

M^ª DEL PILAR DEL OLMO CAÑAS, ANA ISABEL GARCÍA MARTÍN, CONCEPCIÓN GONZÁLEZ LLUVA, JULIA GONZÁLEZ PALOMAR, ANTONIO J. GALEANO GONZÁLEZ, MARÍA ROMERO CIQUE. Servicio de Urología H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Atención de enfermería en el tratamiento de la incontinencia urinaria con cabestrillo suburetral regulable tipo Remeex

RESUMEN

El control de la micción es un problema habitual pero complejo que puede afectar seriamente la vida de una persona. Afortunadamente, con los procedimientos actuales de alta tecnología y los potentes fármacos disponibles, este diagnóstico simplemente puede significar que el camino hacia el control de la micción es un desafío pero no un imposible.

Un paso hacia este camino lo constituye el sistema REMEEX. Es una opción de tratamiento quirúrgico específico para la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina mediante un cabestrillo reajutable con regulación mecánica externa siendo éste de patente española.

En el hombre, el sistema REMEEX está indicado tras aquellos tratamientos quirúrgicos que provocan una incontinencia urinaria de esfuerzo masculina como son: la prostatectomía radical (4-7%), la resección transuretral (RTU) y la adenomectomía (0,4- 5%).

Con este artículo se quiere dar a conocer este nuevo procedimiento quirúrgico y la atención de enfermería que requiere mediante un estudio descriptivo en la unidad de hospitalización de Urología del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. .

Palabras clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina, cabestrillo reajutable, Remeex.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) consiste en la pérdida involuntaria de orina por la uretra.

Supone un problema higiénico, social y psíquico, ya que influye en la actividad cotidiana del enfermo y reduce su calidad de vida. La incontinencia no es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia de una alteración en la fase de llenado vesical que se presenta en numerosas enfermedades.

Puede manifestarse a cualquier edad y en ambos sexos. Sin embargo, es más frecuente en las mujeres, en su edad madura, que en los hombres.

Existen diferentes tipos de incontinencia urinaria, de los cuales las más frecuentes son:

- **Incontinencia urinaria de urgencia**, donde la pérdida involuntaria de orina va acompañada de un deseo repentino de orinar y que es muy difícil de controlar.

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUEF)**, que se produce cuando aumenta la presión abdominal y no hay contracción del detrusor.

- **Incontinencia urinaria mixta**, se define cuando existe una hiperactividad del detrusor e incompetencia de los mecanismos esfinterianos.

Dentro de la incontinencia urinaria de esfuerzo se pueden distinguir varios grados:

- Tipo 0: Se trata de una incontinencia urinaria no demostrable.

- Tipo I: Lleva asociado incrementos de presión abdominal con posición anatómica de cuello y uretra normal.

- Tipo II: Hay una incompetencia del cuello vesical y una hipermovilidad uretral.

- Tipo III: Donde se presenta una disfunción uretral intrínseca.

Existen dos tipos de tratamiento en la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina (IUEF). Un tratamiento previo al quirúrgico que se basa en la realización de los ejercicios de refuerzo del suelo pélvico (ejercicios de Kegel) y un abordaje quirúrgico que se puede realizar por vía abdominal, transvaginal o combinada.

El tratamiento quirúrgico de elección es el cabestrillo suburetral sin tensión (TVT) pero cuando hay un fracaso en la técnica quirúrgica o en los casos en que la IUEF es clasificada de tipo III, la elección es el sistema REMEEX.

OBJETIVOS

Los objetivos en este estudio son:

- Conocer la nueva técnica quirúrgica con el fin de evitar las posibles complicaciones postoperatorias.
- Aumentar el confort y la autoestima del paciente en el postoperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Elementos del REMEEX:

Los elementos que lo constituyen son:



– Un cabestrillo suburetral: compuesto por una malla de monofilamento de polipropileno unida a dos hilos de tracción.



– Un varitensor: es un sistema de regulación donde van conectados los hilos de tracción y que tras la cirugía se queda implantado encima de la fascia de los músculos rectos abdominales permitiendo el reajuste del nivel de suspensión de la vejiga y regulando el nivel de soporte del cabestrillo. La capacidad de reajuste evita la retención urinaria postquirúrgica y asegura la continencia a largo plazo.

– Un manipulador: conectado al varitensor activando el mecanismo del mismo para elevar y descender el nivel del cabestrillo. Mediante rotación horaria podemos elevarlo y con rotación antihoraria lo descendemos.



– El desacoplador: se utiliza para conectar o desconectar el manipulador del varitensor.



– El desacoplador: se utiliza para conectar o desconectar el manipulador del varitensor.



2. Técnica REMEEX:

En la técnica quirúrgica Remeex se siguen los siguientes pasos:

2.1. Se realiza una incisión transversal en la línea media abdominal y otra incisión en forma de «u» invertida, longitudinal o transversal en el ángulo uretro-vesical.

2.2. Se introduce los pasadores en los espacios parauretrales, a través del espacio de Retzius, manteniendo las puntas del pasador de los hilos de tracción siempre lejos de la uretra y en continuo contacto con la pared posterior del pubis, hasta que se vea salir claramente las puntas de los pasadores por la incisión abdominal.

2.3. Con los pasadores colocados, hay que realizar una cistoscopia para verificar la integridad de la vejiga porque en caso de perforación se retiran los pasadores y se repite la acción de nuevo.

2.4. Se coloca el cabestrillo a nivel del ángulo uretro-vesical y se introducen los hilos de tracción a través de los agujeros proximales que tienen los pasadores, se tira de la punta de los pasadores desde la incisión abdominal hasta que las puntas de los hilos de tracción aparecen en el campo abdominal.

2.5. Se procede entonces a insertar los hilos de tracción a través de los agujeros de recepción de cada lado del varitensor, estos hilos de sutura saldrán a través del agujero central. Se debe mantener la prótesis remeex en línea media 10 cm. por encima de la fascia de los músculos rectos abdominales para poder anudar los hilos de tracción del lado derecho con los del lado izquierdo realizando cuatro nudos uno en cada sentido.

2.6. Se rota el manipulador en sentido horario, enrollando los hilos de tracción en el interior del varitensor, hasta que queden 3 cm. de hilo de tracción entre el varitensor y la fascia.

2.7. Se efectúa el cierre de la incisión abdominal dejando la cabeza del manipulador asomando en la pared abdominal. Se cubre el manipulador manteniendo su posición perpendicular a la pared abdominal.

Finalmente se cierra la incisión vaginal.

3. Cuidados de enfermería postoperatorios:

3.1. El primer día del postoperatorio y a través del catéter uretral se llena la vejiga con 300 cc de suero fisiológico; se pide a la paciente que se ponga de pie y se le invita a realizar maniobras de valsalva. Si presenta pérdida de orina, se rota el manipulador en sentido horario comprobando la continencia hasta que desaparezca dicha pérdida.

3.2. En un segundo paso, se mide la cantidad residual en la vejiga:

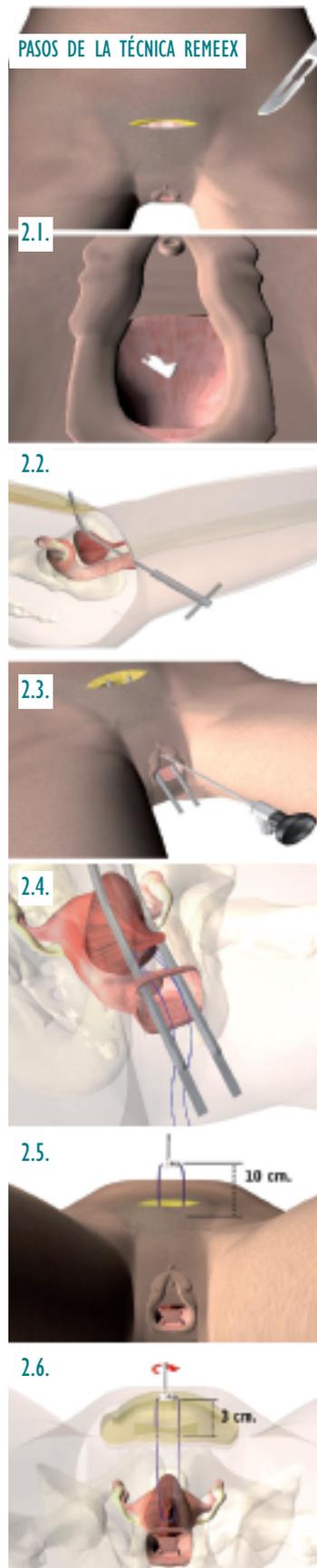
– si el residuo es <100-150 cc se desconecta el manipulador y se da el alta al paciente.

– si el residuo es >150 cc se disminuye el nivel de soporte del cabestrillo rotando el manipulador en sentido antihorario, ayudando al descenso de la uretra con una sonda rígida.

3.3. Para desconectar el manipulador del varitensor, se inserta el desacoplador en el manipulador y se rota éste un cuarto de vuelta respecto al manipulador mientras se tira suavemente del manipulador.

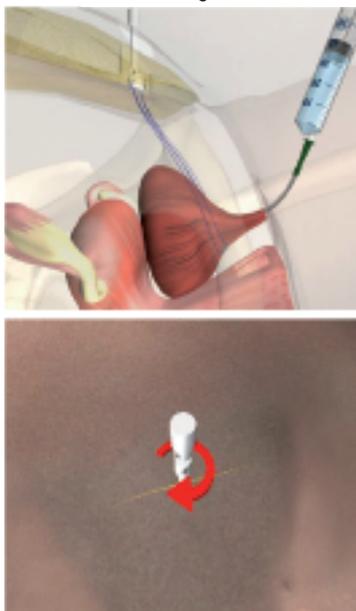
3.4. Tras las 12-24h se procede a la retirada del taponamiento vaginal colocado en quirófano.

Es importante explicarle a la paciente que, aunque abandone el hospital con una continencia perfecta, durante



CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSOPERATORIOS (3.1.)

A través del catéter uretral se llena la vejiga con 300 cc de suero fisiológico



el primer mes puede aparecer algo de incontinencia. Si esto ocurre hay que explicarle que se puede reajustar el nivel del cabestrillo mediante un procedimiento sencillo y de forma ambulatoria.

CONCLUSIONES

- El sistema REMEEX ofrece la posibilidad de modificar el nivel de soporte del cabestrillo siempre que sea necesario a lo largo de la vida del paciente.
 - Elimina la retención urinaria postquirúrgica.
 - Mejora los resultados a medio y largo plazo de las intervenciones de la incontinencia urinaria de esfuerzo, convirtiéndose en una técnica quirúrgica fiable.
- Minimiza el tiempo de intervención y estancia hospitalaria.
 - Evita reintervenciones futuras. ▼

EL SISTEMA REMEEX OFRECE LA POSIBILIDAD DE MODIFICAR EL NIVEL DE SOPORTE DEL CABESTRILLO SIEMPRE QUE SEA NECESARIO A LO LARGO DE LA VIDA DEL PACIENTE; ELIMINA LA RETENCIÓN URINARIA POSTQUIRÚRGICA; MEJORA LOS RESULTADOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LAS INTERVENCIONES DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, CONVIRTIÉNDOSE EN UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA FIABLE; MINIMIZA EL TIEMPO DE INTERVENCIÓN Y ESTANCIA HOSPITALARIA Y EVITA REINTERVENCIONES FUTURAS

BIBLIOGRAFÍA

Patricia Benner; *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*; Ediciones Grijalbo, S.A. 1987.

Díaz J, Hernández C, Lomanto A. *Guías de práctica clínica de incontinencia urinaria*, Rev Soc Colombiana Urol 2001, 13:1-27

Gestal M, Blanco S. Incontinencia urinaria en las mujeres, Estudio psicosocial, Clin Invest Ginecol Obstet 1998; 25(7):77-81.

Bent A, McLennan M. *Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria* Clin Ginecol Obstet 1998; 4: 845-68.

Wallace S, Roe B, Williams K, Palmer M. *Bladder training for urinary incontinence in adults*. Cochrane Database Syst Rev. 2004. [Medline] [Texto completo en: Cochrane Plus].

Nuestra página web:
www.enfuro.org

Nuestra página web empieza a abrirse un hueco entre las dedicadas a nuestra profesión; no en vano hemos superado las 15.000 visitas. Enhorabuena a todos los que han hecho posible este logro.

¡VISÍTALA!