



11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

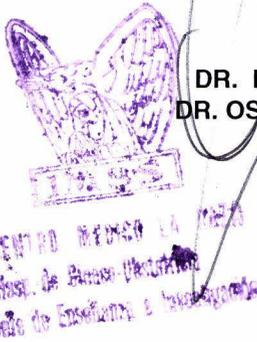
EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LA TENSIÓN FREE VAGINAL TAPE (T.V.T.) Y LA OPERACIÓN BURCH EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
DRA. JUDITH YENNY FLORES COLQUE

ASESORES:
DR. MANUEL MARIO MATUTE GONZALEZ
DR. OSCAR ARTURO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ



No. OFICIAL 2002-692-0044



MÉXICO, D. F.,

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: FLORÉS COLQUE
JUDITH YENNY
FECHA: 1-04-04
FIRMA: 

EVALUACION DE LA EFICIENCIA DE LA TENSION FREE
VAGINAL TAPE (T.V.T) Y LA OPERACIÓN BURCH EN EL
TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Dra Flores Colque Judith Yenny

ASESOR

Dr. Manuel Mario Matute Gonzalez

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez



Marzo, 2004.

No. 2002-69210044

Ami

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, por darme salud y fortaleza para cumplir mis objetivos.

A **mis Padres**: quienes pese a la distancia que nos separan, me han brindado su amor y apoyo moral.

A **todos mis hermanos** por su comprensión y apoyo incondicional.

A **Carlos**, por su amor, por sus desvelos, su gran paciencia conmigo y por estar a mi lado en los buenos y malos momentos.

A **Dr. Matute**, por todas sus enseñanzas durante mi formación como Especialista por incrementar mi capacidad de investigación y por su valiosa asesoría para la realización de esta tesis.

A **Todos los Especialistas del H.G.O.3C.M.N La Raza**, Turno matutino, vespertino y nocturno, que a lo largo de estos cuatro años me dieron la oportunidad de aprender de cada uno de ellos.

A **el personal de Archivo**, por su cooperación para la realización técnica de este trabajo.

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
HIPOTESIS.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	25
TABLAS	25 - 27
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	30

EVALUACION DE LA EFICIENCIA DE LA TENSION FREE VAGINAL TAPE (T.V.T) Y LA OPERACIÓN BURCH EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Dra. Flores Colque Judith Yenny. Dr Manuel Mario Matute Gonzalez. Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez. HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3 . C.M.N." LA RAZA" Delegación No.2 NE.

OBJETIVO

Comparar la eficiencia del procedimiento del T.VT. en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con la Operación de Burch.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Es un estudio comparativo, prospectivo y longitudinal.

Tamaño de la muestra: 20 pacientes, a 10 se les realizo TVT y 10 operación de Burch.

Variabes Dependientes: Incontinencia Urinaria de esfuerzo, definida cómo prueba de la tos y cistometría positivas.

Variabes independientes: costos, curación y complicaciones.

Análisis estadístico: T de Student en variables numéricas y Chi cuadrada en las nominales.

RESULTADOS

Hay diferencia significativa en los días de incapacidad y de estancia Intrahospitalaria.

La curación objetiva y subjetiva es semejante en ambos procedimientos.

En la operación de Burch hay mayor morbilidad.

CONCLUSIONES

La operación de TVT es preferible porque los resultados en curación son semejantes a la operación de Burch, la recuperación es más rápida, y los costos menores.

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria de esfuerzo es definida clínicamente como la pérdida involuntaria de orina, asociada con un aumento en la presión intraabdominal como el toser, estornudar, reírse, levantar objetos pesados y ejercicio físico. (1,3)

La incontinencia urinaria de esfuerzo anatómica es el resultado de una disminución de la función de las estructuras del piso pélvico responsables de dar sostén a los órganos pélvicos, provocando una hipermovilidad y descenso de la vejiga y de la uretra. (2)

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, tal como lo define la Sociedad Internacional de Continencia, se produce durante los momentos en los que se incrementa la presión intraabdominal, pues se eleva la presión intravesical más allá de la presión que puede soportar el mecanismo de cierre uretral y el resultado es la pérdida de orina.(3)

Para su estudio se ha dividido en dos grandes grupos la incontinencia urinaria: Intrauretral y Extrauretral. Dentro del primer grupo se encuentra la Incontinencia Urinaria Genuina de Esfuerzo, la Incontinencia Urinaria de Urgencia y la Incontinencia Mixta. (2,4)

Las fístulas genitourinarias constituyen el grupo de causa extrauretral, las cuáles no son motivo de estudio de este protocolo.

Existen varias opciones para el tratamiento quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, la elección dependerá de la severidad de la incontinencia, de la presencia de otras anomalías del piso pélvico, del grado de cistocele, de las preferencias personales del cirujano y de la condición clínica del paciente.(1)

El objetivo de la cirugía para la corrección de la Incontinencia Genuina de Esfuerzo es lograr mantener la presión intrauretral a la intravesical durante todo el tiempo, excepto cuando la paciente desee miccionar (1). Se han descrito muchas técnicas para el tratamiento de la incontinencia, se acepta actualmente sólo dos grupos de técnicas quirúrgicas.

El primer grupo esta representado por las fijaciones retropúbicas, y se considera cómo el estándar de oro a la Operación Burch, descrita por este autor en 1961 y modificada posteriormente por Tanagho. Otro grupo de técnicas son los cabestrillos, estas cirugías fueron descritas a principios del siglo por Goebell-Stoeckel, se abandonaron casi casi durante un siglo por considerarlas técnicamente difíciles y con alta morbilidad.

Durante casi todo un siglo se utilizaron las plastias vaginales como la Operación de Kelly, Kennedy e Ingelman, y con las técnicas con aguja cómo la operación de Gittes, Pereyra, Raz, Stamey, y otras. Todas fueron abandonadas con el transcurso del tiempo por la alta tasa de recurrencia de la incontinencia.(1,5,6). Sin embargo la evolución de estas cirugías no ha estado libre de complicaciones, inicialmente se utilizaron materiales como Mersilene, Marlex y Goretex, el cual se incluye en la vejiga provocando fístulas vesicovaginales, lo que llevó al abandono de este material

y provocó escepticismo entre los médicos. Se continuó la investigación con diferentes materiales encontrando en el Prolene un excelente material sintético porqué da buen sostén, no produce reacción a cuerpo extraño ni cambios inflamatorios en el tejido tejido conectivo parauretral. (7,15). Existen dos sistemas de cabestrillo sintéticos de polipropileno (SPARC y TVT), diseñados para ofrecer los beneficios de una cirugía de mínima invasión. (6,7,8,9,10,11,13,14)

Ulmsten y Petros describen desde 1995, el manejo quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, con la cinta libre de tensión (T:V.T). Se reporta a nivel mundial más de 150.000 cintas aplicadas, con curación del 90% a cinco años de seguimiento, y con mínimas complicaciones intraoperatorias y posoperatorias. (12)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, es una enfermedad que se presenta desde edades tempranas en la mujer con una incidencia del 6%. Por sus características produce una gran incapacidad social y laboral, que condiciona que las mujeres que la presentan busquen una terapéutica quirúrgica que solucione su problema.

La creciente demanda para la prestación de servicios asistenciales y consecuentemente los altos índices de ocupación, junto con la problemática social, familiar que determina el internamiento de una mujer, que frecuentemente es madre de familia, ha motivado la toma de conciencia del médico y de las Instituciones de salud para estudiar profundamente la relación costo-beneficio en la práctica segura de la cirugía ambulatoria.(14)

La experiencia acumulada en diversas instituciones nacionales y extranjeras ha demostrado la eficacia y eficiencia de estos procedimientos cuando la selección de los pacientes es adecuada y la técnica desarrollada para realizarlos es óptima.(14))

Existen procedimientos quirúrgicos en la especialidad de Ginecología que se efectúan con internamientos de 24 horas, y actualmente pueden realizarse sin riesgos para la paciente, quien se egresa, una vez recuperada del procedimiento anestésico .(14,15)

¿ El procedimiento del T.V.T. proporcionará mayor eficiencia en el tratamiento de las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en comparación a la operación Burch?

OBJETIVOS

General:

Comparar la eficiencia del procedimiento del TVT en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con la Operación Burch.

Específicos:

1. Comparar el costo del procedimiento de T.V.T con la operación de Burch en las pacientes con Incontinencia Urinaria de esfuerzo.
2. Comparar los riesgos a que son sometidas las pacientes con el procedimiento de T.V.T con la operación de Burch.
3. Comparar los resultados (curación objetiva y subjetiva), del procedimiento de T.V.T y la Operación Burch
4. Comparar las complicaciones médicas generales, transoperatorias, postoperatorias y aquellas que requieran cirugía, de las pacientes sometidas a la operación Burch y al procedimiento del T.V.T

HIPOTESIS

General:

El procedimiento del TVT tiene una mayor eficiencia que la operación Burch en el tratamiento de las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

Específicos:

1. El costo del TVT es menor
2. Los riesgos de la pacientes con TVT son menores
3. Los resultados del TVT son mejores.
4. Las complicaciones del TVT son menores

MATERIAL Y METODOS

Lugar de Estudio

Servicio de Ginecología. Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico Nacional "La Raza"(Hospital de Tercer Nivel de Atención) Instituto Mexicano del Seguro Social

Tipo de Estudio

Comparativo, prospectivo, longitudinal

Población

Tamaño de la muestra

Se determino el tamaño de la muestra por conveniencia, 10 pacientes sometidas a operación de T.V.T y 10 a operación de Burch.

Criterios de Elegibilidad

Criterios de Inclusión

Prueba de Tos Positiva.

Derecho habiente del I.M.S.S.

Aceptar participar en el estudio.

Urocultivo negativo.

Cuestionario Urológico Positivo para Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Criterios de Exclusión

Trastornos de la Estática Pélvica que ameriten tratamiento quirúrgico (Cistocele II o III,

Rectocele II o III, Descenso Uterino II o III)

Incontinencia Urinaria Mixta.

Vejiga Hiperactiva (Cistometria positiva a contracciones no inhibidas del Detrusor)

Orina residual mayor de 100 ml.

Cirugía anti-incontinencia previa.

Miomatosis uterina de grandes elementos.

Miomatosis uterina sintomática.

Enfermedad Neurológica.

Alergia al anestésico local.

Pacientes sometidas a terapia con anticoagulante.

Criterios de Exclusión

Pacientes que durante la realización del protocolo deciden abandonarlo.

VARIABLES

Independiente

Operación de TVT

Una hora antes de la cirugía, se canaliza a la paciente con solución glucosada al 5% (1000ml para 8 horas). Se premedica a la paciente con 5 mgs de diazepam 30 minutos antes del procedimiento.

Se coloca a la paciente en posición ginecológica, se realiza asepsia y antisepsia de la región, se aplican campos estériles y sonda de foley No.18. Se retira el T.V.T de su empaque, se monta el introductor en la aguja del TVT empujando hasta escuchar un clic, y posteriormente se atornilla.

En una jeringa, se cargan 15 ml de lidocaína al 1% con epinefrina. Se utiliza una aguja de insulina, se colocan 2 ml por debajo de la piel del abdomen, a cada lado de la línea media

en el sitio que se planea extraer la aguja. (Cara anterior del pubis de 1.5 a 2 cm. por fuera de la línea media de forma bilateral). A través del abdomen se lleva una aguja espinal a la cara posterior del pubis, dirigiéndola hacia el meato uretral externo hasta llegar a la altura de la fascia urogenital y al retirarla se depositan 3 a 4 ml de lidocaína en esta área.

Se recarga la jeringa con 15ml de lidocaína al 1% con epinefrina, se aplican de 1 a 2ml. a la altura de la unión uretrovesical (bilateralmente). Posteriormente la aguja se dirige hacia la cara posterior del pubis y al retirarla se depositan 3 a 4 ml de lidocaína en esta área.

Se realizan dos incisiones de 1 a 1.5 cms. en el abdomen en los sitios previamente anestesiados (no deben estar separados más de tres traveses de dedos). Se colocan dos pinzas de Allis a cada lado de la unión uretrovesical, se realiza con bisturí un corte vertical, y se realiza disección roma con tijeras de Metzembaun, dirigida horizontal y lateralmente en el espacio uretrovaginal, para la inserción de la aguja del T.V.T.

Se inserta la guía rígida en la luz de la sonda de foley, se angula la parte final de la sonda hacia el lado contrario del túnel uretrovaginal donde se insertara la aguja del T.V.T, intentando llevar la unión uretrovesical fuera del área de inserción.

Se introduce la aguja de T.V.T. dentro del túnel uretrovaginal hacia el espacio de Retzius, se coloca el dedo índice por debajo de la parte final de la aguja, se aplica presión hacia arriba, se dirige lateralmente, y siguiendo la cara posterior del pubis, se perfora el diafragma urogenital, se atraviesa la resistencia de la aponeurosis de los rectos anteriores, y se dirige la aguja hacia la incisión abdominal.

Se retira la sonda de foley, y se realiza una cistoscopia con un lente de 70 grados y

200ml. de solución en la vejiga para descartar la presencia de perforación. Si no hay perforación extraemos la cinta/aguja a través de la incisión abdominal. En este paso se puede realizar un movimiento anterior rotatorio. Se retira el introductor (Desatornillamos, separamos y jalamos)

Coloque la sonda de foley nuevamente, vacíe la vejiga e inserte el catéter rígido en la sonda, se angula la parte final de la sonda hacía el lado contrario del túnel uretrovaginal donde se insertara la aguja del TVT, intentando llevar la unión uretrovesical fuera del área de inserción.

Se introduce la aguja de TVT dentro del túnel uretrovaginal contralateral, y se realiza el mismo procedimiento, hasta ubicar la aguja del T.V.T en la incisión abdominal.

Se extraen la dos agujas, se alinean , se expone la mitad de las cintas. Se colocan unas tijeras de Metzembaun entre la cinta y la uretra, traccioné el cabestrillo (cinta) de ambos lados hasta que este en contacto con las tijeras, se deja la cinta suelta en este momento.

Con los 300 ml de líquido en la vejiga (la paciente debe tener deseos de orinar, o se puede infundir más líquido), se solicita a la paciente que tosa fuerte, cómo cuando presenta la incontinencia.(Las tijeras son dejadas en este sitio y mantienen una situación paralela a la uretra para evitar la obstrucción). Se tracciona ambos extremos de la cinta para el ajuste inicial.

Se corta la cinta derecha de la aguja, se retira la camisa de plástico, aplicando presión contraria con las tijeras de Metzembaun, se realiza el mismo procedimiento de lado izquierdo, se traccionan ambas cintas paralelas para el ajuste final, mientras la paciente tose intensamente, y se observa salida de unas cuantas gotas de orina con el esfuerzo.

Se cortan los extremos de la cinta por debajo de la piel del abdomen. Se suturan las incisiones abdominales, y se procede a la sutura de la incisión vaginal. Se vacía la vejiga antes de pasar la paciente a recuperación, y se deja la sonda de foley. (11,12,16)

Tipo de Variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal

Operación de Burch:

Se coloca a la paciente en posición decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas, se realiza asepsia y antisepsia del pubis y región vulvar, se coloca sonda de foley, se llena globo vesical con 8cc. Se colocan campos estériles, y se realiza incisión infraumbilical media o tipo Pfannenstiel, se secciona tejido celular subcutáneo, aponeurosis y se incide en rectos anteriores del abdomen, se los separa en su línea media.

Se ingresa por disección cortante y roma en el espacio de Retzius., se prepara el campo quirúrgico, colocando el separador de Sullivan O' Connor y compresas aislantes. Se realiza disección del espacio de Retzius hasta identificar el tejido vaginal parauretral, se colocan el dedo índice y medio en la vagina para proporcionar un campo firme.

Se identifica la unión uretrovesical palpando el globo de la sonda de foley al realizar una tracción suave sobre el catéter.

Colocamos a la altura de la unión uretrovesical en el tejido vaginal una pinza de Allis y otra un centímetro por debajo de la primera. Con Nylon del 00 se dan dos puntos helicoidales en el tejido vaginal en el sitio donde se colocaron las pinzas, estos puntos se llevan al ligamento de Cooper. Se realiza el mismo procedimiento del otro lado. Se verifica la hemostasia y se procede a anudar las suturas.

Se coloca un drenaje en el espacio de Retzius y se suturan la aponeurosis, tejido celular subcutáneo y piel. (1,2,5)

DEPENDIENTES

Eficiencia:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL : Obtener el mejor resultado al menor costo.

Costo:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el impacto económico calculado de la aplicación de un procedimiento médico-quirúrgico en un Hospital o Institución de Salud.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Se evaluara con las siguientes subvariables:

Días de estancia intrahospitalaria:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el tiempo que transcurre desde el ingreso del paciente hasta su egreso del hospital, cuantificado en días.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se tomará la fecha y horario de ingreso al Hospital de la forma 43029-I La fecha y hora de egreso de la forma 43021-I

Tipo de variable: Nominal, cuantitativa, numérica discreta ,

Escala de Medición: Días.

Tiempo quirúrgico

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se cuantifica en minutos, horas y comprende el intervalo de tiempo transcurrido desde el inicio de la Cirugía hasta su finalización.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se registrarán, fecha , sala de operación, turno, hora de

ingreso de la paciente, inicio de anestesia, inicio de operación, término de operación, término de anestesia, egreso de la paciente, y material tomados de la hoja de materiales de consumo por tipo de intervención quirúrgica.

Tipo de variable: Nominal. Cuantitativa, numérica continua.

Escala de medición: Minutos y horas.

Días de Incapacidad

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se refiere a los días en los cuales el paciente se encuentra incapacitado en realizar sus actividades laborales y sociales.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Número de días de incapacidad otorgados por el médico tratante.

Tipo de variable: Nominal. Cuantitativa, numérica, discreta

Escala de medición.: Días otorgados.

Mejor Resultado:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Al aplicar un tratamiento médico o quirúrgico se logra o superan los resultados hasta ahora obtenidos en la curación de las pacientes.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se considerará mejor resultado, el que se someta a un menor riesgo a la paciente, tenga menos complicaciones y proporción curación en la mayor parte de los casos.

Se evaluara con las siguientes subvariables:

Variables de Riesgo:

Anestesia

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Proporcionar insensibilidad al dolor durante un

procedimiento quirúrgico, obstétrico, terapéutico, diagnóstico y cuidar de los pacientes sometidos a ello. (19.20)

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se anotará el tipo de anestesia utilizado para los diferentes procedimientos..

Tipo de Variable: Nominal. Cualitativa.

Escala de medición: Nombre técnico del procedimiento anestésico

Sangrado Transoperatorio

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la pérdida de sangre intraoperatoria durante el evento quirúrgico, si excede el 30% de la volemia estimada de la paciente se considerará transfusión de eritrocitos para reemplazar la perdida aguda de sangre (2)

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se contarán el número de gasas manchadas con sangre en más de la mitad de su superficie.La mitad de la compresa corresponde a 5 gasas, y una compresa manchada en un 100%.equivale a 10 gasas.

Tipo de Variable: Nominal. Cuantitativa numérica discreta

Escala de Medición: Número de gasas.

Transfusión

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la administración de productos hemáticos, plasma y plaquetas necesarios para la oxigenación de tejidos y hemostasia eficaces (2)

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se revisaran las notas del expediente, para verificar si se transfundió la paciente y el número de paquetes globulares usados.

Tipo de variable: Nominal.Cuantitativa. numérica discreta

Escala de Medición: Número de paquetes globulares.

Días de uso de catéter intravesical.

Definición conceptual: Son los días que transcurren desde la colocación de la sonda de foley hasta su retiro.

Definición operacional: Se revisarán las hojas de indicaciones y de enfermería para cuantificar los días que la paciente usó la sonda de foley

Tipo de Variable: Nominal.Cuantitativa. Numérica discreta

Escala de Medición.: Número de días

Curación.

Curación subjetiva:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: La paciente refiere ausencia de pérdida involuntaria de la orina con el esfuerzo..

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Cuestionario urológico negativo.

Tipo de Variable: Nominal. Cualitativa. Dicotómica

Escala de Medición.: Curación: presente o ausente

Curación Objetiva:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Cuando por exploración física no se observe pérdida de la orina con el esfuerzo, y las valoraciones con la prueba del hisopo, la prueba de la tos sean negativas, la prueba de la toalla sanitaria sea menor a 2gr y la cistometría con valores dentro de rangos normales.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Prueba de la Tos Negativa

Tipo de Variable: Nominal.Cualitativa, dicotómica.

Escala de Medición: Curación: Presente o Ausente.

Vejiga Hiperactiva

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se refiere a la presencia de contracciones involuntarias del detrusor que ocasiona síntomas como polaquiuria, urgencia e incontinencia de urgencia. Puede ser hiperreflexia del detrusor e inestabilidad del detrusor. (2)

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Cistometría positiva a contracciones no inhibidas del detrusor.

Tipo de Variable: Nominal.Cualitativa, dicotómica.

Escala de Medición.: Presente o ausente.

Complicaciones

Médicas generales

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la inestabilidad de la patología de base de la paciente y pueden ser de origen cardiovascular, renal, hepática, metabólicas, pulmonares y endocrinas que se presentan durante y posterior al evento quirúrgico

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Detectar y corregir complicaciones médicas que se presente en el paciente quirúrgico (extraídas de notas médicas)

Tipo de Variable: Nominal.Cualitativa

Escala de medición: Presente o ausente.

Transoperatorias

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Son las complicaciones que surgen durante la realización del evento quirúrgico, originadas por la falta de habilidad y dificultad en la aplicación de la técnica quirúrgica adecuada, o por alteraciones anatómicas del órgano dañado.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se incluirán: perforación de la vejiga, fístulas, laceración de arteria iliaca externa, lesiones intestinales y hemorragias. (Los datos se extraerán de la hoja quirúrgica, y nota posquirúrgica) (14,17)

Tipo de Variable: Nominal. Cualitativa.

Escala de Medición. . Presente o ausente.

Postoperatorias

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Son las complicaciones que se presentan posterior al evento quirúrgico y se valora a las 24hrs, 48hrs y 72hrs y las complicaciones tardías originadas de la técnica quirúrgica. (Se extraeran los datos de las notas médicas de evolución

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se incluirán dehiscencias de herida quirúrgica, infección de vías urinarias, urgencia de novo, retención urinaria, respuesta transitoria de cuerpo extraño,dolor suprapúbico, hematoma suprapúbico y hemorragias (14,17,18)

Tipo de Variable: Nominal. Cualitativa

Escala de Medición: Presente o ausente

Complicaciones que requieren Cirugía

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se refiere a la complicación que se origina de un procedimiento quirúrgico anterior y que para la resolución de la misma requiere una nueva intervención quirúrgica

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se incluirán las resuturas por dehiscencia de herida quirúrgica, drenajes, hematomas retropúbicos, en caso de estenosis uretral retiro de la cinta de TVT (17,19).

Tipo de Variable: Nominal.Cualitativa

Escala de Medición.: Presente o ausente.

Universales

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad, medido en años.

Tipo de Variable: Cuantitativa, discreta

Escala de medición: Nominal.

Peso: se determina en gramos y kilogramos.

Tipo de Variable: Cuantitativa. Continua.

Escala de Medición: Nominal

Talla: Estatura o longitud del cuerpo humano desde las plantas de los pies hasta el vértice de la cabeza

Tipo de Variable: Cuantitativa. Continua.

Escala de Medición: Nominal.

IMC: Es el resultado obtenido de la división del peso en kilogramos entre el resultado obtenido de la elevación al cuadrado de la talla expresada en centímetros.

Tipo de Variable: Cuantitativa. Continua

Escala de Medición: Nominal

Gestaciones: Es el número de embarazos de la mujer en edad reproductiva

Tipo de Variable: Cuantitativa.Discreta

Escala de Medición: Nominal

Partos: Proceso fisiológico por medio del cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto

y la placenta, después de las 20 semanas de gestación

Tipo de Variable: Cuantitativa.Discreta.

Escala de Medición: Nominal

Abortos: Expulsión o extracción de todo (completo) o cualquier parte de la placenta (incompleta) o membranas sin un feto identificable o con un recién nacido vivo o muerto que pesa menos de 500gr.

Tipo de Variable: Cuantitativa.Discreta.

Escala de Medición: Nominal..

Cesáreas: Es la obtención de un recién nacido vivo o muerto, membranas y placenta a través de una incisión abdominal.

Tipo de Variable: Cuantitativa. Discreta.

Escala de Medición: Nominal..

METODOLOGIA

Todas las pacientes que acudieron al hospital enviadas por presentar Incontinencia Urinaria fueron valoradas en la preconsulta del servicio de Ginecología, se realizaron: historia clínica completa, interrogatorio urológico, (ver anexo 1), y exploración física completa, se solicita urocultivo y exámenes generales.

En las pacientes posmenopáusicas se indicó terapia de reemplazo hormonal por vía oral, con estrógenos naturales conjugados 0.625mgs, en ausencia quirúrgica de útero, y estrógenos naturales conjugados 0.625mgs, cada 24 horas por 21 días y clormadinona 2mg vía oral cada 24 horas por 10 días al mes en pacientes con útero, previa aceptación de

la paciente. Se indicaron medidas higiénicas dietéticas.

Se valoró nuevamente a la paciente con los resultados de laboratorio y del tratamiento iniciado. Y se realizó Cistometría simple en el consultorio de Urodinamia, siguiendo la técnica que a continuación se describe: Se le solicitó a la paciente que acuda a orinar previo al estudio. Se colocó sonda de foley y se mide la orina residual. Se inició la infusión de solución fisiológica a una velocidad de 100ml por minuto, interrumpiendo la infusión cada 100ml. Se realizó estímulos de provocación cada 100ml consistentes en toser, pujar y escuchar el agua correr.

Se continuó la infusión hasta llegar a la capacidad cistométrica máxima (la paciente refirió no tolerar más líquido en la vejiga). Se consideró la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor cuando la columna de agua ascendió 15cm de agua o cuando la paciente refirió urgencia urinaria y la columna de agua ascendió, aunque no alcanzó los 15cm de agua .

Después de terminada la cistometría simple. Con 300 ml de líquido en la vejiga se le solicitó a la paciente que tosa o pujan. El diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo se estableció cuando hay salida escasa, escurrida de líquido-no chorro-y coincidió con el esfuerzo. Si la prueba es negativa en la posición decúbito dorsal, se le solicitó a la paciente que se ponga de pie y con los pies separados a la altura de los hombros se le solicitó que tosa, pujan o realice la maniobra con la que ocurre la pérdida de la orina, si la salida de orina es escasa o escurrida - no chorro- y coincide con el esfuerzo se diagnosticó Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

Las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y sin trastornos de la estática

pélvica que requieran corrección quirúrgica se programaron para operación Burch u operación de TVT utilizando una tabla de números aleatorios.

MANEJO POSQUIRURGICO

A las pacientes con orina residual igual o mayor a 100 ml se les dejó la sonda de foley por tres días, y fueron citadas al consultorio de urodinamia con la vejiga llena. Se retiró la sonda y se midió nuevamente la orina residual, si esta fue menor de 100 ml se egresó sin sonda, si fué mayor se colocó la sonda por una semana, repitiendo el procedimiento anterior.

Se citaron a las pacientes 15 días después de la cirugía, con urocultivo y se les realizó el cuestionario urológico de control .

Se les citó nuevamente a los 3 meses posteriores a la cirugía, y se les realizó cuestionario urológico y prueba de la tos.

A las pacientes con sintomatología de urgencia se les realizó cistometría simple.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó T de Student no pareada para las variables numéricas.

Se utilizó Chi cuadrada. en las variables nominales. El nivel de significancia estadística fué con $p < 0.05$, con un intervalo de confianza de 95%.

RESULTADOS

Se estudiaron 10 pacientes, en el primer grupo con aplicación de T.V.T y 10 con Operación Burch, todas derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social enviadas del primero y segundo nivel de atención médica al Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional La Raza.

Todas las pacientes fueron evaluadas a los 15 días y se les dio seguimiento por 3 meses aplicándose prueba de la tos y cuestionario urológico

El análisis de las variables demográficas, no demostró diferencias estadísticamente significativas (Tabla No.1)

Tabla No.1
Variables Demográficas

	<i>Tension free Vaginal Tape</i>	<i>Operación de Burch</i>	<i>Valor de p.</i>
Edad	49.7	51.8	0.4
Peso	60.6	63.6	0.3
Talla	1.51	1.5	0.9
Índice masa corporal	26.06	27.99	0.526
Gestaciones	3.2	5.3	0.39
Partos	2.1	4.5	0.381
Abortos	0.4	0.3	0.5
Cesáreas	0.7	0.2	0.3

Se utilizó T de Student no pareada para las variables numéricas, en las variables nominales se uso Chi-cuadrada. Significancia $p < 0.05$

Los resultados de los costos demostraron que el T.V.T, tiene menos días de estancia intrahospitalaria, ($p=0.002$), y de incapacidad ($p=0.03$), comparado con la Operación Burch (Tabla 2)

En los tiempos de estancia en quirófano, de anestesia y de cirugía no se demostró diferencia significativa entre el T.V.T y la Operación Burch. (Tabla No.2)

Tabla No. 2
Comparación de los costos de la operación de Burch con el T.V.T.

	<i>Tension Free Vaginal Tape</i>	<i>Operación de Burch</i>	<i>Valor de p.</i>
Días de Estancia			
Intrahospitalaria	2.3	4	0.002
Tiempo de cirugía	68	65	0.7
Tiempo de anestesia	111	95	0.08
Tiempo de estancia			
en quirófano	141	125	0.091
Días de incapacidad	8.5	15	0.03

Se utilizó T de Student no pareada para las variables numéricas, en las variables nominales se uso Chi cuadrada. Significancia $p < 0.05$

El sangrado transoperatorio en el TVT. tuvo un rango de 50 a 100ml y en la Operación Burch fue de 50 a 450ml.(Tabla No.3)

Las pacientes con T.V.T, utilizaron menos tiempo la sonda de Foley ($p=0.02$).En las pacientes sometidas a Operación Burch se presentó vejiga hiperactiva de novo con mayor frecuencia (Tabla No.3)

En el primer grupo, las 10 pacientes presentaron curación subjetiva y objetiva. En el segundo grupo curación subjetiva en 10 y curación objetiva en 9 pacientes respectivamente, no hubo diferencia significativa (Tabla No.3)

Se aplicó anestesia local más sedación endovenosa en dos pacientes con T.V.T y en las demás pacientes anestesia regional sin complicaciones

Tabla No. 3
Comparación de los resultados de T.V.T y Burch

	<i>Tension Free Vaginal Tape</i>	<i>Operación de Burch</i>	<i>Valor de p.</i>
Curación subjetiva	10	8	0.1
Curación objetiva	10	9	0.3
Vejiga hiperactiva	10	9	0.3
Sangrado trans-operatorio	100	450	0.07
Días de uso de sonda de Foley	1	5	0.02

Se utilizó T de Student no pareadas para las variables numéricas, en las variables nominales se usó Chi-cuadrada. Significancia $p < 0.05$

Se utilizó anestesia regional en todas las pacientes con Operación Burch.

En nuestro estudio no se aplicó transfusión, por lo que no se analizó estadísticamente.

Las pacientes operadas con el procedimiento del T.V.T, consumieron menos suturas (vycril $p=0.007$, dermalon ($p=0.003$)). (Tabla No.4)

.Una paciente diabética presentó descontrol metabólico, como complicación médica después del procedimiento del T.V.T. Una paciente del grupo con Operación Burch durante el transoperatorio presentó lesión vesical, y otra en el posoperatorio presentó dehiscencia de herida quirúrgica y retención urinaria

En ambos grupos no se presentaron complicaciones que necesitaron manejo quirúrgico.

Tabla No.4

Material quirúrgico consumido			
	<i>T.V.T</i>	<i>BURCH</i>	<i>Valor de p.</i>
apósito	0,90	1,30	0,435
Cistoflo	0,90	1,10	0,325
gasa c/T	10,00	11,0	0,589
gasas simple	12,00	8,00	0,368
sonda foley	1,10	1,00	0,305
penrose	0,00	0,20	0,136
guantes	8,90	11.11	0.432
bisturí	1,70	1,80	0.606
jeringa 10cc	2,20	1,14	0.521
jeringa 5cc	1,70	2,10	0.639
jeringa 20xx	1,70	1.8	0.586
punzocat	0,50	0,10	0.051
catgut cromico	1,00	1,10	0,363
vycril	0,70	2,50	0,007
seda	0,30	0,10	0,264
dermalon	0,10	2,90	0,003
sol.fisiológica 1000cc	1,10	1,30	0,100
sol.hartmann 1000cc	0,90	1,00	0.865
sol.mixta 1000cc	0,10	0,00	0,305
sol.fisiológica 500cc	0,11	0,10	0.937

En las variables nominales se uso Chi cuadrada. Significancia $p < 0.05$

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demostraron que el costo del procedimiento de la Tensión Free Tape Vaginal, es menor en cuanto a días de estancia intrahospitalaria y días de incapacidad coincide con lo reportado por diferentes autores. (13,21)

Nuestro tiempo quirúrgico fue mayor al promedio reportado. (22,23), lo atribuimos a la curva de aprendizaje. Se observó que los tiempos quirúrgicos disminuyeron notablemente en las últimas cirugías. Lo que confirma la bondad en el aprendizaje del procedimiento.

El TVT tiene los mismos resultados que la operación de Burch en la curación subjetiva y objetiva de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

Es preferible utilizar el procedimiento de TVT porque representa un menor trauma quirúrgico, la recuperación es más rápida y el aprendizaje de la técnica no es complicado.

Observamos al igual que en otros estudios menor dolor postoperatorio, menos tiempo de uso de sonda de Foley, y la reincorporación a la vida cotidiana es más rápida.

Para afirmar que un manejo quirúrgico es efectivo en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, requiere de un seguimiento, cómo mínimo de 48 meses, evaluando la curación objetiva y subjetiva (16) y continuaremos con el seguimiento de esta pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dairiki Shortlief Linda M. Incontinencia Urinaria en la mujer. UROLOGIA CAMPBELL'S.Patrick Cwaish. Rubén F. Gittes.Editorial Médica Panamericana S.A. 5ta Edición 1988. pp 2904-38.
- 2.- Lewis Wall. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. GINECOLOGIA QUIRURGICA Te Linde.Jhon A. Rock.M.D.Editorial Panamericana.8va.Edición 1998 pp.1113-1156
- 3.- Carey Marcus P. y Meter L.Dwyer . The Signo of Stress Incontinente.Should We Relieve. What We See? .Aust.and. N.Z.Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997 (37),4. 436.
- 4.- Delgado Urdapilleta Jorge y cols. Incontinencia Urinaria. PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA PARA EL GINECOOBSTETRA.PAC GO-1. Editorial Inter.Sistemas 1ra Edición.pp.103-138.
- 5.-Gallo Delfino y I.M.Jorge Perez Vela . UROLOGIA GINECOLOGICA.Copiado por Delfino Gallo. pp.451-459
- 6.- American Medical Systems Food and Drug administration Mineapolis August 15. 2001..
- 7.-Falconer C. Soderberg M. y Blomgren B. Influence of different Sling Materials on Conective Tissue Metabolism in Stress Urinary Incontinent Women. International Urogynecology Journal. 2001 Suppl 2. pp.19-23 .
- 8.- Wang A.C. et al. Tension Free vaginal tape. A minimally invasive solution to stress urinary incontinence in women. J. Reproduce Medicine.1998;43: 429-34.

- 9.- Nilsson G. C. Kuuva N. The tension free vaginal tape procedure is successful in the majority in woman with indication for surgical treatment of urinary stress in continence Brithis Journal of Obstetrics and Gynaecology 2001; 108:414-19
- 10.- Philippe Henri-Jean. Actualidades en Uroginecología. ENCYCLOPEDIÉ MEDICO CHIRURGICLE. JF Bach, JF Imbert. Editions. Scientifiques et Médicals Elsevier 2001. pp. 1-3.
- 11.- Jomaa Martin. Combined Tension-Free Vaginal Tape and Prolapse Repair under Local Anaesthesia in Patients with Symptoms of Both Urinary Incontinence and Prolapso .Gynecologic and Obstetric Investigación 2001;184-186.
- 12.- Tamussino Karl F.M.D. Hanzal Engelbert M.D. y cols. Tension-Free Vaginal Tape operation: Results of the Austrian Registry. Obstetrics and Gynecology 2001 Vol.98 No.5 Part.I. pp732-35.
- 13.- Ulmsten Ulf, Jhonson Per. y cols. A tree-year follow up of tension free vaginal tape treatment of female stress urinary incontinence. Brithis Journal of Obstetrics and Gynaecology. April 1999, Vol 106 pp. 345-50.
- 14.- Quesnel Garcia Benitez Carlos. Ginecología y Obstetricia. "Manual de Cirugía Ambulatoria. Editorial SSA. Impreso en 1993 pp- 10-18 y 57-63.
- 15.- Olsson I. Kroon U.B. A three Year postoperative evaluation of TVT. Gynecologic and Obstetrics Investigación 1999; 48 pp 267-269.
- 16.- Leach, Gary E. Dmcochowski, Roger R. y cols. Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel Summary Report on Surgical. Management of female Stress Urinary Incontinence. Journal Urology. September 1997. vol. 158 .pp 875-880

- 17.- Ward. Karen, Paul Hilton y cols. Prospective multicentre randomized trial of tension – free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress Incontinence. *Brithis Journal Obstetrics Gynaecology* July 2002. Vol.325.
- 18.- Tsia –Shu Lo, Hue-Jean Huang, Chia Lin y cols. Use of intravenous anesthesia for Tension Free Vaginal Tape therapy in elderly Women with genuine Stress Incontinence *Urology* 2002, vol 59 No.3 pp.349-53.
- 19.- Walters.D. Mark.Tulikangas Paul M.D. y cols. Vascular Injury During Tension-Free Vaginal Tape procedure for Stress Urinary Incontinence. *Obstetrics & Gynecology* November 2002.Vol. 98 No.5 part 2. pp 957-60.
- 20.- Kitz J. Richard y Vandam D.Leroy. *Historia y Alcance de la Práctica Anestésica* Millar Ronald. Editorial Doyma Impreso 1986 pp.(3-13, 1755-1774).
- 21.- Nilsson C.G., Kuuva N. y cols. Long- term Results of the Tension Free Vaginal Tape Procedure for Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. *International Urogynecology Journal* 2001(Suppl. 2) S 5-S 8.
- 22.- Flesh George M.D. Tension Free Vaginal Tape for SUI : Optimizing outcoumes *OBG. Management*. December 2000 pp.1-7.
- 23.- Ulmsten U. Falconer C. y cols. A Multicenter Study of Tension Free Vaginal Tape for Surgical treatment of Stress Urinary Incontinence. *International Urogynecology Journal*. 1998 vol 9 pp 210-213.