

SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA

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. Su propósito es ayudarle a comprender mejor la información que le proporcionó su urólogo.

Su urólogo le explicará la enfermedad que usted sufre o el proceso de 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 o intervención terapéutica propuesto.

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

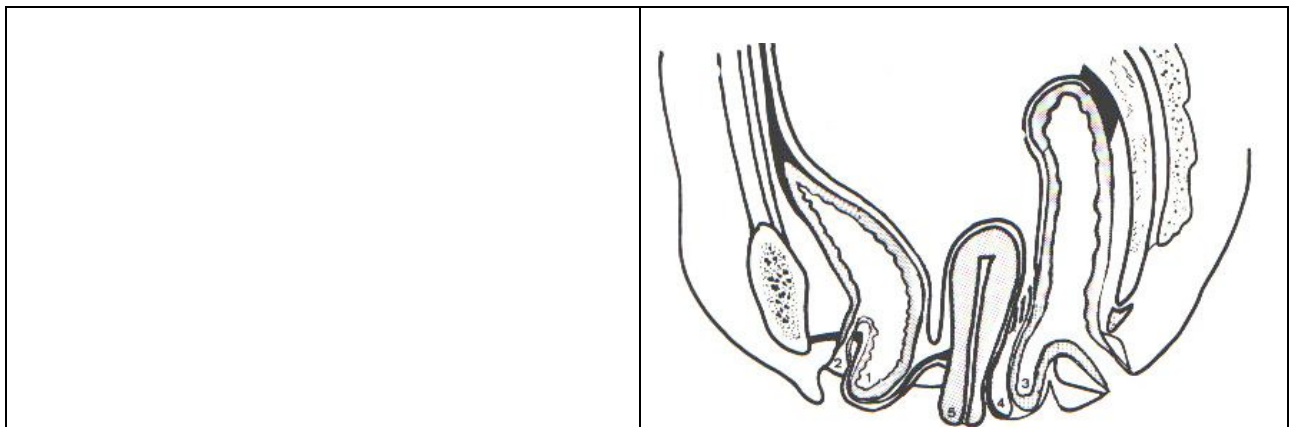
Este documento es un complemento de la información que su médico le ha entregado en consulta, le permite un tiempo de reflexión necesario para pensar en su tratamiento o intervención y llegar a una decisión informada junto con su urólogo, quien está a su disposición para entregarle informaciones complementarias.

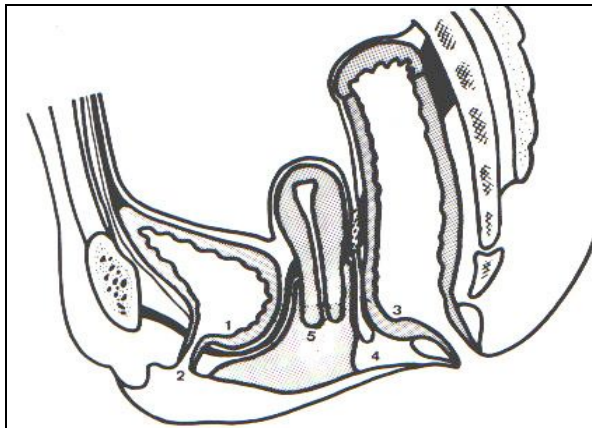
CURA DEL PROLAPSO GENITAL POR VIA VAGINAL

La intervención que se le propone está destinada al tratamiento de su prolapso genital por vía vaginal (vía natural)

ORGANOS PELVIANOS: VEJIGA, UTERO Y RECTO

Los órganos presentes en la pelvis femenina se mantienen en su lugar mediante un conjunto de músculos (piso pelviano) y ligamentos. El piso pelviano asemeja una hamaca sobre la cual reposan la vejiga, el útero y el recto. Se conoce como prolapso la anomalía que se nombra usualmente (bajada de órganos), cuando estos órganos ya no están sostenidos y salen a través de la pared de la vagina, en diversos grados.





En situación normal.

En situación de «bajada» (prolapso)

Leyendas: vejiga (1), uretra (2), recto (3), derivación peritoneal (4), cuello del útero (5)
 incontinencia urinaria (ver ficha AFU cinta sub-uretral).

MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN

El prolapso genital puede involucrar solamente o en conjunto la vejiga, el útero y el recto. Presenta diversos síntomas: Pesadez de la pelvis, signos urinarios (pérdidas de orinas por esfuerzos o imperiosas, es decir ganas urgentes y irreprimibles de orinar, dificultades al orinar, infecciones urinarias repetidas) sexuales (dolores durante el coito) o digestivos (dificultades para eliminar las heces).

La intervención que le propone su urólogo es un gesto quirúrgico cuyo propósito es volver a colocar la vejiga, la vagina, el útero y el recto en sus lugares correctos dentro de la pelvis, para que vuelvan a funcionar en forma normal. Este posicionamiento se hace por vía « natural » (vaginal) y consiste en un refuerzo de los medios de sostén o medios de suspensión de estos órganos. Esta intervención puede requerir el empleo de un tejido de refuerzo, usualmente sintético y compatible con el cuerpo humano.

En ciertos casos especiales (pacientes ancianas con gran riesgo anestésico o que no tengan actividad sexual) se puede proponer cerrar la vagina en forma definitiva.

Además, puede ser necesario agregar un gesto suplementario para tratar la

¿CUALES SON LAS ALTERNATIVAS?

Es posible efectuar una reeducación, pero sólo es eficaz en prolapso poco desarrollados. El pesario es un dispositivo que se introduce en la vagina (usualmente es un anillo de silicona o látex) y está destinado a contener el prolapso. Se puede dejar colocado permanentemente o en 12 horas. Su utilización está reservada a la espera de una intervención o para pacientes ancianas que no pueden ser operadas. Su eficacia es variable.

Además de la vía vaginal, el prolapso genital puede corregirse empleando otras vías de acceso (incisión abdominal o acceso laparoscópico). Su urólogo se las explicará.

El tratamiento de su prolapso genital no es una necesidad vital. Pero si no es tratado, existe el riesgo de que se agrave con el tiempo.

PREPARACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Como para todo procedimiento quirúrgico, una consulta de anestesia

previa a la operación se requiere algunos días antes de la intervención.

La elección del tipo de anestesia (general o local-regional) depende de la opinión del médico anestesista y del cirujano, tomando en cuenta sus preferencias.

Antes de la intervención, es necesario asegurarse de que no exista una infección urinaria. Se le pedirá efectuar un análisis de orina completo (ECBU) en los días antes de la operación. En caso de infección, se le prescribirá un antibiótico adecuado.

TÉCNICA OPERATORIA

En el quirófano, será instalada en posición ginecológica. Después de insertar una sonda vesical, se practicará una incisión en la vagina anterior o posterior. Los órganos se separarán, para reintegrarlos en su posición correcta.

Si se ha decidido colocar un tejido de refuerzo, éste quedará colocado entre la vagina y la vejiga (para prolapso vesical) entre la vagina y el recto (para prolapso rectal) o ambos. Si no se ha considerado colocar un tejido de refuerzo, se hará un tensado sencillo de la pared de la vagina mediante plicatura.

POSTOPERATORIO USUAL

Si se colocó un tampón vaginal, su urólogo decidirá cual será el momento para retirarlo como asimismo el retiro de la sonda urinaria. Al retirar la sonda, podrá notar que su vejiga se vacía más lentamente. Si se presentaran dificultades serias para orinar, podría ser necesario volver a colocar una sonda en la vejiga por algún tiempo.

Los dolores son usualmente mínimos y temporarios.

Analizará con su cirujano el tiempo de hospitalización (usualmente 3 a 4 días).

Se prevé una convalecencia de algunos días. La duración podrá ser estudiada en función de su trabajo.

No debe llevar cargas pesadas ni bañarse en tina y no debe tener actividad sexual durante por lo menos un mes, para lograr una buenas cicatrización de la incisión vaginal.

Pueden presentarse pérdidas vaginales mínimas durante este periodo: son totalmente normales.

Una consulta de control con su urólogo quedará fijada para algunas semanas después de la intervención.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Toda intervención quirúrgica presenta cierto porcentaje de complicaciones y riesgos, incluso vitales. Algunas de estas complicaciones, que se presentan en muy raras ocasiones pueden sin embargo ser irreversibles.

En el curso de esta intervención el cirujano puede encontrarse con un descubrimiento o evento imprevisto que requiera actos complementarios o distintos de aquellos inicialmente previstos, incluso interrumpir el protocolo previsto.

Algunas complicaciones están relacionadas con su estado de salud y con la anestesia. Le serán explicadas durante la consulta previa a la operación con el médico anesthesiólogo y son inherentes a toda intervención quirúrgica.

Pueden presentarse complicaciones relacionadas con el gesto operatorio:

Durante la intervención

Herida de la vejiga

Puede producirse una abertura accidental en la vejiga durante la disección de la vagina. El riesgo es mayor si ya ha sido operada, lo que

pudo haber creado adherencias, haciendo que la disección sea más complicada. Una herida pequeña se cierra en forma sencilla. Una herida mayor puede interrumpir el desarrollo de la intervención, especialmente si se planea colocar un tejido de refuerzo. En todos estos casos, la sonda deberá quedar colocada por más tiempo, según lo determine el cirujano.

Hemorragia - Hematoma

Esta complicación es escasa y requeriría en forma excepcional una nueva intervención (para evacuar el hematoma) o una transfusión (para compensar las pérdidas de sangre).

Complicaciones serias

En forma muy excepcional y como para cualquier otra intervención quirúrgica, pueden presentarse complicaciones serias que comprometan el pronóstico vital (herida de un vaso importante, herida intestinal, flebitis, embolia pulmonar).

En el postoperatorio inmediato

Dolores

Los dolores después de la intervención son muy leves, casi inexistentes. Pueden deberse a un tipo de ciática, presentarse en la raíz de las nalgas o en la vagina.

La textura de este tejido ha sido estudiada para una tolerancia perfecta y permitir una cicatrización vaginal rápida (un mes aproximadamente) Sin embargo, en ciertos casos puede presentarse una erosión prematura.

Puede presentarse asimismo en forma tardía, años después de su colocación. Por lo tanto, se requiere efectuar un control regular.

Erosión/infección del tejido de refuerzo

En el caso de una erosión, podría ser necesaria una nueva intervención para

retirar total o parcialmente el tejido de refuerzo sintético.

Alteración de la calidad de la vida sexual.

La intervención permite mantener la sexualidad, la calidad de la vida sexual puede verse modificada por dolores o problemas de lubricación vaginal, en ciertos casos por fenómenos de retracción de la vagina.

Problemas digestivos y dificultades al eliminar

El prolapso puede ser responsable por si solo de los problemas al eliminar las heces.

En forma excepcional, el tratamiento quirúrgico puede aparecer con un agravamiento o presencia de estos síntomas, si no estaban presentes antes de la intervención. Estos síntomas suelen desaparecer mediante un tratamiento laxante adecuado, que analizará con su urólogo.

Dificultades al orinar.

Excepcionalmente, puede presentarse incontinencia urinaria al esfuerzo después de la operación. No vacile en mencionarlo a su urólogo en la próxima consulta.

Las ganas frecuentes/urgentes de orinar pueden aparecer después de la operación. Puede tratarse de una infección urinaria leve o una irritación local pasajera si se colocó un tejido de refuerzo. Si se colocó una cinta sub-uretral al efectuar la cirugía del prolapso, el retomar la micción al retirar la sonda puede resultar difícil y requerir algunos días más de sondajes.

Tardíamente, a distancia de la intervención es frecuente notar que el chorro urinario es más lento. Si persisten serias dificultades para orinar, podría ser necesario recurrir a la colocación intermitente de una sonda

para permitir un vaciado correcto de la orina. El urólogo podrá entonces decidir si es necesaria una nueva intervención.

Fístula

La fístula es una comunicación anormal entre dos órganos huecos. En forma excepcional pueden complicar la cirugía del prolapso genital, sobretodo en el caso de las pacientes que han tenido varias operaciones. Puede involucrar la uretra, vejiga, vagina o recto. Su tratamiento es usualmente quirúrgico.

Recidiva del prolapso

Está ligada a numerosos factores (sobrepeso, tos crónica, alteración de la mucosa vaginal en la menopausia, constipación). El riesgo varía entre las pacientes.

La recidiva del prolapso no está necesariamente acompañada por los síntomas urinarios, sexuales o digestivos.

RESULTADOS

El resultado anatómico y funcional difiere según la técnica empleada, pero es usualmente bueno a corto y mediano plazo. Sin embargo, no es posible garantizarlo.

No se debe desestimar los riesgos de recidiva y complicaciones que pueden presentarse varios años después de la intervención.

Como para cualquier material extraño, la colocación de un tejido de refuerzo sintético requiere un seguimiento sistemático.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Sitio Internet de Urofrance : <http://www.urofrance.org/>

La Asociación Francesa de Urología no asume responsabilidad por eventuales consecuencias adversas resultantes del uso de los datos contenidos en los documentos, un error o una falta de precisión en el contenido de los documentos