin teñir, de polipropileno no absorbible, que mide aproximadamente 1,1x45 cm, siendo su espesor de 0,7 mm, cubier-

ta con una vaina de plástico cortada y superpuesta en el medio y sujeta entre dos agujas de acero inoxidable unidas a la malla y a la vaina con collarines de plástico. La inserción es por vía vaginal mediante un introductor cuyo fin es facilitar el paso del dispositivo TVT desde la vagina a la piel del abdomen, rodeando a la uretra media con un instrumento especial con forma de aguja.

En el H.G.U. Gregorio Marañón, el procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia raquídea o espinal. La extensión de la disección es mínima, es decir, una entrada en la línea media vaginal con una pequeña disección parauretral para colocar la aguja inicialmente y dos incisiones de la piel suprapúbica.

Cuando la punta de la aguja alcanza la incisión abdominal, se efectúa una cistoscopia para confirmar la integridad de la vejiga.

Los criterios de inclusión son:

- Incontinencia urinaria por estrés.
- Incontinencia causada por la hipermovilidad uretral.
- Y/o deficiencias intrínsecas del esfínter.

Los criterios de exclusión serán:

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con planes futuros de embarazo.
- Pacientes con terapia anticoagulación.
- Pacientes con infección del tracto urinario.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Conseguir el bienestar del paciente, mediante realización y puesta en práctica del Plan de Cuidados Estandarizado.

Para ello se hará una esmerada educación al paciente, tanto preoperatoria como postoperatoria.

Objetivos secundarios

- Evitar complicaciones postoperatorias.
- Conocer la técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elabora como método de trabajo, Plan de Cuidados Estandarizado en el preoperatorio y postoperatorio, ante la incidencia cada vez más numerosa de pacientes sometidos a esta intervención quirúrgica que necesitan cuidados específicos de enfermería.

RESULTADOS/CONCLUSIONES

Las técnicas de cabestrillo uretral sin tensión han demostrado su eficacia y ser técnicas mínimamente invasivas, con bajo índice de complicaciones, fácilmente reproducibles y con buen resultado antiincontinencia a medio plazo. La aportación más importante ha sido el concepto del soporte sin tensión de la uretra media.

Un buen Plan de Cuidados Estandarizado:

- Disminuye las complicaciones postoperatorias.
- Proporciona una mejor calidad y unos cuidados individualizados.
- Reduce la estancia hospitalaria y por tanto el gasto sanitario. ▼

CINTA VAGINAL SIN TENSIÓN TVT		
Población Diana: Pacientes que van a ser sometidos a cirugía según técnica quirúrgica TVT		
PROBLEMAS PREQUIRÚRGICOS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1. Temor RC ingreso, intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Expresará sus dudas respecto al proceso quirúrgico el día previo a la intervención. • Identificará todas las pruebas que se le van a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir al enfermo en la Unidad según procedimiento. • Informar siempre sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Pruebas a realizar. – Educación de hábitos vesicales.
2. Riesgo de infección RC intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Estará preparada adecuadamente para la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar protocolo de intervención quirúrgica.
3. Riesgo de patrón respiratorio ineficaz RC anestesia e inmovilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerará los pasos a seguir para toser correctamente antes de la intervención. • Utilizará el inspirómetro 24 horas antes de la intervención. • Solicitará nuestra presencia cuando realice ejercicio con el inspirómetro la primera vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a toser y respirar adecuadamente. • Enseñar a utilizar el inspirómetro.

CINTA VAGINAL SIN TENSION TVT

**Población Diana: Pacientes que van a ser sometidos a cirugía según técnica quirúrgica TVT
Con anestesia regional o general**

PROBLEMAS POSTQUIRÚRGICOS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1. Complicación de hemorragia vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar signos y síntomas de hemorragia. 	<ul style="list-style-type: none"> Observar cada dos horas en las primeras seis: <ul style="list-style-type: none"> – Constantes vitales. – Taponamiento vaginal. – Coloración de piel y mucosas.
2. Riesgo de retención urinaria RC anestesia, inmovilidad y proceso quirúrgico.	<ul style="list-style-type: none"> Orinará espontáneamente a las 6 horas tras la retirada de sonda vesical. 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar sonda vesical en el postoperatorio inmediato. Controlar la micción espontánea al retirar la sonda vesical. Observar posible globo vesical. Proporcionar postura cómoda para orinar. Medir residuos postmiccionales anotando cantidad.
3. Riesgo de déficit de volumen de líquidos RC cirugía y anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> No presentará signos y síntomas de deshidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> Observar correcto balance hídrico en cada turno. Administrar como mínimo 2.000 cc. De líquidos orales en 24 h.
4. Temor RC dolor, éxito quirúrgico y procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verbalizará si tiene dolor. Manifiestará sus dudas respecto al resultado quirúrgico. 	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar si tiene dolor en cada turno. Informar de todos los cuidados que se le realicen siempre.
5. Riesgo de termorregulación ineficaz RC, intervención quirúrgica o anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> Comunicará si tiene frío en 24 horas. No tendrá 38ª más de 2 horas seguidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Abrigar si frío. Aplicar medios físicos si temperatura mayor de 38°C. Administrar antitérmicos según prescripción médica.
6. Riesgo de infección RC herida, venoclisis.	<ul style="list-style-type: none"> No presentará signos y síntomas de infección. Mantendrá limpios los apósitos. 	<ul style="list-style-type: none"> Curar siempre que se precise y cada 24 horas. Aplicar protocolo de venoclisis.
7. Riesgo de infección urinaria RC son vesical y taponamiento vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> No presentará signos y síntomas de infección. Mantendrá permeable sonda vesical. Permanecerá seco el taponamiento vaginal. 	<ul style="list-style-type: none"> Observar y registrar en cada turno: <ul style="list-style-type: none"> – Color, olor, aspecto y cantidad de diuresis. Retirar a las 24 h. taponamiento vaginal, haciendo lavados vaginales con s. fisiológico. Retirar s.vesical a las 24 horas. Vigilar micción espontánea. Medir residuo miccional de manera aséptica.
8. Deterioro de la inmovilidad RC dolor, herida, aparataje.	<ul style="list-style-type: none"> Moverá frecuentemente MMII. En la cama. Se levantará a las 24 horas de la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Indicar cuando esté encamado la movilización MMII. Levantar al paciente a las 24 horas.
9. Alteración del patrón del sueño RC dolor, temor, aparataje.	<ul style="list-style-type: none"> Dormirá 4 horas seguidas en las 24 horas de la intervención. Mantendrá una postura cómoda. 	<ul style="list-style-type: none"> No interrumpir sueño si no es preciso. Preguntar al enfermo una vez por turno si tiene dolor.
10. Déficit de autocuidados, higiene, vestido, WC, inmovilidad, dolor.	<ul style="list-style-type: none"> Participará en su autocuidado en las 24 horas postquirúrgicas. Usará el WC en las 24 horas tras la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar higiene personal diaria, insistiendo en zona genital externa en las primeras 24 horas. Ayudar en su autocuidado enseñándole a realizarlo correctamente.
11. Complicación: hematoma púbico y/o vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar signos y síntomas de hematoma. 	<ul style="list-style-type: none"> Observar y anotar en cada turno: <ul style="list-style-type: none"> – Herida. – Tamaño del hematoma.
12. Ansiedad RC resultado de la cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> Conocerá los signos externos derivados de la intervención hasta el alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la intimidad de la paciente. Aclarar las dudas derivadas de su intervención.
13. Déficit de conocimientos: autocuidados.	<ul style="list-style-type: none"> Describirá el cuidado de la herida al aire. Sabrá detectar cualquier anomalía o complicación. 	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar cuidados de la herida.