

EGAÑA GORRAIZ, CRISTINA; LARA BUENO, M^a CRUZ; NAPAL ROS, M^a CARMEN
Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Cuidados de enfermería en la cirugía de la incontinencia urinaria T.V.T.

RESUMEN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema de salud que afecta a un importante número de mujeres con gran repercusión en su bienestar físico, psicológico y social así como económico.

La T.V.T. es una técnica quirúrgica que utiliza la colocación de una malla de prolene, a modo de cabestrillo, de manera suburetral y por vía vaginal, para conseguir un ligamento pubouretral y fortalecer el suelo pélvico impidiendo la hipermovilidad uretral y la consiguiente pérdida de orina al realizar esfuerzos.

Consideramos importante reseñar la sencillez de la técnica, las escasas complicaciones postoperatorias que se presentan y la mejora importante en la calidad de vida en las pacientes intervenidas.

Nuestro objetivo general al realizar este trabajo es elaborar un plan de cuidados estandarizados.

Daremos a conocer la actuación del equipo de enfermería en el preoperatorio y postoperatorio; así como un análisis de los resultados.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Cabestrillo uretral (T.V.T.). Residuo postmiccional.

Dada la importancia creciente que por su prevalencia está adquiriendo la incontinencia urinaria en la población femenina (30-50%), hemos decidido presentar esta comunicación que refleja las acciones de enfermería en torno a la T.V.T. como acto intervencionista dirigido a la corrección específica de la incontinencia de esfuerzo por hipermovilidad uretral.

Las razones que nos han llevado a efectuarlo principalmente son: lo novedoso de la técnica (en nuestro hospital se realiza desde noviembre de 1998 y a nivel mundial desde 1995), las implicaciones que tiene para enfermería y para la paciente.

T.V.T. son las siglas de «Tensión-Free Vaginal Tape» que consiste en la colocación de un cabestrillo uretral sin tensión.

Es una técnica quirúrgica desarrollada por el Dr. Ulmsten en 1993, mediante la cual se coloca una malla de polipropileno, vía vaginal, por debajo de la uretra sin fijación ni tensión sobre ella, consiguiendo así la creación de un ligamento pubouretral y fortalecer el suelo pélvico.

- **Ventajas:**
 - Posibilita cirugía ambulatoria.
 - Pequeño espacio de tiempo intraoperatorio, aprox. 30'.
 - Produce escasas complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.
 - Permite alta precoz en caso de hospitalización.
 - Se pueden realizar cirugías vaginales asociadas (cistocele, rectocele).
- **Complicaciones:**
 - Sangrado vaginal y/o hematoma retropúbico (durante la cirugía hay un sangrado moderado que se ocluye tras dar los puntos de vagina).
 - Perforación vesical inadvertida con banda de prolene.
 - Retención crónica de orina o inestabilidad vesical por hiperpresión uretral.
 - Otras más raras como perforación intestinal, lesiones nerviosas, vasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las T.V.T. realizadas en el Hospital Virgen del Camino del Servicio Navarro de Salud desde noviembre del 1998 hasta julio del 2001.

- Asesoramiento por otros miembros del equipo multidisciplinar.
- Valoración estadística de los resultados obtenidos.
- Revisión de las historias clínicas.

OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación.
- Elaborar un plan de cuidados estandarizados.

PROTOCOLO

Acogida, valoración, revisión de la historia clínica e información a la paciente según lo establecido en el centro a su llegada a la unidad.

Las T.V.T. simples se hacen en cirugía ambulatoria a primera hora de la mañana y las que se acompañan de cistocele y/o prolapso, patologías concomitantes, o no se consideran aptas para cirugía ambulatoria, se realizan con ingreso hospitalario generalmente el día anterior.

ACCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE SE SOMETEN A T.V.T.

Preoperatorio

1. Preparación del paciente: rasurado, ducha, descontaminación bucal, camisión quirúrgico, cama quirúrgica y lavado vaginal.
2. Toma de constantes.
3. Canalización de vía periférica.
4. Administración de profilaxis antibiótica.
5. Administración de profilaxis antitrombótica.
6. Traslado a quirófano.

Postoperatorio

Objetivo:

Ayudar a la paciente a recuperarse lo más cómoda y rápidamente posible.

Nuestra actuación consistirá en anticiparse y detectar precozmente las complicaciones postoperatorias. Para ello realizaremos:

1. Valoración de la paciente y toma de constantes.
2. Lectura del protocolo quirúrgico.
3. Control y valoración de catéteres: venoso y vesical.
4. Revisión de los apósitos que cubren las incisiones suprapúbicas (suturadas con material reabsorbible).
5. Observación del taponamiento vaginal. Si se presenta sangrado intenso se realiza compresión sobre el mismo; si no cede, revisión quirúrgica.
6. Control del dolor suprapúbico. Si es muy intenso se extraerá muestra de sangre para hematocrito y se realizará una ecografía para valorar la existencia de un hematoma.
7. Observaremos la recuperación postanestésica periódicamente.
8. Comprobar tolerancia de líquidos. Se hará a las seis horas de la intervención.
 - a) En cirugía ambulatoria si tolera, se retira vía venosa.
 - b) En pacientes ingresadas si tolera, se deja vía venosa con fiador.
9. Extracción del taponamiento vaginal.
 - a) En cirugía ambulatoria, se realiza sobre las cinco de la tarde; tras comprobar que no sangra y que la paciente se ha recuperado totalmente de la anestesia, recibe el alta adjuntando un informe que incluye cita en consulta de enfermería dos días más tarde.
 - b) En hospital se realiza a las ocho horas del día siguiente (excepto indicación médica).
10. Retirada de sonda vesical.
 - a) En cirugía ambulatoria se realiza en la consulta a los dos días de la intervención.
 - b) En hospital a las ocho horas del día siguiente (salvo indicación médica).
11. Valoración del residuo postmiccional. Tras una micción espontánea se realiza el sondaje uretral y se mide.
 - Si es menor de 100 ml. – ALTA.
 - Si es mayor de 100 ml., se instruye a la paciente en el autosondaje.
12. Citación para control posterior en consulta.

TÉCNICA DE AUTOSONDAJE

Se consigue un ambiente íntimo y tranquilo donde explicar a la paciente (primero de forma verbal), o si no se considera autosuficiente a un familiar cercano, en qué consiste la técnica y el porqué de la necesidad de realizarlo ella misma tras cada micción.

Por medio de un espejo de mano, conseguiremos que visualice la zona y localice el meato, lugar por donde introducirá la sonda uretral.

Material necesario:

- Espejo de mano.
- Sonda uretral.
- Solución antiséptica.

- Lubricante.
- Bolsa colectora graduada.

Procedimiento:

Tras el vaciado vesical espontáneo realizará:

- Lavado de manos.
- Lavado de periné.
- Localización del meato.
- Aplicación de antiséptico.
- Lubricación de la sonda.
- Tomará la sonda con la mano derecha.
- Separación de los labios con la mano izquierda.
- Introducirá la sonda, ya conectada a la bolsa graduada.
- Retirada de la sonda cuando cese la emisión de orina.
- Medir el volumen.
- Interrumpirá los autosondajes cuando presente dos residuos consecutivos inferiores a 100 ml.

RESULTADOS

- Número de casos 120.
 - 95 % éxitos.
 - 5 % fracaso.
- Edades comprendidas entre 32 a.y 79 a.
 - Media 65 a.
 - Mediana 59 a.
 - Moda 65 a.
- Precisarons autosondaje 19 pacientes (15%) con duración máxima de 30 días.
- Complicaciones intraoperatorias: 2 pacientes (1,66%) presentaron perforación vesical resuelta in situ.
- Complicaciones postoperatorias.
 - 2 pacientes (1,66%) hematoma en Retzius que precisaron laparotomía urgente.
 - 1 paciente (0,8%) hematoma en cara posterior de recto resuelto espontáneamente.
- Seguimiento entre 1 mes y 36 meses. Observándose un 10% de pacientes con urgencia miccional que mejoraron con anticolinérgicos.

CONCLUSIONES

- Es una técnica sencilla y efectiva.
- Corta estancia postoperatoria.
- Excelentes resultados.
- Alta implicación de las pacientes en su autocuidado (autosondaje).
- Realización de un método de trabajo estandarizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Ulmsten, U.; Petros, P.: «Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence». *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 29: 75, 1993.
- Robles García.J.E. «Incontinencia urinaria».
- Revista de la asociación española de urología, 53, 1 (9-13), 2000 «T.V.T. (cinta libre de tensión) nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo».
- Smith – Germain. «Enfermería médico-quirúrgica».
- Manual de enfermería. ▼