

ECHÉANDÍA VALENCIA, BENIGNO; NAPAL ROS, CARMEN; LÓPEZ DE CARLOS, ESTHER; LARA BUENO, M^ª CRUZ; SANCHO REY, BLANCA; EGAÑA GORRAÍZ, CRISTINA. Enfermeras. Servicio de Urología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

DE LA INCONTINENCIA A LA CONTINENCIA

RESUMEN

La incontinencia urinaria femenina es un problema de salud, consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical, que repercute en el bienestar físico, psicológico, social y económico de la mujer. Cuando no es efectiva la rehabilitación, la solución es quirúrgica. Durante los últimos 25 años en el Servicio de Urología del Hospital Virgen del Camino de Pamplona se han ido utilizando diversas técnicas quirúrgicas para corregir esta alteración, desde la técnica-patrón de Burch hasta el desarrollo de las mallas de prolene suburetrales, que han revolucionado la cirugía de la incontinencia femenina.

El presente trabajo es un desarrollo cronológico-descriptivo de las técnicas empleadas en nuestro servicio y la evolución de los Cuidados de Enfermería según la técnica quirúrgica empleada.

Palabras clave: Incontinencia urinaria femenina, teoría integral de la incontinencia, técnica de Burch, uretrocervicopexia, mallas suburetrales, cuidados de enfermería.

SUMMARY: The feminine urinary incontinence is a health problem, consequence of the alteration of the phase of filling vesical, that repels in the physical well-being, psychological, social and economic of the woman. When the rehabilitation is not effective the solution is surgical. During last the 25 years in the Service of Urology of the Hospital Virgen del Camino of Pamplona they have been used diverse surgical techniques to correct this alteration, from the technique-pattern of Burch to the development of the suburethral meshes of prolene, that have revolutionized the surgery of the feminine incontinence. The present work is a chronological-descriptive development of the techniques used in our Service and the evolution of the Cares of Infirmary according to the used surgical technique.

Key words: Feminine urinary incontinence, integral theory of the incontinence, technique of Burch, uretrocervicopexia, suburethral meshes, taken cares of infirmary.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria, considerada enfermedad por la OMS desde 1998, es una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical, que ocurre en diversas enfermedades. Presente en todas las edades y en ambos sexos, es mucho más frecuente en mujeres que en hombres con gran repercusión en su bienestar físico, psicológico, social y económico. Cuando no es efectiva la rehabilitación, la solución es quirúrgica.

El presente trabajo es un estudio retrospectivo-descriptivo-cronológico de las técnicas quirúrgicas empleadas, para solucionar la incontinencia urinaria femenina, en el Servicio de Urología del Hospital Virgen del Camino de Pamplona, y la evolución de los Cuidados de Enfermería durante los últimos 25 años.

Las técnicas desarrolladas hasta 1998 se basaban en la teoría de la uretra abdominal. Según esta teoría, la causa de la incontinencia es el descenso de la uretra, fuera del espacio intraabdominal y pérdida de la presión intrauretral. Cuando la uretra se encuentra en una posición por debajo de la sínfisis del pubis, es decir extraabdominal, la presión intraabdominal se transmite a la vejiga, pero no a la uretra, con lo que se produce la pérdida de orina. Por lo tanto, lo que las técnicas quirúrgicas perseguían era elevar la uretra

por encima del límite inferior del pubis, para recolocarla en su posición intraabdominal.

En 1993, el ginecólogo Dr. Ulmsten concibe la teoría integral de la continencia. Esta teoría considera que la incontinencia se presenta por una debilidad del soporte tendinoso suburetral, de tal forma que si colocamos debajo de la uretra algo firme, que impida que se desplace hacia abajo durante el esfuerzo, conseguimos que no haya pérdidas de orina. Desarrolla la técnica quirúrgica con mallas suburetrales de prolene, que ha revolucionado la cirugía de la incontinencia urinaria femenina (Fig. 1).

Las técnicas más empleadas en nuestro Servicio durante estos últimos 25 años han sido las siguientes (Fig. 2):

■ Técnicas que se realizan mediante cirugía abierta:

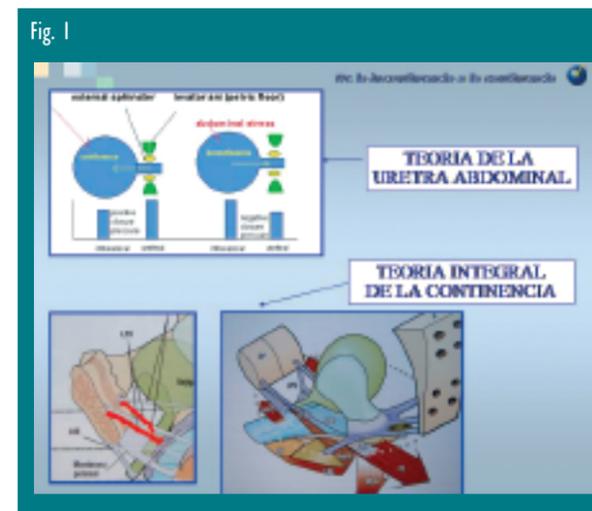
1. Técnica de Burch.
2. Técnica de Marshall.
3. Uretrocervicopexia con arpón.

■ Las técnicas que no precisan realizar laparotomía:

4. Técnica de agujas.
5. Suspensión endoscópica (Pereyra-Stamey).
6. Inyección parauretral de grasa.

■ Las técnicas de malla:

7. T.V.T.
8. TOT.
9. Reemex.



TÉCNICAS CON CIRUGÍA ABIERTA

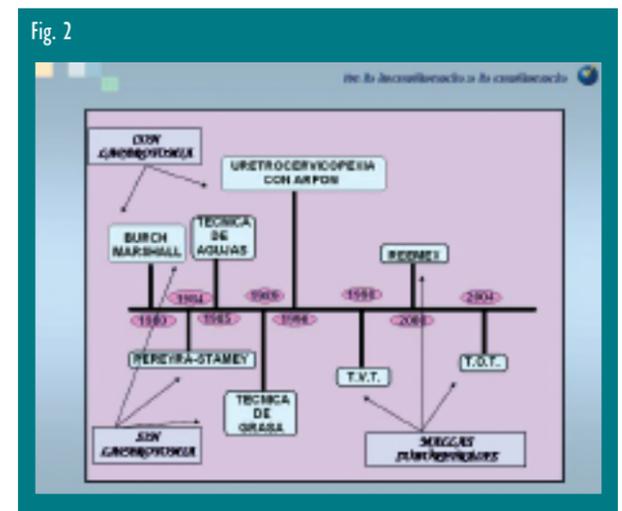
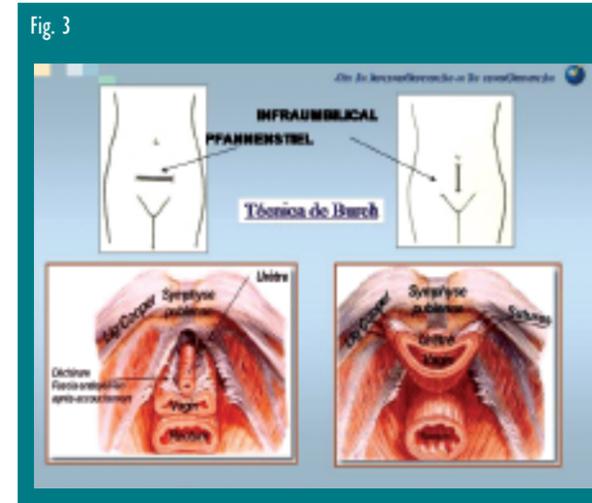
1. Técnica de Burch

Desde los años 80 es la técnica más empleada en nuestro servicio. Esta técnica es considerada Gold Estándar, es decir, patrón para comparar y valorar la eficacia de otras técnicas. Se realiza laparotomía mediante incisión infraumbilical o mediante incisión de Pfannenstiel accediendo al espacio Retzius y localizando la uretra y vagina. Se dan puntos en vagina, lateralmente a la uretra y al cuello vesical, de tal manera que se utiliza la vagina como cabestrillo y «se eleva» la uretra, al mismo tiempo que se comprime y se fija al ligamento inguinal de Cooper (Fig. 3).

2. Técnica de Marshall

La técnica es una variación a la de Burch donde los puntos dados se fijan al periostio. Consiguiendo «levantar» y fijar la uretra en retropubis.

En ambas técnicas la duración del acto quirúrgico es de 1 hora.



3. Uretrocervicopexia con arpón por vía abdominal

Es una variante de la técnica de Burch realizada en pocos hospitales. Se consideró que el fallo a largo plazo en la técnica Burch se producía porque los puntos que mantenían la uretra elevada cedían y la uretra volvía a descender.

Se ideó como solución colocar 4 arpones tipo Mitek o Artroek, utilizados por traumatología, insertados en la espina posterior del pubis.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En estas técnicas con cirugía abierta la paciente tiene una herida quirúrgica abdominal precisando un drenaje y es portadora de sonda vesical.

Los Cuidados de Enfermería posquirúrgicos para las intervenciones con estas técnicas, además de los generales a cualquier proceso quirúrgico, eran:

- a) Tolerancia de dieta durante las primeras 24 horas.
- b) Cuidados de la herida quirúrgica. Con retirada de las grapas a los 8 días y antes del alta.
- c) Cuidados de la sonda vesical que era retirada a los dos o tres días tras la intervención.
- d) Cuidados del drenaje que se retiraba en 2 ó 3 días.
- e) Alta a los 8-10 días.

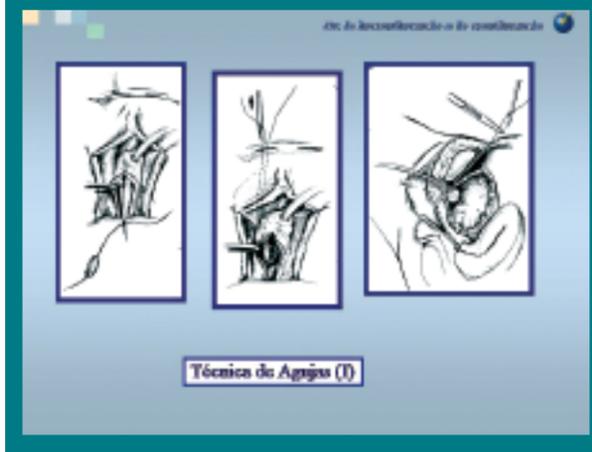
TÉCNICAS SIN LAPAROTOMÍA

4. Técnica de agujas

Alternando con la técnica de Burch se utilizaba la técnica de agujas. Se realiza por vía vaginal, abriendo la vagina a ambos lados de la uretra y del cuello vesical y mediante una pequeña incisión en hipogastrio se introducen unas agujas por detrás del pubis, de tal manera que se tira de los hilos hacia arriba, para subir la uretra, anudándolos en el hipogastrio sobre la fascia de los rectos y dejando el cuello vesical elevado y fijo (Fig. 4 y 5).

La duración del acto quirúrgico se reduce a 30 minutos.

Fig. 4



5. Uretrocervicopexia. Suspensión endoscópica del cuello vesical (Pereyra-Stamey)

Una de las dificultades de todas las técnicas de suspensión transvaginal con agujas consiste en una correcta tensión de las suturas para producir una adecuada elevación uretro-cervical. Se pensó que la visión directa por laparoscopia sería una ventaja.

En estas dos técnicas no se precisa drenaje al no existir herida quirúrgica abdominal, únicamente se producen unas pequeñas incisiones en abdomen.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Tolerancia de dieta a las 24 horas.
- La paciente es portadora de taponamiento vaginal y sonda vesical que son retirados a las 24 horas tras la intervención.
- Existe riesgo potencial de retención urinaria.
- Comenzamos a medir el residuo posmiccional en primera y/o segunda micción. Y si éste es mayor de 100 cc, se colocaba una sonda vesical permanente manteniéndola tras el alta hospitalaria que se producía a las 48 horas.

6. Inyección endoscópica y parauretral de grasa autóloga conservada por congelación

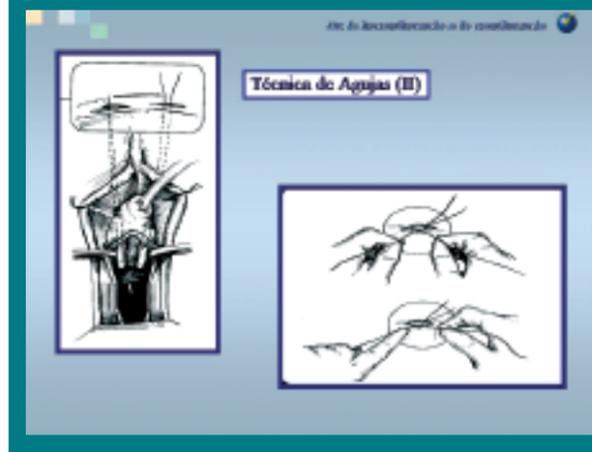
Esta técnica, ideada en nuestro servicio por el Dr. Santiago, fue publicada como novedad mundial en 1989.

Se utilizó fundamentalmente en mujeres con incontinencia de orina por deficiencia del esfínter.

Se lleva a cabo, bajo raquiánestesia, una liposucción del abdomen de 60-80 ml y se inyecta la grasa extraída, a través de la uretra con una aguja larga, depositando debajo de la mucosa de la uretra y del cuello vesical la cantidad suficiente para mantener el cuello vesical cerrado, aproximadamente unos 15 ml. Congelamos el resto, en jeringas de 5 ml, dispuestas y preparadas para un uso posterior (Fig. 6).

Aunque la técnica es la menos agresiva y las compli-

Fig. 5

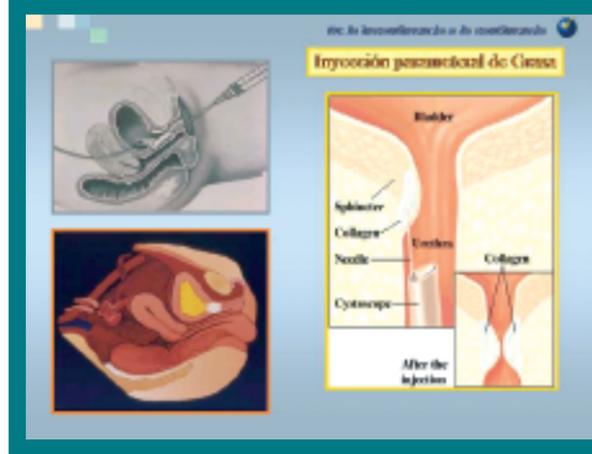


caciones son escasas, el principal inconveniente de esta técnica consiste en la reabsorción de la grasa de la paciente, por lo que reaparece la incontinencia, necesitando realizar nuevas inyecciones.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Tolerancia de dieta a las 24 horas.
- No precisa taponamiento vaginal.
- La paciente es portadora de sonda vesical que es retirada a las 24 horas tras la intervención con riesgo potencial de retención urinaria.
- Comenzamos a medir el residuo posmiccional en primera y/o segunda micción. Y si éste es mayor de 100 cc, se colocaba una sonda vesical permanente manteniéndola tras el alta hospitalaria que se producía a las 48 horas.
- Al realizar la liposucción abdominal existe dolor y riesgo potencial, muy importante, de hematomas en la zona abdominal.
- El alta se daba a las 48 horas.

Fig. 6



TÉCNICAS CON MALLA SUBURETRAL

7. TVT (Tension free Vaginal Tape)

Nuestro servicio fue en el año 1998 uno de los primeros en comenzar a colocar mallas suburetrales tipo TVT y, pronto, fuimos en España el grupo con mayor número de mallas colocadas, acumulando una importante experiencia.

La técnica TVT (Tension free Vaginal Tape) consiste en la colocación de una malla de prolene suburetral. Esta malla induce la creación de un tejido fibroso alrededor suya que se convierte en un auténtico tendón o fascia suburetral contra la que «choca» la uretra cuando la presión abdominal la impulse hacia abajo. No existe herida abdominal (Fig. 7).

La duración del acto quirúrgico es de 30 minutos.

Se realiza, sin necesidad de ingreso, en Cirugía Mayor Ambulatoria.

8. TOT (Trans Obturator Tape)

Desde el año 2004 se trabaja la técnica TOT. La base es la misma que la TVT. Se coloca la malla de prolene debajo de la uretra realizando la incisión suburetral por vagina. Las agujas en vez de pasarlas por detrás del pubis se pasan por los orificios obturadores situados lateralmente a la vagina y dejando la malla sujeta en dichos orificios (Fig. 8).

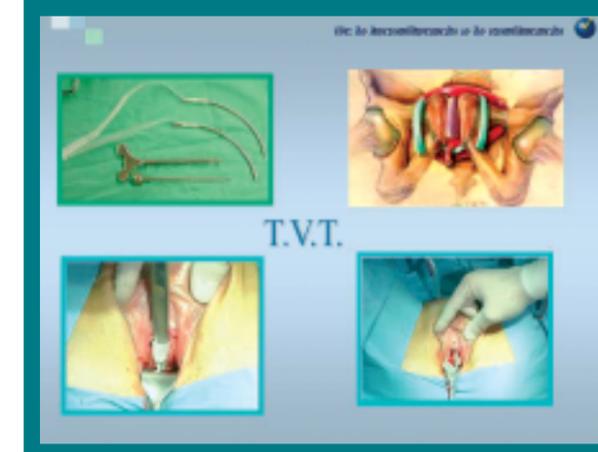
No requiere cistoscopia y el riesgo quirúrgico es menor.

La duración del acto quirúrgico disminuye a 15 minutos.

9. REEMEX

El sistema REMEEX (REGulación MECánica EXterna) implanta un sistema de regulación definitivo oculto en la grasa subcutánea. Posibilita equilibrar la tensión de la malla mediante un sistema mecánico de tornillo y permite volver a regular el dispositivo, si la patología recidiva, con anestesia local y con una pequeña incisión, sin tener que colocar una nueva malla (Fig. 9).

Fig. 7



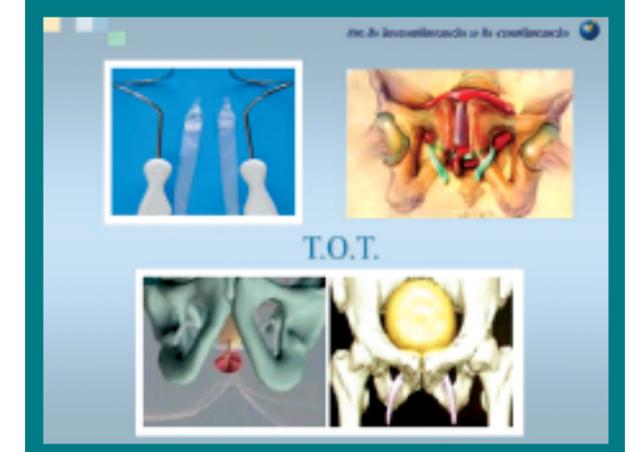
En nuestro servicio se utiliza desde el año 2000 y como rescate por fracaso de las intervenciones de TVT y TOT. Se han intervenido un total de 6 pacientes.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Las TVT o TOT se hacen en Cirugía Mayor Ambulatoria a primera hora de la mañana.
 - Tolerancia dieta a las 3 horas.
 - No se coloca sonda vesical, ni taponamiento vaginal.
 - Medición del residuo posmiccional en la primera y/o segunda micción por riesgo potencial de retención urinaria.
 - Comenzamos a enseñar autosondaje a las pacientes cuyo residuo posmiccional era superior a 100 cc. Así al alta no es necesario un sondaje permanente como en intervenciones anteriores.
 - Alta a última hora de la tarde.
- Aquellas pacientes con patologías concomitantes y no aptas para la Cirugía Mayor Ambulatoria ingresan en planta de hospitalización el día anterior. La paciente, tras la intervención, es portadora de sonda vesical, taponamiento vaginal.
 - Tolerancia de dieta a las 6 horas de la intervención.
 - Cuidados de la sonda vesical hasta su retirada a las 24 horas.
 - Cuidados del taponamiento vaginal hasta su retirada a las 24 horas.
 - Medición del residuo posmiccional en primera y/o segunda micción.
 - Educación sanitaria del paciente/familia para realizar autosondajes intermitentes si el residuo posmiccional es mayor de 100 cc.
 - Se da el alta a las 24 horas.

Si comparamos los cuidados de enfermería de la intervención con técnica Burch (1980) y una TOT en cirugía ambulatoria (2006), podemos destacar la mejora de la calidad posquirúrgica del paciente, favoreciendo el autocuidado y la educación sanitaria; así como una franca disminución de la estancia hospitalaria (Fig. 10 y 11).

Fig. 8



RESULTADOS

En el cuadro (Fig. 12) vemos los resultados de continencia de las técnicas expuestas, conseguidos en nuestro servicio, durante estos años.

La **técnica Burch** tiene resultados de continencia a 2 años del 80-90%. A medio-largo plazo los resultados bajan al 70-80%.

La **técnica de agujas** se alternaba con la técnica de Burch. Los resultados de continencia fueron muy buenos, al principio, aunque con un elevado número de pacientes con problemas de obstrucción.

Esta técnica se dejó tras realizar un estudio a largo plazo, donde tan sólo un 40% de las pacientes se mantenían continentas.

A pesar de la ventaja de la laparoscopia para el control exacto de la tensión de los hilos, la técnica de Pereyra se descartó porque tuvo unos resultados de continencia de 37%, similares a la técnica de agujas.

La **técnica de grasa** se utilizó durante dos años y en pocas pacientes, ya que los resultados de continencia a medio y largo plazo fueron de menos del 20%.

En el gráfico, ordenamos las técnicas según su grado de éxito.

Los resultados a corto plazo han sido muy buenos, del 93%, al realizar la técnica con arpón. No podemos valorarla a medio-largo ya que la dejamos de trabajar al comenzar con las mallas suburetrales.

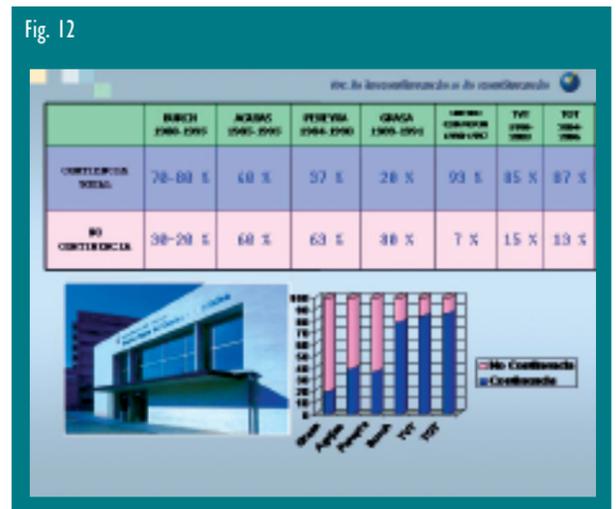
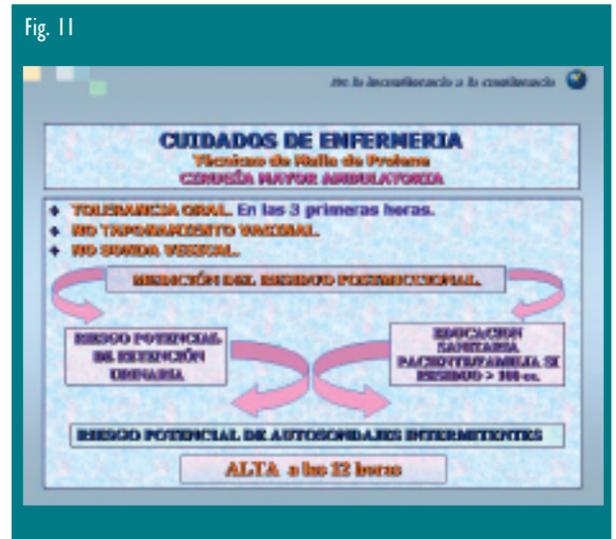
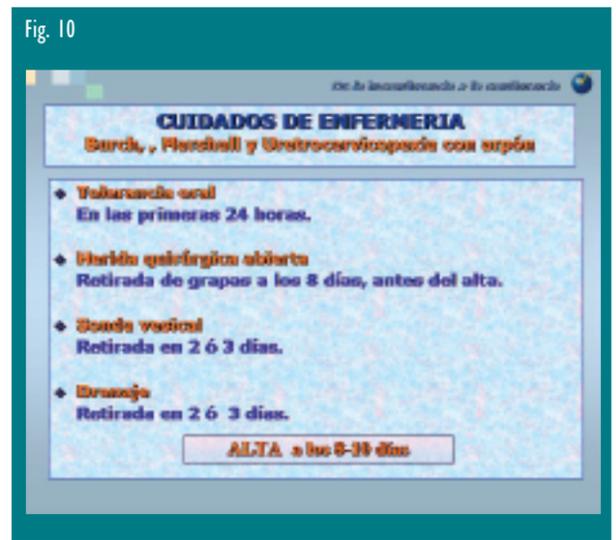
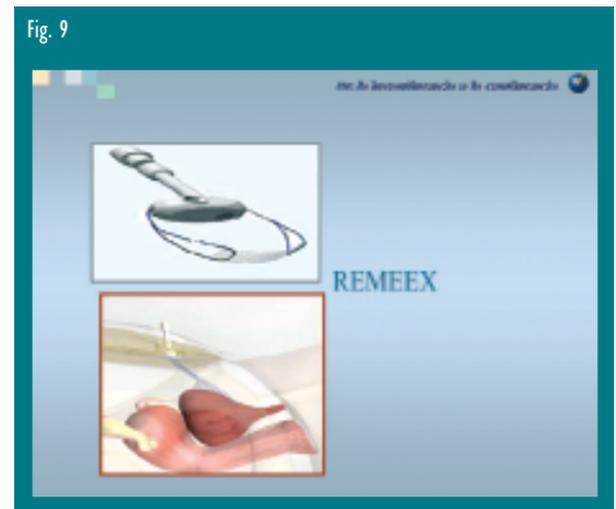
De 1998 a 2003 fueron intervenidas 369 pacientes por TVT, presentaban continencia completa un 85%.

Desde 2004 se han intervenido 171 pacientes por TOT. Al año presentaban continencia completa un 87%.

En el mes de septiembre de 2006 se ha comenzado a colocar unas nuevas mallas TOT.

Sin necesidad de pasar por los orificios obturadores. Se sujetan en el músculo (Fig. 13).

También se han utilizado, de manera excepcional, las técnicas con balones parauretrales y colocación de esfínter artificial (Fig. 14).



CONCLUSIONES

Durante estos años, las mujeres han variado su vivencia de la incontinencia urinaria considerándola, cada vez más, como un problema de salud. Hace 15 años se intervenían, en nuestro servicio, una media de 40 pacientes al año. En la actualidad, con una población levemente mayor, intervenimos anualmente a más de 120.

La técnica suprapúbica de Burch se considera, hasta ahora, patrón de oro, pero en la actualidad está siendo sustituida por las técnicas de malla suburetral sin tensión. Comparando la continencia completa a largo plazo en ambas técnicas, los resultados son similares, 70-80 %.

Pero las técnicas de mallas destacan por las siguientes ventajas:

- Reducción muy importante del tiempo quirúrgico.
- Disminución del riesgo quirúrgico.
- Mayor comodidad para la paciente.
- Disminución de la estancia hospitalaria. La cirugía de varios días de ingreso se realiza ahora como Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Menor gasto sanitario.

Los Cuidados de Enfermería han ido evolucionando durante estos años como consecuencia directa de los cambios en las técnicas quirúrgicas, cada vez más rápidas y menos agresivas. Pero también por los cambios conceptuales y de trabajo que se han producido en la profesión.

La atención de enfermería se basa en la elaboración de planes de cuidados centrados en los problemas potenciales y reales que presentan las pacientes durante el posoperatorio.

Con una buena elaboración de planes de cuidados, la aplicación de los protocolos de actuación, una adecuada información, la educación sanitaria de la paciente/familia y el trabajo de la enfermera resolviendo los problemas que se plantean, preparamos a la paciente física y psicológicamente para lograr la incorporación a su entorno en las condiciones más óptimas y en el menor tiempo posible.

BIBLIOGRAFÍA

Millán, J.A.; Jiménez, J.; Santiago, A.; Grasa, V.; Hualde, A.; Lozano, F.; Ruiz, M.; Montesino, M.; Sebastián, J.L. «Suspensión endoscópica de cuello vesical (Pereyra-Stamey), resultados a largo plazo». Arch. Esp. de Urología 50. 1998.

Hualde, A.; Jiménez, J.; Sarmiento, C.; Pinos, M.; De Pablo, A.; Ripa, L.; Rivas, A. «Nuestra experiencia a cinco años y medio en TVT». Actas Urológicas Españolas. Febrero 2006.

Jiménez, J.; Hualde, A.; Grasa, V.; Lozano, F.; De Pablo, A.; Roche, M.; Millán, J.A. «Uretrocervicopexia con arpón por vía abdominal: resultados a medio plazo». Arch. Esp. de Urología 50. 1998.

Jiménez, J.; Santiago, A.; Grasa, V.; Lozano, F.; De Pablo, A.; Montesino, M.; Hualde, A. «Suspensión extraperitoneal laparoscópica del cuello vesical en la incontinencia urinaria de esfuerzo». Arch. Esp. de Urología 50. 1997.

Santiago, A.; Jiménez, J.; Grasa, V.; Lozano, F.; Montesino, M.; Ruiz, M. «Inyección endoscópica y parauretral de grasa autóloga conservada por congelación». Arch. Esp. de Urología 50. 1997.

Hualde, A.; Jiménez, J.; De Pablo, A.; Santiago, A.; Lozano, F.; Montesino, M. «Uretrocervicopexia con arpón: aspectos técnicos y resultados a largo plazo». Arch. Esp. de Urología 50. 1997.

Egaña, C.; Lara, M.C.; Napal, C. «Cuidados de enfermería en la cirugía de la incontinencia urinaria TVT». Enfuro nº 22. Marzo 2002.

Napal, C.; Lara, C.; Echeandía, B.; Egaña, C.; Lezaún, R.; Sancho, B.; Recalde, A. «Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria». Enfuro nº 89. Marzo 2004.

Cereijo, C.; Pueyo, B.; Bazarra, A. «Repercusión de las actividades de enfermería sobre la reducción de la estancia hospitalaria». Enfuro nº 92. Diciembre 2004.

www.diariomedico.com. «Las nuevas técnicas resuelven la incontinencia de esfuerzo». Mayo 2006.

Encyclopedia of Medicine by Paula Anne Ford-Martin. «Marshall-Marchetti-Krantz procedure».

Moreno, J.; Marqués, A.; Araña, P. «Registro español del sistema TRT Reemex en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo». Arch. Esp. Urol. 59, 2006.

Novoa, Salomó. «Técnica de Burch en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo». Enero 1995.

Agradecemos a los doctores Jesús Jiménez Calvo y Antonio Hualde Alfaro, urólogos del Hospital Virgen del Camino de Pamplona, por sus consejos y por la documentación aportada, sin la cual no hubiera sido posible este trabajo.