

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA POR TVT

1. Identificación y descripción del procedimiento

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

2. Objetivo del procedimiento y beneficios

Controlar la pérdida involuntaria de orina

3. Alternativas razonable de dicho procedimiento

El tratamiento de su incontinencia urinaria no es una necesidad vital. Es a veces posible efectuar una reeducación vesical para aliviar sus fugas de orina. Después de hablar con su urólogo, usted ha decidido operarse para tratar este problema. Existen asimismo otras técnicas quirúrgicas, mediante cirugía clásica o laparoscopia. Estas le han sido explicadas por su urólogo.

4. Consecuencias previsibles de su realización.

Controlar o disminuir la pérdida involuntaria de orina. El control total de la pérdida urinaria se alcanza en aproximadamente el 85 % de los casos.

TÉCNICA OPERATORIA

En la sala de operaciones, se le pondrá en posición ginecológica. Se practica una pequeña incisión en la vagina, justo debajo de la uretra. Dos pequeñas incisiones encima del pubis o en la zona inguinal (dependiendo de la técnica quirúrgica) 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). En algunos casos 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.

POSTOPERATORIO 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 24 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. Será prevista una consulta de control con su urólogo, algunas semanas después que sea dada de alta.

5. Consecuencias previsibles de su no realización.

En su situación actual, el urólogo tratante, considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido detallada información, es usted, en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles.

6. Riesgos.

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 en este caso conservar la sonda urinaria durante un mayor lapso de tiempo. El riesgo de perforación 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 postoperatorio

- Dolores: Los dolores son muy leves durante el postoperatorio, 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 en casos excepcionales, 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.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente.

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.