

SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGÍA

Esta ficha ha sido redactada por la Asociación Francesa de Urología y traducida al español por la Sociedad Chilena de Urología.

Le ha sido entregada después de una consulta de urología y antes de practicar una intervención con fines diagnósticos o terapéuticos y está destinada a ayudarle a comprender mejor la información que le proporcionó su urólogo.

Su urólogo le explicará la enfermedad que usted sufre o el proceso diagnóstico que debe practicarse. Le expondrá las diferentes formas y alternativas de tratamiento y las consecuencias previsibles, en caso de que usted desista del procedimiento terapéutico propuesto.

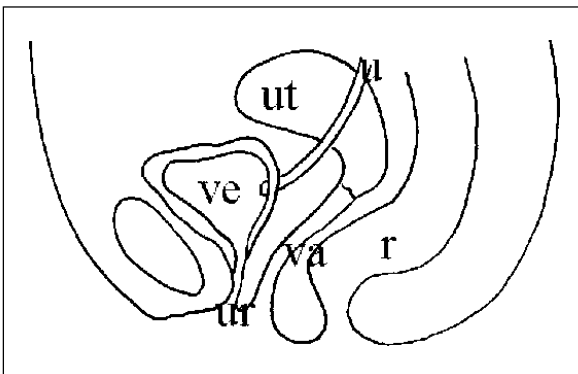
Se le expondrán aquí las razones del tratamiento que su urólogo le va a practicar, el desarrollo, las consecuencias usuales y los riesgos más frecuentes o graves que podrían presentarse.

TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA POR TVT

La intervención que se le propone está destinada a tratar su incontinencia urinaria.

LA VEJIGA Y LA URETRA

La vejiga es el depósito en el cual permanece la orina que proviene de los riñones.



Leyendas: Pr: próstata, r: recto, u: uréter ur: uretra, ve: vejiga, ut: útero, va: vagina..

La uretra es el canal de salida de la orina hacia el exterior. El esfínter permite cerrar la uretra y asegura la continencia.

La evacuación de la orina de la vejiga se llama micción.

¿POR QUÉ ESTA INTERVENCIÓN?

Las pérdidas de orina durante los esfuerzos son consecuencia de una alteración de las estructuras de sostén de la vejiga y del esfínter de la uretra.

La intervención tipo TVT consiste en colocar una pequeña banda sintética de prolen debajo de la uretra, lo que permite reemplazar las estructuras de sostén debilitadas.

En ciertos casos, puede ser necesario asociar un procedimiento de reubicación de los órganos pélvicos (vejiga, útero, vagina, recto).

¿EXISTEN OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO?

El tratamiento de su incontinencia urinaria no es una necesidad vital.

Es a veces posible efectuar una reeducación para aliviar sus fugas de orina.

Después de hablar con su urólogo, usted ha decidido operarse para tratar este problema.

Existen asimismo otras técnicas, mediante cirugía clásica o laparoscopia. Estas le han sido explicadas por su urólogo.

PREPARACIÓN DE ESTA INTERVENCIÓN

Como para todas las intervenciones quirúrgicas, es necesario efectuar una evaluación previa a la anestesia, algunos días antes de la operación. La elección del tipo de anestesia (general, local-regional o local) depende de la opinión del cirujano y del médico anestesista.

TÉCNICA OPERATORIA

En la sala de operaciones, se le instalará en posición ginecológica. Se practica una pequeña incisión en la vagina, justo debajo de la uretra.

Dos pequeñas incisiones encima del pubis permitirán que pase esta cinta.

Por medio de una aguja, la cinta pasa por debajo de la vejiga y enseguida se coloca sin tensión debajo del canal de la uretra, de ahí su nombre de TVT (Tension-free Vaginal Tape: cinta vaginal sin tensión).

Se efectúa un control endoscópico (cistoscopia) para examinar la vejiga.

La duración de la intervención es de media hora, aproximadamente.

Al final de la intervención se coloca usualmente una sonda urinaria en la vejiga, por el canal de la uretra y a veces un tampón vaginal.

POSOPERATORIO USUAL

El momento del retiro de la sonda urinaria (usualmente después de algunas horas hasta 24 horas, excepto en circunstancias especiales) y si fuese necesario del tampón vaginal, serán definidos por el cirujano.

Al retiro de la sonda urinaria, podrá sentir algunos ardores y darse cuenta que su vejiga se vacía más lentamente.

Los dolores a nivel de la incisión son normalmente mínimos y transitorios.

Usted consultará con su cirujano la duración de la hospitalización, usualmente dura menos de 48 horas.

La convalecencia estimada es de algunos días, este lapso debe ser adecuado en función de su trabajo usual.

Debe evitar cargar pesos pesados, no debe bañarse en tina y no debe tener relaciones sexuales durante un mes aproximadamente, para permitir que cicatrice la incisión vaginal.

Durante este período, pueden producirse pérdidas vaginales mínimas, las que son totalmente normales.

Esta intervención no modificará su vida sexual en el futuro.

Será prevista una consulta de control con su urólogo, algunas semanas después que sea dada de alta.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Otras complicaciones directamente relacionadas con la operación son posibles, a pesar de la aparente simplicidad de esta técnica.

Durante el procedimiento operatorio:

Herida de la vejiga:

- Puede suceder que el paso de la cinta perfora dentro de la vejiga, lo que requiere solamente una reubicación de la cinta por un nuevo camino. Sin embargo, y de acuerdo con la recomendación del cirujano, usted deberá conservar la sonda urinaria durante un mayor lapso de tiempo. El riesgo es más frecuente cuando usted ya ha sido operada, lo que puede haber causado adherencias.
- Una herida de la uretra puede ocurrir en forma excepcional durante el procedimiento operatorio, lo que llevaría a detener la operación.
- Hemorragia – hematoma:
Esta complicación es sumamente escasa y excepcionalmente puede requerir una reintervención para evacuar el hematoma y/o una transfusión sanguínea.
- Complicaciones graves:
En forma muy excepcional, como en toda intervención quirúrgica, pueden presentarse complicaciones graves que pueden poner en riesgo el pronóstico vital (herida de un vaso mayor, herida intestinal, flebitis, embolia pulmonar...).

Durante el posoperatorio

- Dolores: Los dolores son muy leves durante el posoperatorio, casi inexistentes.

- A veces puede presentarse un dolor que irradia hacia el muslo y que cesa usualmente de manera espontánea o con un tratamiento medicinal (dolor ligado a la irritación de una rama de un nervio).
- Infección: Es posible que se presente una infección urinaria después de la intervención, que requerirá prescribir antibióticos.
Una infección de la cinta es muy excepcional, dada la textura de la cinta, que se tolera perfectamente bien.
 - Dificultades al orinar: La reanudación de las micciones después del retiro de la sonda es a veces difícil y puede requerir algunos días de sondeos suplementarios. El cirujano decidirá el procedimiento a seguir: aflojar la cinta o esperar que la vejiga vuelva a su contracción normal.
Posteriormente, es frecuente constatar lentitud del chorro urinario durante la micción. Sin embargo, pueden persistir dificultades importantes al orinar, de ahí la necesidad de recurrir a sondeos repetidos o a un drenaje vesical por cateterismo suprapúbico. El cirujano decidirá entonces acerca de la necesidad o no de una reintervención.
 - Retraso de la cicatrización: Normalmente, todo cicatriza dentro de un mes. El atraso de la cicatrización, esencialmente a nivel de la vagina es muy escaso, y la erosión tardía de la uretra o de la vagina es excepcional.
- Las ganas de orinar imperiosas: Son mayormente moderadas, sin embargo a veces son origen de fugas por necesidades imperiosas.

Son a menudo regresivas en el tiempo, eventualmente mediante tratamiento medicinal.
Si persisten, el cirujano podrá efectuar exámenes complementarios con el fin de determinar la solución que mejor convenga a su caso.

RESULTADOS

El resultado sobre la incontinencia es usualmente muy bueno pero por supuesto no puede ser garantizado.

Esta técnica de tratamiento para la incontinencia urinaria fue desarrollada en Suecia en 1994, con resultados equivalentes a los de las técnicas clásicas (80% exitoso después de 5 años).

En el año 2000, un centenar de miles de mujeres había ya sido operada en el mundo mediante esta técnica, sin embargo, falta la distancia suficiente para poder evaluar el resultado a largo plazo.

Su urólogo está a su disposición para cualquier información complementaria.

* La Sociedad Francesa de Urología no asume responsabilidad propia alguna en lo que concierne a las consecuencias eventuales que pudieran resultar de la difusión de extractos de este documento, de un error o de imprecisión en el contenido de estos documentos.