

Los profesionales
expertos opinan
sobre los trastornos
urológicos y digestivos

focus



Marzo de 2016

Nº 9

Cirugía de la estenosis pieloureteral en menores de 2 años. Nuestra experiencia con el uso de catéter ureteral doble-J con prologación externa.

Resumen de participaciones Congreso del Grupo Nacional de Patología Funcional Femenina y Urodinámica de la AEU. Murcia 2015.

Resumen de la Society Meeting de la SINUG, CAU y ALAPP (Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología, Confederación Americana de Urología y Asociación Latinoamericana de Piso Pélvico) en la reunión anual de la ICS. Montreal 2015.

Resumen de las participaciones en las XXXII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Paraplejía (SEP). Barcelona 2015.

Integración de cateterismos intermitentes en el autocuidado Ponencia presentada en Curso de neurourología de SINUG (Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología). A Coruña 2015.

SpeediCath® Compact
Hombre



Diseñada para la discreción

Diseñada para la discreción antes, durante y después del sondaje.
Facilita el aprendizaje y el uso de la técnica del sondaje vesical intermitente.
Compacta y práctica para utilizar dentro y fuera de casa.



Sumario

5 Cirugía de la estenosis pieloureteral en menores de 2 años. Nuestra experiencia con el uso de catéter ureteral doble-J con prologación externa.

Hernández Martín, S. Lobato, R. Linares, E. Martínez Urrutia, MJ. López Pereira, P. Jaureguizar, E.

9 Resumen de participaciones Congreso del Grupo Nacional de Patología Funcional Femenina y Urodinámica de la AEU. Murcia 2015.

Prieto Chaparro, L.

19 Resúmenes de los Congresos de las Sociedades SINUG, CAU y ALAPP (Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología, Confederación Americana de Urología y Asociación Latinoamericana de Piso Pélvico) en la reunión anual de la ICS. Montreal 2015.

Errando Smet, C.

21 Resumen de las participaciones en las XXXII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Paraplejía (SEP). Barcelona 2015.

Rodríguez Sotillo, A.

26 Integración de cateterismos intermitentes en el autocuidado Ponencia presentada en Curso de Neurourología de SINUG (Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología). A Coruña 2015.

Romay Cea, R. Almuíña Díaz, C. Saavedra Illobre, B.

Comité Editorial

Dr. Antonio Rodríguez Sotillo
Jefe de Servicio de la Unidad de Lesionados Medulares.
Hospital Universitario A Coruña.
A Coruña.

Dr. Luis Prieto Chaparro
Adjunto a la Unidad de Urodinamia. Servicio de Urología.
Hospital General de Elche.
Alicante.

Dr. Pedro López Pereira
Jefe de Sección Unidad de Urología Pediátrica.
Hospital Universitario La Paz.
Madrid.

Dr. Carlos Errando Smet
Adjunto a la Unidad de Urología Funcional y Femenina.
Fundació Puigvert.
Barcelona.

D. Antoni Ustrell Olaria
Diplomado en Enfermería. Adjunto a la Jefatura de Enfermería.
Institut Guttmann. Badalona.
Barcelona.

D^a. M^a del Carmen Guerrero Andrades
Diplomado en Enfermería. Servicio de Urología.
Hospital Universitario Puerta del Mar.
Cádiz.

Esta publicación no se responsabiliza de las opiniones que puedan expresarse en la misma.

Revista gratuita publicada por Coloplast y dirigida a todos los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, interesados en los trastornos urológicos y digestivos. DL: M-53803-2010

Cirugía de la estenosis pieloureteral en menores de 2 años. Nuestra experiencia con el uso de catéter ureteral doble-J con prologación externa.

Hernández Martín, S¹, Lobato, R¹, Linares, E², Martínez Urrutia, MJ¹, López Pereira, P¹, Jaureguizar, E¹.

¹Servicio de Urología Pediátrica. Hospital Universitario la Paz.

²Servicio de Urología. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda.

Resumen

Objetivo

Evaluar los resultados de las estenosis pieloureterales (EPU) intervenidas en nuestro centro comparando el catéter ureteral doble-J con prolongación externa cerrada con los otros tipos de derivación urinaria utilizados.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo en menores de 2 años intervenidos de EPU durante el periodo 2005-2011. Técnica operatoria: Pieloplastia desmembrada por lumbotomía.

En función de la derivación urinaria utilizada (catéter ureteral doble-J con prolongación externa cerrada o nefrostomía con tutor ureteral cerrado) definimos ambos grupos y se comparan complicaciones postoperatorias, tiempo de hospitalización, respuesta (ecografía, captación diferencial renal y eliminación en el renograma diurético al año de la intervención) y recurrencia.

Resultados

Serie de 85 casos (26M, 59V) con edad media de 6,51 meses (s=5,75). En 75 casos (88%) se utilizó el catéter doble-J. El tiempo de intervención fue 80 minutos (s=23).

El ingreso medio fue de 3,8 días (3,5 (s=1,9) en el primer grupo y 7,2 (s=1,5) en el segundo). Presentaron complicaciones en relación con el catéter doble-J 7 pacientes: 5 urinoma y 2 introducción por herida quirúrgica de la prolongación externa.

La respuesta al tratamiento entre los grupos no presentó diferencias significativas. La ecografía demostró reducción significativa de la hidronefrosis en 84,3% de pacientes. El aumento de eliminación en el renograma fue del 43,7% IC (35,1-52,3). Dos casos del grupo del catéter doble-J recidivaron, precisando reintervención.

Conclusiones

El catéter ureteral doble-J reduce de forma importante la hospitalización. La complicación más frecuente asociada a este drenaje es el urinoma.

Palabras clave

Niños; estenosis pieloureteral; pieloureteroplastia; drenaje urinario; complicaciones postoperatorias.

Introducción

La pieloureteroplastia desmembrada de Anderson-Hynes continúa siendo el gold standard¹ en el tratamiento de la estenosis pieloureteral en el niño, con excelentes resultados. No obstante, existe controversia acerca de si utilizar o no drenaje en el postoperatorio de estos pacientes, y en su caso, sobre cuál^{2,3}. La inserción anterógrada de catéter transanastomótico doble-J ha sido descrita en pacientes pediátricos con buenos resultados⁴ siendo ampliamente utilizada, pero posee el inconveniente de someter al niño a una nueva anestesia general para la extracción del mismo por cistoscopia³. Existe una modificación del mismo, diseñada por Salle en 1995: catéter doble-J con prolongación externa, con la ventaja de poder extraerlo sin necesidad de anestesiarse al paciente¹ (Figura 1a). Su diseño permite la conexión del mismo a sistema de drenaje (Figura 1b), pero dado el escaso calibre de los catéteres utilizados en pacientes pediátricos (3F, 4F), conduce a complicaciones como acodamiento o desinserción del mismo del sistema. Por ello, en nuestro centro, se optó por cerrar la prolongación externa desde el quirófano, funcionando como un catéter doble-J y cubriendo el mismo con apósito, resultando en un fácil manejo y operativo domiciliariamente por parte de los padres, lo que facilita la posibilidad de un alta precoz (a las 48 horas en nuestro centro).

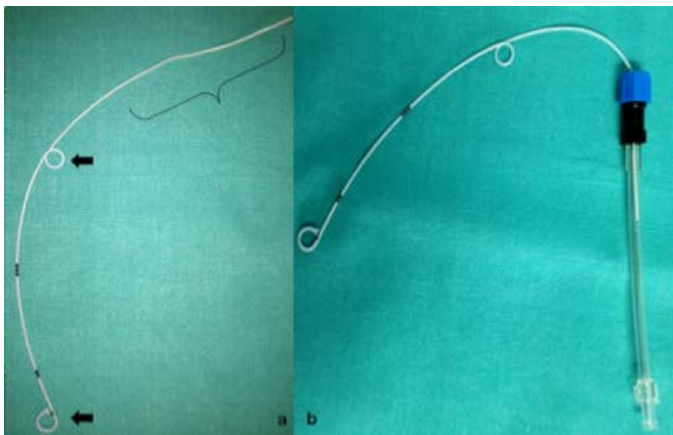


Figura 1. Catéter doble-J con prolongación externa. a) Las flechas señalan los puntos de drenaje que se ubican respectivamente en pelvis renal y en vejiga. La llave identifica la prolongación externa. b) Catéter conectado a adaptador para sistema de drenaje.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido evaluar los resultados quirúrgicos de las EPU operadas en nuestro centro comparando éste tipo de derivación con las otras utilizadas clásicamente por nuestro grupo.

Material y métodos

Revisamos retrospectivamente las historias de todos los pacientes menores de 2 años intervenidos de EPU durante el período comprendido entre enero de 2005 y julio de 2011. La técnica operatoria en todos los casos fue la pieloureteroplastia desmembrada (Anderson-Hynes) por lumbotomía, con incisión menor a 3 cm.

Se utilizó como drenaje urinario el catéter ureteral doble-J con prolongación externa cerrada (CUDJEC) o un tubo de nefrostomía con tutor transanastomótico externo cerrado. El CUDJEC es colocado durante la intervención quirúrgica, tras completar la mitad posterior de la anastomosis pieloureteral, progresándolo de forma que ambas espirales (coils) quedan en pelvis renal y vejiga respectivamente. Posteriormente la prolongación es exteriorizada por la herida quirúrgica pasando a través del parénquima renal (generalmente por el cáliz inferior, o por la zona con mayor adelgazamiento del parénquima). Es importante cerrar la abertura del parénquima renal con un punto absorbible para minimizar el urinoma. El catéter es fijado a la piel y cerrada su prolongación externa con nudo doble, quedando finalmente cubierto por el apósito. Tras una semana de la intervención, el catéter se retira en la consulta. En nuestro centro, únicamente se abre la prolongación externa en caso de complicaciones, como urinoma o dolor.

Como nefrostomía se utiliza un Malecot introducido en pelvis renal durante la anastomosis, exteriorizado a través de herida y asociado a un tutor ureteral transanastomótico exteriorizado junto al Malecot y anudado en el exterior. La sonda de nefrostomía se mantiene abierta a sistema de drenaje durante 1 semana, realizando pinzamientos progresivos previa a su retirada, por lo que habitualmente estos pacientes se mantienen ingresados durante todo este periodo de tiempo.

Este sistema de drenaje permite la realización, si se considera oportuno, de un ureterograma anterógrado de control previo a su retirada.

Según el tipo de derivación urinaria utilizada se realizó análisis comparativo univariante de las siguientes variables: respuesta al tratamiento (ecografía, gammagrafía renal, renograma diurético al año de la intervención y recurrencia), tiempo de hospitalización y complicaciones postoperatorias. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 15,0 utilizando como test estadísticos la χ^2 de Pearson para comparación de variables categóricas y la t-Student para variables cuantitativas. Se consideró estadísticamente significativo el valor de $p < 0,05$.

Resultados

Encontramos 85 pacientes (26 mujeres y 59 varones) intervenidos de EPU en ese periodo de tiempo a una edad menor de 2 años (media 6,51 meses ($s=5,75$)). En 75 casos (88%) se utilizó el CUDJEC, con un calibre medio de 3,4F ($s=0,5$), y en los 10 restantes nefrostomía (12%). El seguimiento medio fue de 38,8 meses ($s=24,3$) en el grupo de CUDJEC y de 53,5 meses ($s=43,7$) en el grupo en el que se utilizó la nefrostomía. El tiempo de intervención fue de 78,4 min ($s=20$) y 93,5 ($s=33,2$) respectivamente.

La Tabla 1 recoge el estudio comparativo de ambos grupos.

Únicamente presentaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis el tiempo medio de ingreso (variando de 3,5 meses (s=1,9) en el primer grupo, a 7,2 (s=1,5) en el segundo) y las complicaciones postoperatorias, que únicamente se presentaron en el grupo con CUDJEC.

	TIPO DE DRENAJE	
	Doble-J con prolongación externa cerrada	Nefrostomía + Tutor ureteral
Número de pacientes	75	10
Edad media a la intervención	6,7 meses (s=6,0)	6,9 meses (s=3,3)
Tiempo medio de intervención	78,4 min (s=20)	93,5 (s=33,2)
Tiempo medio de ingreso	3,5 días (s=1,9)	7,2 días (s=1,5)
Seguimiento medio	38,8 meses (s=24,3)	53,5 meses (s=43,7)
Complicaciones	5 Urinoma	0
	2 Migración interna catéter	
Mejoría ecográfica	83%	60%
Incremento eliminación (renograma)*	44,7% IC(36,5%-52,7%)	32,6% IC(24,3%-40,7%)
Incremento captación*	2,2% IC(-0,3%-4,8%)	2,3 IC(-1,7%-6,36%)
Recidiva	2	0

Tabla 1. Resultados de las EPU intervenidas según el tipo de derivación urinaria utilizada. Se encuentran sombreados los resultados donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. (s)=Desviación estándar. (IC)=Intervalo de confianza. *Resultado de la diferencia de los valores de eliminación y captación postoperatorios y los valores preoperatorios (postoperatorio – preoperatorio).

Las complicaciones fueron relacionadas con el desplazamiento del catéter: aparición de urinoma (Figura 2) (por externalización de orificios de drenaje a la fosa renal) en 5 casos y migración interna de la prolongación externa a través de la herida quirúrgica en 2. Únicamente 3 de estas 7 complicaciones precisaron reintervención (drenaje de un urinoma y 2 cistoscopias para extracción del catéter interiorizado). El resto de los urinomas se solucionaron con la apertura de la prolongación externa, para permitir el drenaje a través de ella.

No hubo diferencias entre los 2 grupos en la evolución. La ecografía demostró reducción significativa de la hidronefrosis en la mayoría de los pacientes (83% en el grupo de CUDJEC y 60% en el grupo con nefrostomía) (Figura 3). El aumento de eliminación en el renograma isotópico (comparando eliminación postoperatoria y preoperatoria) fue igualmente significativo (44,7% IC(36,5%-52,7%) en el primer grupo y 32,6% IC(24,3%-40,7%) en el segundo), pero no así el de la captación gammagráfica (2,2% IC(-0,3%-4,8%) y 2,3 IC(-1,7%-6,36%) respectivamente. Dos casos recidivaron, precisando reintervención (ambos correspondientes al grupo de CUDJEC).



Figura 2. Urinoma postoperatorio. La línea punteada señala el grosor de la capa de orina alrededor del riñón.

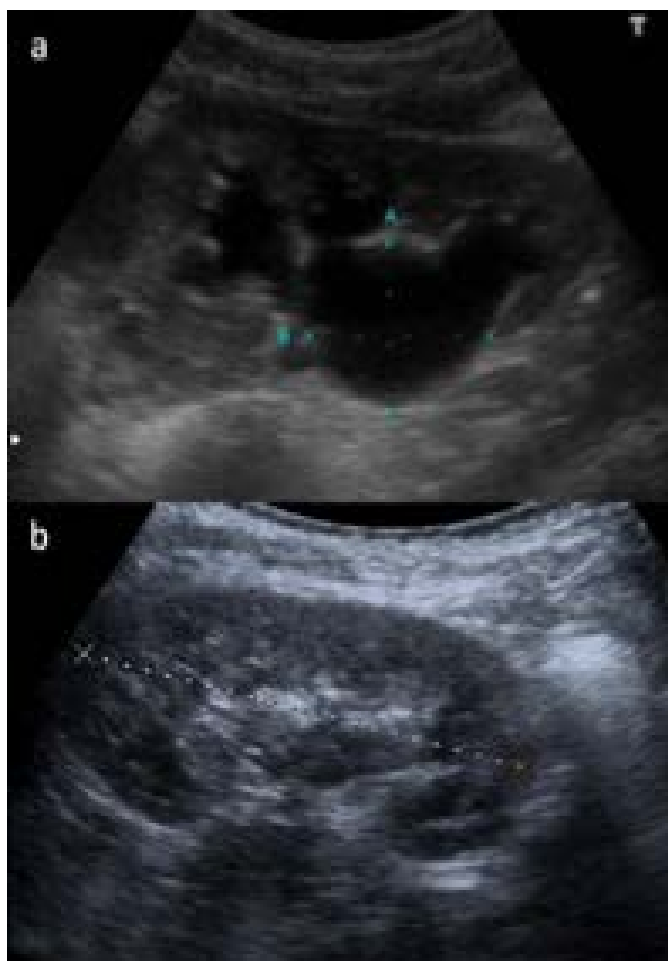


Figura 3. a) Ecografía preoperatoria de paciente con EPU. b) Estado del mismo tras un año de la intervención.

Discusión

La pieloureteroplastia desmembrada descrita por Anderson y Hynes⁵ continúa siendo el procedimiento de elección en el tratamiento de la estenosis pieloureteral en el niño¹, por su reproductibilidad y alta tasa de éxitos, a pesar de la aparición de nuevas técnicas como la endopielomiotomía retrógrada⁶ o la dilatación endoscópica con balón⁷. Igualmente se

ha desarrollado y está ampliamente descrita la utilización del abordaje mínimamente invasivo (laparoscopia⁸ y retroperitoneoscopia⁹) en la pielouretroplastia en el paciente pediátrico, aunque sus resultados y utilización son más controvertidos en niños pequeños y lactantes¹⁰. En este último subgrupo de niños pequeños, muchos grupos abogan por el abordaje abierto con pequeña incisión debido a un menor tiempo quirúrgico, alta seguridad y efectividad, y buenos resultados cosméticos¹¹, similares a los hallados en nuestra serie.

Existen numerosos sistemas de drenaje utilizados en niños, sin lograr consenso en cual es el más adecuado¹², o si utilizarlo¹³, variando desde nefrostomía con o sin tutorizar la anastomosis¹⁴ a doble-J con o sin prolongación externa⁴, incluso se ha descrito la posibilidad de utilizar un stent magnético que evita la anestesia para su extracción¹⁵. La posibilidad de utilizar un stent ureteral externalizado que permita su extracción en la consulta no es una opción novedosa, siendo preferida por numerosos grupos¹⁶⁻¹⁸, incluso se encuentran en la literatura descripciones para la manufacturación de uno si no se dispone de ellos en el hospital¹⁹.

En nuestra serie, el uso del CUDJEC reduce de forma importante el período de hospitalización, facilitando la comodidad del paciente y de la familia. La complicación más frecuente asociada a este drenaje es el urinoma por desplazamiento del mismo, con un porcentaje bajo y similar a otras series¹, y un porcentaje aun menor (1%) requirió reintervención por esta complicación. Por otra parte, no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a resultados quirúrgicos con una mejoría evidente ecográfica y de las pruebas funcionales, sin encontrar las complicaciones que históricamente se le atribuían como infección, fibrosis o estenosis²⁰.

Todo ello hace del catéter ureteral doble-J con prolongación externa cerrada una opción completamente válida y con menor coste asociado debido a menor tiempo de ingreso hospitalario, por lo que se ha convertido el drenaje de elección en el postoperatorio de estos pacientes en nuestro centro.

Bibliografía

1. Braga LH, Lorenzo AJ, Farhat WA, Bagli DJ, Khoury AE, Pippi Salle JL. Outcome analysis and cost comparison between externalized pyeloureteral and standard stents in 470 consecutive open pyeloplasties. *J Urol.* 2008;180:1693-8.
2. Smith KE, Holmes N, Lieb JI, Mandell J, Baskin LS, Kogan BA, et al. Stented versus nonstented pediatric pyeloplasty: a modern series and review of the literature. *J Urol.* 2002;168:1127-30.
3. Yucel S, Samuelson ML, Nguyen MT, Baker LA. Usefulness of short-term retrievable ureteral stent in pediatric laparoscopic pyeloplasty. *J Urol.* 2007;177:720-5.
4. McMullin N, Khor T, King P. Internal ureteric stenting following pyeloplasty reduces length of hospital stay in children. *Br J Urol.* 1993;72:370-2.
5. Anderson JC, Hynes W. Plastic operation for hydronephrosis. *Proc R Soc Med.* 1951;44:4-5.
6. Braga LH, Lorenzo AJ, Skeldon S, Dave S, Bagli DJ, Khoury AE, et al. Failed pyeloplasty in children: comparative analysis of retrograde endopyelotomy versus redo pyeloplasty. *J Urol.* 2007;178:2571-5.
7. Mackenzie RK, Youngson GG, Hussey JK, Mahomed AA. Is there a role for balloon dilatation of pelvi-ureteric obstruction in children? *J Pediatr Surg.* 2002;37:893-6.
8. Tong Q, Zheng L, Tang S, Zeng F, Du Z, Mei H, et al. Comparison of laparoscopic-assisted versus open dismembered pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction in infants: intermediate results. *Urology.* 2009;74:889-93.
9. Valla JS, Breaud J, Griffin SJ, Sautot-Vial N, Beretta F, Guana R, et al. Retroperitoneoscopic vs open dismembered pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction in children. *J Pediatr Urol.* 2009;5:368-73.
10. Chacko JK, Koyle MA, Mingin GC, Furness PD, 3rd. The minimally invasive open pyeloplasty. *J Pediatr Urol.* 2006;2:368-72.
11. Ruiz E, Soria R, Ormaechea E, Lino MM, Moldes JM, de Badiola FI. Simplified open approach to surgical treatment of ureteropelvic junction obstruction in young children and infants. *J Urol.* 2011;185:2512-6.
12. Yiee JH, Baskin LS. Use of internal stent, external transanastomotic stent or no stent during pediatric pyeloplasty: a decision tree cost-effectiveness analysis. *J Urol.* 2011;185:673-80.
13. Elmalik K, Chowdhury MM, Capps SN. Ureteric stents in pyeloplasty: a help or a hindrance? *J Pediatr Urol.* 2008;4:275-9.
14. Austin PF, Cain MP, Rink RC. Nephrostomy tube drainage with pyeloplasty: is it necessarily a bad choice? *J Urol.* 2000;163:1528-30.
15. Mykulak DJ, Herskowitz M, Glassberg KI. Use of magnetic internal ureteral stents in pediatric urology: retrieval without routine requirement for cystoscopy and general anesthesia. *J Urol.* 1994;152:976-7.
16. Bono P, Pozzi E, De Francesco O, Broggin P, Roggia A. [Urinary diversion using a Maizels catheter (K.I.S.S.S.) in pyeloplasty]. *Arch Ital Urol Androl.* 1993;65:153-6.
17. Zaidi Z, Mouriquand PD. The use of a multipurpose stent in children. *Br J Urol.* 1997;80:802-5.
18. Helmy T, Blanc T, Paye-Jaouen A, El-Ghoneimi A. Preliminary experience with external ureteropelvic stent: alternative to double-j stent in laparoscopic pyeloplasty in children. *J Urol.* 2011;185:1065-9.
19. Lau JL, Werthman P, Corman J. Ureteropelvic junction repair: stent and vent. *J Urol.* 1995;154:1156-7.
20. Anderson JC, Hynes W. Retrocaval ureter; a case diagnosed pre-operatively and treated successfully by a plastic operation. *Br J Urol.* 1949;21(3):209-14.

Resumen de participaciones Congreso del Grupo Nacional de Patología Funcional Femenina y Urodinámica de la AEU. Murcia 2015.

Prieto Chaparro, L.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

Recopilación de los temas más novedosos y actuales en Patología Funcional Femenina y Urodinámica. Murcia 2015.

Esta síntesis práctica que presentamos, corresponde a trabajos y abstract seleccionados expuestos en el Congreso del Grupo Nacional de Patología Funcional Femenina y Urodinámica de la AEU, celebrado los días 7 y 8 de mayo de 2015 en la ciudad de Murcia y organizado por los miembros del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Hemos destacado los trabajos que nos han parecido más interesantes. A su vez, hemos considerado citar también los premiados, así como los que traducen aplicación práctica o informativa. De esta excelente reunión científica hemos de destacar el elevado nivel científico sobre todo en determinados bloques temáticos de nuestra subespecialidad, la patología funcional. Tan sólo pretendemos difundir los contenidos que pueden ser de interés para los urólogos que no disponen del contenido de dicha reunión con trabajos seleccionados para optimizar tiempo de revisión. En algunos trabajos se añaden consideraciones o dudas que pudieran ser de utilidad.

Del primer bloque de comunicaciones de incontinencia urinaria del varón hemos seleccionado las siguientes:

Estudio Multicéntrico Nacional: Resultados del cabestrillo ajustable transobturador para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) masculina (ATOMS®). Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Es conocido que la técnica quirúrgica tradicional para la IUE masculina tras cirugía, ha sido el esfínter urinario artificial (EUA). Han aparecido posteriormente otros dispositivos ajustables y menos invasivos, sobre los que ya existe

experiencia. Entre enero de 2010 y diciembre de 2013 se han implantado 145 dispositivos ATOMS® en 12 hospitales españoles. Se ha realizado un análisis retrospectivo recogiendo datos demográficos y clínicos, etiología y grado de IU, resultados, complicaciones, y evolución hasta enero de 2014. El 96,4% presentaban IUE leve-moderada, siendo casos con IUE severa el resto (3,6%). De los 145 pacientes, 82 tienen 12 meses de seguimiento (56,6%), 36 con 24 meses (24,8%) y 16 con 36 meses (11%). El implante se realizó mediante técnica original (W.Bauer, 2005), con mínima invasión quirúrgica y ajuste intraoperatorio. El volumen medio de ajuste intraoperatorio ha sido 8cc, siendo el volumen medio final de 11,6cc. El 42% de los pacientes no han precisado ajuste posterior. Se han colocado 89% puertos abdominales y 10,3% escrotales. No ha habido complicaciones intraoperatorias relevantes. Durante el seguimiento, se han producido 4% extrusiones del puerto, 5,5% infecciones del dispositivo/ puerto, 1,4% complicaciones mecánicas y 14,5% dolor perineal autolimitado. Se han explantado 7 dispositivos y 17 puertos, de los que se han recolocado 4. En el momento de la valoración, 47-59% de los pacientes eran continentes y 29-45% habían mejorado respecto a su situación previa. El grado de satisfacción de los pacientes fue elevado (>85%).

Conclusiones

El dispositivo ATOMS® es un implante eficaz y seguro para el tratamiento de la IUE masculina leve-moderada. Consideramos que representa una alternativa frente al EUA. La ajustabilidad permanente permite mejorar resultados. Es preciso mayor tiempo de seguimiento y pacientes para consolidar los datos.

Consideraciones

La eficacia y la seguridad del sistema ajustable transobturatriz para varón ATOMS® con el puerto

inguinal o escrotal para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo del varón se ha descrito en múltiples ocasiones en los estudios a corto y medio plazo. Hay un estudio multicéntrico prospectivo que es el primero en reportar resultados funcionales a largo plazo en 5 años de seguimiento. El dispositivo ATOMS® muestra buena eficacia en la función uretral a largo plazo mantenida hasta 5 años, alta satisfacción para el paciente y baja tasa de complicaciones. El tiempo de operación es corto y la implantación secundaria es posible después de algún fracaso. La prevención de infecciones es la clave para la durabilidad del implante a largo plazo y para obtener mejores resultados funcionales¹.

Esfínter urinario artificial. Indicaciones, resultados y complicaciones en nuestra serie. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña.

La implantación del esfínter urinario artificial (EUA) se ha establecido como una de las opciones con mejores resultados en el tratamiento de la incontinencia urinaria (IU) severa. Los autores evalúan los resultados funcionales y las complicaciones derivadas del implante del EUA AMS 800 de su serie.

Realizan un estudio retrospectivo de EUA implantados entre octubre de 1995 y septiembre de 2014. Registro de variables generales, etiología de la IU, cirugía previa de la IU, resultados funcionales (continencia) y de satisfacción mediante encuesta telefónica, así como las complicaciones derivadas del procedimiento.

Registran un total de 68 EUA implantados en 58 pacientes. La edad media de los pacientes en el momento del implante fue de 58,8 años (rango: 12-83). Del total, cinco fueron mujeres (8,6%).

En cuanto a la etiología, 28 casos (48,3%) por incontinencia urinaria post-prostatectomía radical; 14 (24,1%) en relación con vejiga neurógena; 8 (13,8%) tras cirugía de hiperplasia benigna de próstata; 3 (5,2%) tras braquiterapia por cáncer de próstata; 3 (5,2%) tras cistectomía radical con neovejiga ileal ortotópica; y 2 (3,4%) tras cirugía rectal. Un 27,6% (16) fue sometido a cirugía previa para su IU. La mediana de seguimiento ha sido de 24 meses (2-183).

Se produjeron complicaciones en 27 de los 68 implantes (39,7%): fallo mecánico en 13 (19,1%); extrusión en 7 casos (10,3%); infección en 6 casos (8,8%); fístula urinaria en 1 caso (1,5%).

De los 41 pacientes con EUA funcionante, 34 (83%) respondieron a la encuesta. 11 pacientes (32,3%) no usan ningún absorbente, 16 (47,1%) usan 1 absorbente al día, y 7 (20,6%) usan 2 o 3. Siete pacientes (17%), todos con

vejiga neurógena, realizan cateterismos intermitentes.

Respecto al grado de satisfacción, muy satisfecho en 8 casos (23,5%), satisfecho en 22 (64,7%), normal en 3 (8,8%) e insatisfecho en 1 (2,9%).

Conclusiones

El EUA permite ofrecer a los pacientes con IU severa la oportunidad de obtener un control razonable de la continencia de orina con la consecuente mejora en su calidad de vida. Sin embargo, debemos tener en cuenta el índice significativo de complicaciones asociadas.

Consideraciones

Un trabajo interesante presentado en Montreal en la ICS, hace una aportación para mejorar los resultados funcionales a largo plazo, define un componente clave del esfínter urinario artificial, AMS 800, es el globo de regulación de presión (PRB). Variables que afectan la presión incluye la presión seleccionada para un volumen de llenado y la ubicación PRB. Los patrones de la práctica del cirujano para llenar el volumen y la ubicación del balón varían ampliamente. Examinan cómo influye cada una de estas variables y como contribuyen a la presión final in vivo y puede ayudar a guiar la toma de decisiones quirúrgicas. Cuando el PRB se coloca por debajo del músculo recto, las presiones iniciales son supra-terapéuticas, pero con el tiempo parecen equilibrarse. Los efectos a largo plazo en cuanto a la erosión del manguito y atrofia uretral están por determinar. El relleno con volúmenes que van desde 15-25mL resultan en mantener las mismas presiones iniciales. Por lo tanto, según las preferencias del cirujano para algunos volúmenes de llenado parecen apropiadas en el corto plazo. Los reservorios antiguos tienen presiones más bajas en comparación con reservorios vírgenes, lo que sugiere la pérdida de elasticidad de silicona con el tiempo².

¿Cómo afecta la radioterapia de rescate a pacientes con prostatectomía radical portadores de esfínter urinario artificial o malla suburetral?. Servicio de Urología. Fundación IVO. Valencia.

La cirugía de la continencia puede comprometer la vascularización de la uretra proximal y, por tanto, incrementar el riesgo de efectos secundarios de la radioterapia de rescate (RTr).

El objetivo del estudio es evaluar los cambios en la continencia, sintomatología miccional y complicaciones después de RTr en pacientes con recidiva bioquímica tras prostatectomía radical y cirugía de la incontinencia.

Presentan un estudio observacional prospectivo realizado sobre 16 pacientes portadores de malla suburetral/esfínter urinario tratados con RTr por recidiva bioquímica tras

prostatectomía radical (dos valores por encima de 0.4 ng/ml separados dos semanas).

Entre junio 2010 y septiembre 2014, 16 pacientes recibieron RT. La edad media fue de 6±47 años. La mediana de tiempo transcurrido desde la prostatectomía radical hasta la cirugía de la incontinencia fue de 29 (11-48) meses. El tipo de implante fue InVance® en 4 pacientes, AdVance® en 3 pacientes, AdVanceXP® en 4 pacientes y esfínter AMS-800® en 5 pacientes.

La mediana de tiempo desde la cirugía de la incontinencia hasta la radioterapia fueron 33 (5-90) meses. Durante este periodo 1 paciente perdió la continencia por movilización de los tornillos (InVance) y dos pacientes presentaron urgencia que cedió sin precisar tratamiento. El resto de pacientes no presentaron cambios en la dinámica miccional.

Tras la radioterapia, 9 pacientes (56%) presentaron alguna alteración, con una mediana de evolución de 12 (5-39) meses. 4 pacientes perdieron la continencia, 3 presentaron sintomatología irritativa de nueva aparición, 3 presentaron hematuria aislada o asociada a otra sintomatología y 1 paciente desarrolló estenosis de uretra. De estos, 3 precisaron intervención quirúrgica para solventar el problema (1 estenosis de uretra, 1 cistopatía radical, 1 extrusión de esfínter). Según la clasificación de toxicidad de la RTOG/EORTC, se produjeron 3 complicaciones grado 2, 1 complicación grado 3 y 3 complicaciones grado 4.

Conclusiones

La radioterapia de rescate tras la cirugía de incontinencia urinaria masculina puede afectar a la dinámica miccional y la continencia en pacientes previamente estables y, además, no está exenta de complicaciones graves. Dado que el tiempo de aparición de las complicaciones de la radioterapia es largo, en un futuro son necesarios estudios con un mayor número de pacientes y seguimiento.

Consideraciones

¿Cuál sería el momento y la indicación para la implantación de dispositivos anti-incontinencia en pacientes que no están en remisión completa de su problema oncológico?.

De temas generales de patología funcional nos parecieron los mejores trabajos los siguientes:

Infecciones asociadas a los cuidados sanitarios en una unidad de hospitalización de urología: Incidencia, factores de riesgo, patrones microbiológicos y resistencia a antibioterapia. Hospital Universitario 12 de Octubre Servicio de Urología. Madrid.

Este estudio revisa las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios en los pacientes ingresados en el servicio de urología .

Es un estudio prospectivo observacional por un período de tres años evaluando la incidencia, tipos, factores de riesgo, perfiles microbiológicos y resistencias de las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios en la planta de hospitalización de urología.

De un total de 5.091 pacientes, 348 (6,8%) presentaron algún tipo de infección. Los factores asociados a mayor riesgo de infección fueron padecer una infección urinaria en los meses previos, mayor puntuación ASA, inmunodeprimidos, portadores de catéter urinario previo al ingreso y ser sometidos a cirugía durante el ingreso ($p<0,001$). El tipo de cirugía más frecuentemente asociado a infección nosocomial fue la cistectomía radical, presentaron infección 34 de 53.

Las infecciones más frecuentes fueron las infecciones del tracto urinario que supusieron el 70,8% de los casos, seguidas de las infecciones de la herida quirúrgica (13,6%). Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron Escherichia coli (24,9%), Enterococcus (17,4%), Pseudomonas (14,3%) y Klebsiella (12,1%). En pacientes con Enterobacterias diferentes a E. coli se observan tasas más altas de inmunodepresión, infecciones urinarias previas, catéter urinario previo a la hospitalización. E. coli muestra unas tasas de resistencia del 35,3% para amoxicilina + inhibidor de betalactamasas, 48,5% para quinolonas y 7,4% para aminoglucósidos. Del total de Enterobacterias aisladas, un 26,4% eran productoras de betalactamasas (BLEE), un 23,5% de los E. coli y un 36,4% de las Klebsiella spp. La presencia de mayor ASA, inmunosupresión e infección previa se asociaron a mayor riesgo de BLEE. Se trata además de gérmenes con mayores resistencias, un 85,3% son resistentes a quinolonas. Enterococcus spp muestran una resistencia del 42,6% a quinolonas. Pseudomonas spp presentan resistencias del 33,3% para carbapenems.

Conclusiones

Portar catéter urinario previo al ingreso, inmunosupresión, infección urinaria en los meses previos y mayor riesgo anestésico son factores de riesgo para padecer infección asociada a los cuidados sanitarios en los pacientes ingresados en urología. Además estos factores se asocian con mayor riesgo de gérmenes diferentes a E.coli y de Enterobacterias productoras de BLEE.

Consideraciones

Un aspecto paralelo e interesante a reflejar en relación a las infecciones de pacientes hospitalizados es prestar atención, porque a pesar de los esfuerzos de prevención, las mujeres se someten a cirugía uroginecológica, se enfrentan a un riesgo del 20% de desarrollar una infección urinaria postoperatoria (UTI). Las mujeres con cultivos de orina positivos el día de la cirugía a (con $> 10^3$ UFC/ml) tienen 6 veces más probabilidades de desarrollar una infección urinaria después de la operación, que aquellas con cultivos negativos. Este estudio³ evaluó el microbioma urinario pre-operatorio

para evaluar las características microbianas predictivas asociadas con UTIs postoperatorias.

El riesgo de postoperatorio de UTI puede reducirse por la información oportuna sobre la comunidad microbiana urinaria de los cultivos, dado que antes de la cirugía un germen del género/familia del agente causante estaba a menudo presente en pacientes con cultivos positivos. Las variables asociadas con los eventos quirúrgicos (trauma, supresión inmune, tratamiento con antibióticos) pueden causar disbacteriosis prevenibles resultando en UTI clínica.

Estos datos deben utilizarse para aplicar estudios de prevención de UTI y para mejorar las técnicas de detección previa a la cirugía, tales como el método Ampliado cuantitativo de orina Cultura (EQUC), para identificar y tratar a las mujeres en riesgo de infección urinaria después de la intervención³.

¿Es suficiente el primer día del diario miccional o tres días para evaluar con exactitud los síntomas del tracto urinario inferior en las mujeres?. H.U. Ramón y Cajal y Grupo de Investigación de Resultados de Salud en Urología Funcional y Urodinámica (Grupo IFU). Madrid.

Presentan un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal en el que participaron 14 Unidades de Patología Urodinámica y Funcional. Inicialmente participaron 136 mujeres con una edad media de 55,2 años (DE 13,8) que presentaban STUI, que no precisasen de cateterismo vesical y a las que se le hubiese entregado el DM3D. Los investigadores realizaron un análisis descriptivo de cada DM3D. Se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para evaluar el acuerdo entre el análisis del primer día y el de los tres días.

En el análisis final se incluyeron las 116 pacientes que cumplieron los tres días. En la tabla se representa el acuerdo entre el primer día y los tres en los diferentes ítems.

El acuerdo fue excelente (>0,9) para frecuencia miccional nocturna, nicturia, urgencia, incontinencia urinaria de urgencia (IUU) y número de mudas. El acuerdo fue bueno (>0,7) para incontinencia urinaria de esfuerzo y la ingesta hídrica y diuresis en 24 horas. El acuerdo fue moderado para la capacidad vesical.

Conclusiones

El primer día del DM3D predice con exactitud el resultado global de los tres días, excepto para la variable capacidad vesical.

Consideraciones

Interesante trabajo para incluir con ello a pacientes que no pueden realizar un diario durante tres días por su condición laboral o social.

Radioterapia de rescate en cáncer de próstata, ¿provoca cambios en la dinámica miccional a largo plazo? Servicio de Urología. Fundación IVO. Valencia.

Se han evidenciado cambios urodinámicos tras la cirugía o la radioterapia prostática. Sin embargo, no se han evaluado los cambios del patrón urodinámico en pacientes prostatectomizados sometidos posteriormente a radioterapia pélvica.

El objetivo es identificar los cambios en la dinámica miccional que se producen tras el tratamiento con radioterapia de rescate en pacientes con cáncer de próstata.

Es un estudio observacional prospectivo que incluye a pacientes diagnosticados de cáncer de próstata candidatos a recibir radioterapia de rescate por recidiva bioquímica (dos valores por encima de 0,4 ng/ml separados dos semanas), todos ellos tratados inicialmente mediante prostatectomía radical. Previo al inicio de la radioterapia los pacientes completaron los cuestionarios IPSS e ICIQ-UI SF y se les realizó flujometría, cistometría y estudio de presión/flujo. Los mismos estudios fueron realizados pasados 2 años desde la finalización de la radioterapia.

76 pacientes completaron el estudio. La edad media fue de 65,3 + 4,49 años. El 61,8% de los pacientes recibieron radioterapia conformada tridimensional y el 35,5% de intensidad modulada (IMRT). La dosis media de radioterapia administrada fueron 70 Gy. Se objetivó un aumento de dos puntos en la puntuación de ICIQ-SF (5,6 vs 7,6 puntos, $p < 0,05$) y de IPSS (8,2 vs 10,2 puntos, $p < 0,05$) tras la radioterapia.

Parámetros urodinámicos:	Parámetros Pre-radioterapia	Parámetros Post-radioterapia	p
Q.max (ml/s)	29	30	0,61
Volumen miccional (ml)	370	296	0,0001
Residuo postmiccional (ml)	23	24	0,97
Primer deseo (ml)	149	126	0,006
Volumen C. involuntaria (ml)	155	118	0,02
pDet C. involuntaria	54	50	0,71
Capacidad (ml)	331	276	0,002
Acomodación (ml/cmH ₂ O)	49	52	0,75
Número Abrams-Griffiths	4,18	7,45	0,32

En IPSS este incremento fue a expensas de los síntomas de llenado, no objetivando diferencias significativas en los síntomas de vaciado. En la flujometría fisiológica el Qmax descendió de 20,2 a 17,4 ml/s, el volumen miccional de 299 a 225 ml y el residuo postmiccional pasó de 46,9 a 77,5 ml, $p < 0,05$ en las tres determinaciones.

Conclusión

La radioterapia de rescate en el cáncer de próstata provoca cambios en la dinámica miccional constatados a largo plazo, tanto por los datos clínicos (cuestionarios) como por el estudio urodinámico.

Consideraciones

La radioterapia coadyuvante aumenta la toxicidad gastrointestinal aguda tardía, la estenosis uretral con un aumento del riesgo (DR) del 0,05; IC del 95%: 0,01 a 0,09 y la incontinencia urinaria (DR 0,04; IC del 95%: 0,01 a 0,08) pero los datos fueron limitados.

La radioterapia coadyuvante después de la prostatectomía radical mejora la supervivencia general y reduce la tasa de metástasis a distancia, pero estos efectos sólo son evidentes con un seguimiento más largo.

A los cinco y diez años mejora el control local y reduce el riesgo de fracaso bioquímico, aunque este último no es una variable de evaluación clínica. La toxicidad moderada o grave y tardía es mínima. Según datos limitados hay un aumento en el riesgo de estenosis e incontinencia urinaria, pero sin detrimento en la calidad de vida.

Debido a que la mayoría de los hombres a los que se les ha realizado prostatectomía radical tiene una esperanza de vida más larga, la radioterapia se debe considerar en los que tienen características de alto riesgo después de la prostatectomía radical.

El momento óptimo para aplicarla es incierto⁴.

Correlación entre síntomas y resultado del estudio urodinámico tras la prostatectomía radical. Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

La incontinencia urinaria (IU) es una importante complicación de la prostatectomía radical (PR). Aunque la mayoría de los autores defienden la incompetencia esfinteriana como causa predominante, la disfunción vesical puede contribuir considerablemente a la incontinencia post-prostatectomía. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados del estudio urodinámico (EUD) en hombres con IU tras PR y analizar su relación con la clínica.

Evalúan retrospectivamente aquellos pacientes remitidos a nuestra unidad de Urología Funcional ante IU tras

ser sometidos a PR entre 2004 y 2014. Describimos la sintomatología, los hallazgos urodinámicos y analizamos la corrección entre ambos.

El estudio incluye 74 pacientes con IU tras PR. En el 82% se realizó PR laparoscópica y se conservaron bandeletas neurovasculares en el 21%. La media de pañales utilizados al día fue 3,2 (2,15) [media (DS)]. El 61% referían urgencia, 63% IU esfuerzo (IUE), 11% IU urgencia (IUU) y 26% IU mixta (IUM).

El EUD mostró que el 53% presentaba IUE, hiperactividad vesical el 53% y había una compliance disminuida en el 43% de los casos. Del total con compliance disminuida, se objetivó IUU en el 56%. El estudio urodinámico no demostró incontinencia en el 16% de los pacientes, de los cuales el 80% refería IUU. La fase de vaciado reveló obstrucción en el 17% y detrusor hipo- acontractil en el 36%. De los pacientes en los que se observó obstrucción, en el 46% se objetivó IUU.

Al correlacionar la clínica con los resultados del EUD observamos que en aquellos pacientes que referían IUE, un 31% sólo presentaban IUU en el EUD. En los que referían IUM, en un 42% sólo se observó IUE en el EUD y en el 33% sólo IUU. Sólo en el 27% de los que referían urgencia clínica se objetivó IUU en el EUD.

Conclusión

Es preciso realizar EUD en pacientes con IU tras PR, ante la escasa concordancia entre clínica y los resultados del EUD. Existe un porcentaje no desdeñable de obstrucción del tracto urinario, hiperactividad vesical y disminución de la compliance, que podría contribuir a la IU.

Programa de tratamiento ambulatorio de la vejiga hiperactiva con inyecciones de Botox® intradetrusor sin anestesia. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar. Barcelona.

El tratamiento de la vejiga hiperactiva con inyecciones de OnabotulinumtoxinA (Botox®) se ha instaurado en los últimos años como una buena opción en la práctica clínica en pacientes refractarios a otros tratamientos orales. Por otro lado, el gran volumen de pacientes candidatos a dicha terapia y futuros retratamientos, además de la escasa disponibilidad de espacios y tiempos de quirófano suficientes para este tipo de patología, en el contexto de una gran presión asistencial que prioriza la cirugía oncológica, hace difícil la subsistencia de la técnica en muchos centros. Teniendo en cuenta estas circunstancias, nos propusimos minimizar el procedimiento realizándolo fuera del bloque quirúrgico mediante cistoscopia flexible y sin anestesia garantizando al mismo tiempo la seguridad y tolerancia por parte del paciente. En este trabajo analizamos nuestros resultados de dicho programa.

Entre noviembre de 2012 y marzo de 2015 han realizado un total de 76 tratamientos de Botox® 100 U. intravesical en 62 pacientes (49 mujeres y 13 hombres) con edad media de 66 años (31-92) de los cuales 49 (71%) se realizaron en régimen estrictamente ambulatorio mediante cistoscopia flexible sin utilizar ningún tipo de anestesia, excepto lubricante uretral con lidocaína. Analizan los resultados y complicaciones del tratamiento así como la tolerancia al procedimiento mediante la Escala Visual Analógica (EVA).

El 66% de los pacientes presentaron remisión completa de los síntomas, 17% respuesta parcial (mejoría de >50%) y el 17% no presentaron cambios. La duración media del efecto del tratamiento fue de 26 semanas. El grado de dolor expresado mediante la escala EVA fue de 4,8/10 (2-7). Todos los pacientes (15 casos) que recibieron un primer tratamiento en el bloque quirúrgico con anestesia local intravesical y posteriormente fueron retratados sin anestesia en el gabinete de cistoscopias, refirieron mejor tolerancia al segundo procedimiento con un EVA medio de 4,2/10. Complicaciones: Retención urinaria transitoria 5,6% (3/52) e infección urinaria 3,8% (2/52).

Conclusión

El tratamiento de la vejiga hiperactiva mediante infiltración del detrusor con Botox®, en general, es bien tolerada en régimen ambulatorio (fuera del bloque quirúrgico), utilizando cistoscopia flexible sin anestesia, con unos buenos resultados clínicos y escasas complicaciones. Esta modalidad de aplicación del tratamiento agiliza en gran medida la técnica y permite descongestionar las listas de espera del procedimiento.

OnabotulinumtoxinA en el manejo de pacientes con síndrome doloroso vesical: evaluación de la eficacia en cuanto a clínica y cambios en los parámetros urodinámicos. Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

El síndrome doloroso vesical (SDV) es el dolor pélvico, presión o incomodidad en relación con el llenado vesical, asociando urgencia o aumento de la frecuencia diurna o nocturna. De etiología desconocida y manejo complejo, puede ser una patología invalidante. Las inyecciones de toxina botulínica en la pared vesical son una innovadora alternativa terapéutica.

Realizan un estudio prospectivo evaluando cambios sintomáticos y urodinámicos, eficacia, seguridad y factores predictores de respuesta tras inyección de toxina botulínica en vejiga. Realizamos el procedimiento en la unidad de cirugía sin ingreso y administramos 200 unidades de OnabotulinumtoxinA (100 submucosas en trígono y 100 intradetrusorianas en el resto de la vejiga) en pacientes con diagnóstico de SDV. Practican 14 procedimientos en 8

mujeres con una edad media (DS) de 67,2 (15,86) años.

Clínicamente observan disminución estadísticamente significativa en dolor (61,5% menos), polaquiuria (de 84% a 46% pre y post tratamiento respectivamente) y número de episodios de urgencia pre y post tratamiento (de 4,6 a 1,5 respectivamente). En los parámetros urodinámicos, aunque sin significancia estadística, mejoraron en volumen al primer deseo miccional, pasando de 45 a 53 ml, disminuyendo las contracciones e incrementando la compliance, pero sin diferencias en la capacidad vesical.

Para el 53,8% de los casos el tratamiento fue eficaz, parcialmente para el 15,4% y sin eficacia en un 30,7%. La satisfacción ascendió al 84,6%. Registran 2 casos de ITU tras el tratamiento y ningún episodio de RAO a pesar del incremento del volumen residual.

Un volumen bajo al primer deseo miccional y la respuesta a ácido hialurónico intravesical, son factores predictivos de eficacia de esta terapia.

Conclusiones

La inyección de Onabotulinumtoxin A intradetrusoriana es un procedimiento sencillo, con escasos efectos secundarios y resultados alentadores en SDV. Consigue mejoría clínica en la mitad de las pacientes. Por ello, puede considerarse una alternativa terapéutica para esta patología en casos que no responden a tratamientos más conservadores.

Contasure needleless: un cabestrillo suburetral de incisión única para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Seguimiento a largo plazo. Hospital Sant Joan de Deu. Martorell. Barcelona.

Desde la irrupción de los cabestrillos suburetrales libres de tensión estas técnicas han ganado en popularidad. Su inconveniente es que no están exentas de complicaciones. Por este motivo han ido evolucionando buscando una mayor sencillez para intentar disminuir la morbilidad pero intentando mantener la misma eficacia. El objetivo de este estudio es evaluar a largo plazo un cabestrillo de incisión única en el tratamiento de la IUE femenina.

De febrero del 2008 hasta abril del 2011, 53 pacientes, consecutivas, con el diagnóstico urodinámico de IU entraron en este estudio. Todas firman el consentimiento informado correspondiente. La edad media de las pacientes y el índice de masa corporal medio, en el momento de la cirugía, era de 56,7 años, y de 31 Kg/m². En 44 pacientes (83,01%) presentaban IUE y 9 (16,98%) IUM. El seguimiento medio es de 4,7 años. El cabestrillo utilizado es el CONTASURE NEEDLELESS (Neomedic International SL), el cual es un monofilamento de polipropileno, macroporo, de 14 cm x 1,4

cm. Incluye el concepto de bolsillo (pocket) en sus extremos para su posicionamiento y fijación. Tiene un área de fibrosis similar al TOT. La técnica quirúrgica es muy similar a los cabestrillos de incisión única. Se realiza una incisión longitudinal de 20 mm a 20 mm del meato urinario. Se disecan, mínimamente, ambos espacios parauretrales hasta la rama isquiopubiana. Introducción de una pinza (Bengolea) en el interior del pocket del cabestrillo posicionando el sistema, se inserta entonces a través del espacio disecado hasta penetrar en el músculo obturador interno. Todos los procedimientos se realizan en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria con sedación y anestesia local y siempre por el mismo cirujano.

El tiempo medio quirúrgico fue de nueve minutos, el sangrado preoperatorio fue insignificante. No tuvimos ninguna complicación peroperatoria importante. Todas las pacientes son dadas de alta hospitalaria el mismo día de la cirugía. Definimos la curación objetiva como un pad test, de una hora, de 0 y una exploración física con vejiga llena (200 cc de suero) y con maniobras de provocación negativas. La curación subjetiva la valoramos mediante un test de calidad de vida (ICIQ-SF). Al año de seguimiento la curación objetiva es del 88,1% y la subjetiva es del 97,6%. Tras casi cinco años de seguimiento (media de 4,7 años) la curación objetiva se mantiene por encima del 80% (86,8%) y la objetiva cae a un 92,5%. Complicaciones: Tuvimos un episodio de retención aguda de orina (1,8%) que preciso de sonda vesical durante 24 horas y dos (2%) episodios de extrusión de la malla, que se solucionaron con tratamiento tópico. Hemos tenido tres casos de hiperactividad del detrusor de novo (3,8%), una se ha perdido de control, lo consideramos un fracaso del procedimiento, otras dos están en protocolo de toxina botulínica con buen resultado. Ninguna paciente ha referido dolor inguinal.

Conclusiones

El cabestrillo Contasure Needleless es un procedimiento de incisión única, mínimamente invasivo, que puede realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria y que presenta unos resultados similares a los cabestrillos transobturatrices pero con menor morbilidad.

Características anatomopatológicas de las mallas vaginales extirpadas. Complejo Hospitalario de Navarra. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

El objetivo de este estudio es comparar las características anatomopatológicas de las mallas vaginales extirpadas (suburetrales y vaginales) en las pacientes que han necesitado su extracción total o parcial por complicaciones de las mismas.

Se trata de un estudio de casos, control retrospectivo, de 47 mujeres que se sometieron a la extirpación de mallas

vaginales (Ginemesh, Prolift, Elevate, Monarc, TVT-O, TVT secur, MiniArc, Remeex) entre 2008 y 2014.

Los motivos clínicos por los que se extirparon fueron: 1. Dolor/disparesunia 2. Extrusión 3. Disfunción de vaciado. Todas las muestras patológicas fueron revisadas por un solo patólogo.

El grado de inflamación y de fibrosis se registra con base a una escala de 4 puntos junto con la presencia de la reacción de células gigantes.

Graduación Inflamación

GRADO 0	Ausencia de inflamación
GRADO 1	Áreas de infiltrado inflamatorio crónico con áreas de células gigantes
GRADO 2	Áreas con infiltrado inflamatorio crónico y áreas de células gigantes y zonas de tejido conectivo.
GRADO 3	Marcadas áreas de tejido inflamatorio junto con células gigantes y zonas abscesificadas.

Graduación Fibrosis

GRADO 0	Ausencia de fibrosis.
GRADO 1	Predominantemente tejido conectivo con áreas de fibrosis.
GRADO 2	Fibrosis focal densa.
GRADO 3	Fibrosis densa con formación de fibrosis en placas o nódulos.

Un total de 47 pacientes han sido intervenidas: 25 pacientes (53,2%) por disfunción de vaciado, 6 (12,7%) con dolor/disparesunia y 16 (33%) por extrusión.

La extrusión es el grupo que tienen niveles significativamente más altos de la inflamación, mediana de grado 2 (1-3) y de aparición clínica más precoz (media 10,25 meses), en comparación con los otros dos grupos con un valor $p < 0,01$. No hubo diferencias estadísticas en fibrosis y la reacción de células gigantes entre los tres grupos.

Análisis comparativo de costes del tratamiento del prolapso de órganos pélvicos mediante colposacropexia laparoscópica frente a corrección con malla vaginal. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.

El tratamiento quirúrgico óptimo del prolapso de órganos pélvicos (POP) es controvertido con una creciente difusión de la corrección con malla por vía abdominal mediante colposacropexia laparoscópica (CL). El objetivo del estudio es analizar el coste del tratamiento del POP mediante CL frente a corrección con malla vaginal (MV) (Prolift®).

Es un análisis retrospectivo que compara el coste de las primeras 69 CL consecutivas (noviembre 2011-junio2014) frente a los primeros 69 Prolift consecutivos (septiembre 2005-diciembre 2008). Se determinaron para cada procedimiento los costes directos derivados del tratamiento quirúrgico del POP para ambas técnicas (gastos estructurales, de personal, ocupación de quirófano, estancia hospitalaria, material fungible e inventariable y el material protésico implantado). Los datos de costes se obtuvieron del sistema de contabilidad analítica del Hospital Ramón y Cajal. La tabla 1 muestra las características de ambos grupos:

PROLIFT				
	Min-Max	Media (SD)	Min-Max	Media (SD)
Edad (años)	65,2(9,6)	44-85	68,6(8,49)	35-88
TiempoQx	145,3(12,3)	100-180	210,2(62)	120-360
Tiempo ocupación	3,33(0,28)	2,29-4,12 4,	82(1,42)	2,75-8,25
Días ingreso	5,77(2,06)	3-16 3,	77(1,31)	2-10
	N	%	N	%
Cabestrillo suburet.	41	59,4	0	0
Comp. Intraop.	5	7,25	9	13,04
Comp. 30 días Menores	6	8,70	11	15,94
Comp. 30 días Mayores	11	15,94	4	5,8

El grupo MV tiene un aumento de los costos relacionados con una estancia hospitalaria más alta (personal, productos farmacéuticos, el coste de la estancia hospitalaria, los costes de estructura, desayuno, almuerzo, merienda, cena y servicios intermedios) y un mayor costo de la malla. Los principales costos de la LSC son los costos relacionados con el mayor tiempo de quirófano (costes de quirófano y anestesia y reanimación), por otro lado, el grupo CL presenta unos menores costes relacionados con la malla y la estancia en el hospital.

En este estudio, el tratamiento quirúrgico de POP con CL presentan un menor costo por procedimiento que el tratamiento vaginal con MV. Sin embargo los intervalos de confianza de cada grupo se solapan, por lo que la diferencia entre las dos técnicas no alcanzan la significación estadística. Además, en este estudio hemos demostrado que la CL tiene al menos un costo similar por procedimiento distinto del procedimiento de MV.

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico de POP con malla abdominal por CL presenta al menos un coste similar al procedimiento de corrección con MV.

Un año “ajustando” la Incontinencia de esfuerzo femenina. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Infanta Elena y otros. Madrid.

El objetivo del estudio es presentar los datos de eficacia y seguridad de las pacientes tratadas con el cabestrillo suburetral de incisión única ajustable, con un seguimiento superior a 6 meses.

Entre febrero 2012 y marzo 2015, 99 mujeres con IUE han sido intervenidas colocando suburetralmente un cabestrillo ajustable de incisión única (ALTIS®, Coloplast®). Evalúan 79 pacientes con seguimiento mínimo de 6 meses y edad media de 59 años (31-87). 44 pacientes presentaban IU mixta. 8 se intervinieron simultáneamente de POP. Evaluación preoperatoria: anamnesis, exploración física y cuestionario ICI-Q. El control postoperatorio se realizó a 1, 6, 12 y 24 meses con exploración uroginecológica, ICI-Q, flujometría, test de esfuerzo y registro de complicaciones (clasificación IUGA). 71 pacientes se realizaron con anestesia general, 7 con raquídea y una con local.

Definen Curación: ausencia de fugas en test de esfuerzo, Mejoría: presencia de fugas con disminución de la puntuación en ICI-Q y Fracaso: presencia de fugas con igual/mayor puntuación del ICI-Q.

Intervienen 79 pacientes con un seguimiento medio de 19 meses (6-38). 9 pacientes eran recidivas de cirugías previas. Curación del 95% al primer y sexto mes (75/79), 92% al año (58/63) y 96% a los 2 años (26/27). Al sexto mes, 3 pacientes experimentaron mejoría y en una ha fracasado. Al año, 3 presentaron mejoría y 2 fracasaron.

De 44 pacientes con IU mixta, en el 98% obtienen curación de IUE (43). La disminución en los valores del ICIQ fue estadísticamente significativa, en todos los controles del seguimiento.

El 48% de las pacientes con IU mixta mejoraron IUU tras la cirugía (21). Hubo dos casos con urgencia de novo.

No se produjeron complicaciones relacionadas con la malla. Se produjeron dos hematomas postquirúrgicos (no IUGA), uno asociado a retención urinaria (4BT1S5). Los índices de satisfacción y beneficio obtenidos fueron elevados.

Conclusión

El cabestrillo ALTIS® (Coloplast®) es un sistema ajustable de incisión única, que en nuestra experiencia presenta una elevada eficacia y gran seguridad en el tratamiento de la IUE. Estos datos iniciales se confirman, tras aumentar el número de pacientes implantadas, y se mantienen durante el seguimiento.

¿Corresponden las advertencias de la FDA, respecto a la aplicación de mallas transvaginales para prolapsos de órganos pélvicos, con nuestra experiencia? Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

En julio del 2011 la FDA realizó una actualización de la seguridad y eficacia de las mallas transvaginales para el tratamiento de los prolapsos de suelo pélvico. En ella advertían que los eventos adversos al utilizar este tipo de tratamientos no eran raros, contradiciendo su propia notificación realizada en 2008. Esta actualización advertía de la posibilidad de extrusión de la malla cercana al 10% en los 12 meses post-implantación transvaginal (en el abordaje abdominal, 4%) y del aumento de frecuencia de otras complicaciones (contracción de la malla, dispareunia).

Por otra parte los estudios comparativos entre técnicas tradicionales frente a las reparaciones con tejido sintético parecen indicar, con cierta controversia, que estas últimas presentan mayor eficacia con algunas complicaciones menos frecuentes (dispareunia).

El estudio tiene por objeto determinar la tasa de complicaciones tempranas y tardías tras la implantación de mallas transvaginales por prolapso de órganos pélvicos en nuestro centro. Se han analizado 89 pacientes con prolapsos de órganos pélvicos intervenidas en el Área 2 desde marzo del 2009 hasta noviembre de 2014.

Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo. Las variables analizadas han sido: tipo y número de compartimentos corregidos, tiempo de seguimiento, asociación con malla para incontinencia de esfuerzo y complicaciones postquirúrgicas (extrusión, perforación vesical iatrogénica, infección de la herida/malla, dispareunia, urgencia de novo y RAO).

El 89,88% de los prolapsos fueron cistocelos (siendo un 16,85% asociados a rectocelos). El 66,29% de las cirugías asociaron sling suburetral para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada. El tiempo medio de seguimiento fue de 37,5 meses.

Respecto a las complicaciones, la más frecuente ha sido la dispareunia (8,98%). Tres pacientes (3,37%) se diagnosticaron de extrusión vaginal de la malla. Todas ellas fueron tratadas con éxito mediante cirugía local con la excisión del fragmento extruido y cierre primario del defecto. La urgencia de novo ha aparecido en 3 pacientes (3,37%). Se objetivaron 2 RAO (2,24%), ambos asociados a cirugía de incontinencia, uno se resolvió con sonda vesical durante 30 días y otro mediante tracción de la malla. Solo se diagnosticó de perforación vesical iatrogénica a una paciente (1,12%) que precisó de extracción completa de la

malla, sin complicaciones posteriores. No se han encontrado infecciones de las heridas quirúrgicas ni de las mallas.

Conclusiones

En los últimos 6 años se han diagnosticado un 3,37% de extrusiones vaginales de las mallas transvaginales utilizadas para cirugía de prolapso pélvico en nuestro hospital, cifra muy diferente a la descrita por la FDA. El resto de complicaciones han aparecido en muy poca frecuencia por lo que seguimos considerando este tipo de tratamiento como de elección en nuestro centro.

Resultados de la cirugía del prolapso de órganos pélvicos femeninos con mallas tipo Elevate: Estudio retrospectivo de 5 años. Hospital Virgen del Camino. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Este estudio analiza los resultados en la colocación de mallas Elevate® como tratamiento del prolapso de órganos pélvicos femeninos. Analizan una serie retrospectiva de casos recogidos entre enero de 2010 y diciembre de 2014. Se han intervenido a 108 mujeres con una edad media de 68,2 años y un IMC medio de 27,18. La media de partos por vía vaginal fue de 2,61 (0-11) y el 35,2% (38 pacientes) de ellas tenían antecedentes de cirugía vaginal previa y de éstas el 84,2% (32 pacientes) era histerectomía vaginal.

Evalúan las complicaciones obtenidas en tres grupos: intraoperatorias, precoces (menos de 1 mes) y tardías (más de 1 mes), así como el estado de las pacientes al mes de la cirugía (1º control), entre los primeros 3-6 meses (2º control) al año (3º control) y a los 2 años (4º control).

La evaluación de los resultados se clasifican como óptimo no aparición de prolapso, satisfactorio prolapso grado I y fracaso prolapso grado II o mayor.

En 99 mujeres (91,7%) se practicó colocación de malla Elevate® anterior y a 8 mujeres (7,4%) posterior y tan solo en una, anterior y posterior. Durante el mismo acto quirúrgico se asoció cirugía para incontinencia en 6 mujeres (14,8%). El 86% de las cirugías se realizaron en régimen de cirugía mayor ambulatoria (86%) aunque hubo que reconvertir a ingreso el 16,7% (18 pacientes) de las mujeres, por causas médicas, dolor o sangrado intraquirúrgico o en el postoperatorio inmediato (valoración subjetiva y objetiva del cirujano responsable ya que solo 5 pacientes (4%) precisaron transfusión).

El tiempo medio de seguimiento ha sido de 764,76 días, con controles al mes, seis meses, un año y dos años. En cuanto a complicaciones, 19 mujeres (17,6%) presentaron alguna complicación precoz, siendo el sangrado la más frecuente. En todos los casos, se resolvió con medidas conservadoras y únicamente 5 precisaron transfusión. El 11,1% de los casos (n =12) presentó alguna

complicación tardía, siendo la extrusión la más frecuente. El 22,2% presentó residuo postmiccional elevado, precisando sondaje vesical durante una media de 2,54 días, con un máximo de 30.

El porcentaje de corrección anatómica del prolapso óptimo fue del 98,1% de los casos al mes, 88,9% a los 6 meses, 82,5% al año y 81,3% a los 2 años. Fracaso obtuvimos en el 4,2% de los casos a los 6 meses, 5% al año y 6,3% a los años. En el resto de las pacientes, el resultado fue satisfactorio.

Conclusiones

El tratamiento del prolapso de órganos pélvicos femeninos con mallas tipo Elevate® se presenta como una alternativa prometedora con un porcentaje de resultados óptimos/satisfactorios en el 93,7% a los 2 años. Es una técnica no exenta de complicaciones, si bien la mayoría han resultado leves y fácilmente tratables.

Corrección de prolapso de compartimento anterior y/o medio con malla anclada a ligamento sacroespinoso. Procedimiento y evaluación de resultados. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona.

El uso de mallas para la corrección del prolapso de órganos pélvicos por vía vaginal es una opción quirúrgica. Sigue existiendo controversia respecto a su utilización dado que no están exentas de complicaciones. Las técnicas clásicas sin el uso de mallas o kits prediseñados siguen estando plenamente vigentes. El ligamento sacroespinoso ofrece un buen sustento para la corrección del prolapso. Evalúan 48 pacientes desde mayo del 2011 hasta marzo del 2015 en las que se han colocado mallas ancladas a

ligamento sacroespinoso. Edades entre 42 y 81 años. POP-Q (compartimento anterior-medio) grado II hasta IV. Incluyen 31 casos como primera opción terapéutica, 8 casos de recidiva del prolapso tras histerectomía con colporrafia simple y 9 tras una corrección previa sin histerectomía, todos ellos sin malla previa. Se adecuó la superficie de malla necesaria para cada caso, utilizándose una malla de mayor superficie anclada a ligamento sacroespinoso y arco tendinoso (4 brazos) en 39 casos y una malla de menor superficie anclada sólo a sacroespinoso (2 brazos) en 9 casos. Se realizó la técnica por el mismo equipo quirúrgico. Las pacientes cursaron alta hospitalaria sin sonda vesical ni tampón vaginal a las 36 horas de media. Se remarcó la necesidad del uso de laxantes en el postoperatorio e instrucciones explícitas de reposo durante 6 semanas. Con un seguimiento medio de 22.4 meses, la ausencia de sintomatología debida al prolapso se ha conseguido en todos los casos (considerando un POP-Q postoperatorio igual o inferior a grado I). No se ha detectado ninguna recidiva posteriormente. Complicaciones (clasificación Clavien-Dindo): 6 grado I (3 hematomas pélvicos autolimitados y 3 dolores postoperatorios referidos a la zona isquiática prolongados hasta las 8 semanas) y 1 grado IIIa (extrusión de la malla que requirió de curetaje local).

Conclusiones

El acceso vía vaginal a estructuras pélvicas profundas, como el ligamento sacroespinoso, requiere una disección adecuada siendo un procedimiento con su propia curva de aprendizaje asociada. La completa disección del prolapso y una adecuada adaptación de la superficie de la malla muestran una baja incidencia de complicaciones. Las mallas ancladas al ligamento sacroespinoso ofrecen una alternativa quirúrgica vía vaginal válida, con unos resultados a medio-largo plazo satisfactorios.

Bibliografía

1. C-206. The atoms device for male stress urinary incontinence: 5 year results of a prospective-multicenter study . Friedl A. et al.1, Mühlstädt S2, Rom M3, Kivaranovic D4, Mohammed N2, Fornara P2, Brössner C1 . ICS, Montreal 2015
2. C- 203 Effects of time, volume, and location on artificial urinary sphincter pressure regulating balloon pressures. Marshall S1, Geminiani J1, Ho T1, Vetter J1, Brandes S1 . 1. Washington University in St. Louis ICS Montreal, 2015
3. C-1 Pre-operative urinary microbiome reveals post-operative urinary tract infection risk. Thomas-White K1, Fok C1, Mueller E1, Wolfe A1, Brubaker L1 . ICS, Montreal 2015
4. Cochrane Diciembre 2011 Urology Group Autores: Tiffany Daly, Brigid E Hickey, Margot Lehman, Daniel P Francis, Adrienne M See

Resúmenes de los Congresos de las Sociedades SINUG, CAU y ALAPP

(Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología, Confederación Americana de Urología y Asociación Latinoamericana de Piso Pélvico) en la reunión anual de la ICS.

Montreal, 6-9 de Octubre 2015.

Errando Smet, C.

Servicio de Urología. Fundación Puigvert. Barcelona.

Como viene siendo habitual desde hace más de 10 años, durante la reunión anual de la ICS, se lleva a cabo una sesión en castellano con el soporte científico de la SINUG. El año 2015 por primera vez se realizó de forma conjunta con la CAU y la ALAPP. En una sesión de 5 horas de duración 11 urólogos y ginecólogos de diferentes países de Latinoamérica participaron en conferencias de puesta al día y cara a cara, que se resumen a continuación.

El manejo de la vejiga hiperactiva refractaria al tratamiento médico supone un problema para el manejo clínico de estos pacientes. En un cara a cara sobre los resultados a largo plazo del Botox y la Neuromodulación se presentaron los resultados de ambos tratamientos. El Dr. Jiménez-Cidre puntualizó que, aunque los resultados presentados en los trabajos publicados y la propia experiencia en esta terapia es buena, el tratamiento con toxina botulínica por el momento sólo podemos considerarlo a “medio plazo”, dado que aún no ha pasado el tiempo necesario para que exista evidencia científica a largo plazo. La falta de adherencia a la terapia (discontinuación en las reinyecciones) es una cuestión que requiere una mayor profundización, con estudios de seguimiento más largos para aclarar los motivos que lo causan. El Dr. Blasco presentó los resultados con Neuromodulación de raíces sacras, terapia en la que si existen estudios con seguimientos a largo plazo. Coincidió con el Dr. Jiménez-Cidre en que esta terapia, de forma similar a la toxina botulínica, requiere un manejo muy cuidadoso de las expectativas del paciente, recomendando una detallada información del paciente.

El prolapso de suelo pélvico fue motivo de un segundo grupo de presentaciones. El Dr. Nucelio Lemos, en su

presentación sobre complicaciones del uso de material sintético en cirugía reconstructiva de la pelvis, destacó la importancia de las lesiones nerviosas enfatizando en la importancia de conocer la anatomía y reconocer la presencia de ésta complicación para realizar un tratamiento precoz de la misma. Presentó su experiencia en el manejo laparoscópico de las mismas con buenos resultados de la técnica de descompresión e implante de electrodo de neuromodulación en el mismo acto.

El uso de mallas en la corrección de prolapso pelviano, aunque es una técnica ampliamente aceptada, ha sido motivo de notas de advertencia desde la FDA, con referencias al desarrollo del material protésico, cualificación del profesional, e información al paciente sobre su uso. En este sentido la Dra. Montse Espuña presentó sus recomendaciones sobre un adecuado consentimiento informado en la cirugía del prolapso pelviano. Destacó la importancia de transmitir a la paciente las ventajas e inconvenientes de las técnicas (clásicas o con malla) y consensuar con las pacientes las expectativas del tratamiento. Destacó la importancia de concretar en cada paciente, con su edad y hábitos de vida particulares, el grado del prolapso, compartimento afectado y presentación inicial o recidivada, para poder realizar una información lo más individualizada posible en cada caso.

En la discusión entre cabestrillo mediouretral transobturador (MUS) y cabestrillo de incisión única (SIS), la Dra. Laura Escobar presentó la evidencia actual acumulada respecto al MUS, que tiene un nivel de evidencia alto (1a y 1b) en sus variantes retropúbica y transobturadora con las diferentes vías de acceso (in-out, out-in, etc) en incontinencia de

esfuerzo inicial. Recalcó también que los resultados en casos recidivados o de insuficiencia esfinteriana intrínseca no muestran suficiente evidencia para pronunciarse en la actualidad, aunque los datos sugieren una mayor eficacia en la vía retropúbica.

En este debate el Dr. Lluís Amat destacó que no todos los SIS son iguales, detallando la heterogeneidad de dispositivos comercializados, que emplean materiales y sistemas de anclajes muy diversos, y especialmente de la evidencia de la literatura que los soporta. Esta, que en algunos casos ha llevado a la retirada del mercado de algunos productos, es en general escasa, de corto seguimiento o de bajo nivel de evidencia. Su experiencia personal con el cabestrillo Needleless, basada en un estudio prospectivo y randomizado con MUS ha demostrado la no inferioridad respecto a este último, con menor morbilidad y realizando el SIS bajo anestesia local y en régimen ambulatorio. Sin embargo observó una tendencia no significativa a un peor resultado en los casos más severos.

El Dr. Eduardo Vicente realizó una puesta al día de la evidencia disponible en la actualidad en el manejo del dolor pélvico crónico. Destacó la necesidad ineludible de realizar un enfoque holístico que englobe desde el inicio un enfoque activo dirigido al tratamiento del dolor para evitar el fenómeno de amplificación y centralización del mismo, así como el tratamiento de la repercusión psicológica en cuanto a ansiedad/depresión que genera el dolor crónico. Concretando en el dolor pélvico de origen vesical, mencionó el tratamiento con toxina botulínica, que basándose en resultados prometedores preliminares, ya tiene un alto grado de recomendación según las guías clínicas. Con experiencia de más largo plazo, la reposición de la barrera de glicosaminoglicanos, así como la neuromodulación sacra han mostrado ser tratamientos eficaces con diversas tasas de resultados.

En la puesta al día sobre los recientes avances en urofarmacología, el Dr. Daniel García hizo énfasis en el papel central del urotelio y los mecanismos de interrelación con las fibras musculares y nerviosas, así como de su complejo sistema molecular de interacción, entre ellos. Mencionó el papel de los antagonistas de los receptores TPRV (Transient receptor potential channels of vanilloids) de los inhibidores de la RhoKinas y de los agonistas de los receptores de los cannabinoides. Concluyó que los receptores sensibles al estrés, a las variaciones de temperatura, así como los cambios metabólicos y en la vascularización derivados del envejecimiento probablemente marquen el enfoque del manejo farmacológico de la vejiga hiperactiva en el futuro. El Dr. Juan Pablo Valdevenito realizó un repaso de los principios básicos de la mecánica de la micción, así como de los métodos para estimar la contractilidad del detrusor. Mencionó que el hallazgo de un PIP (presión isovolumétrica proyectada en el nomograma de Shafer)

<99 o DE (Coeficiente de Detrusor) <1 suelen concordar en el diagnóstico del detrusor hipocontráctil en el varón prostático. En el caso de la mujer, el hecho de que la mayoría de estudios provienen de mujeres con alguna patología del tramo urinario inferior, la presencia de valsalva y de diferentes patrones miccionales que presentan de forma fisiológica, conducen a una falta de definición clara del detrusor hipocontráctil en la actualidad. El Dr. Valdevenito apuntó que un PIP < a 30 cm de agua, considerado según la adaptación del PIP propuesta por Tan, así como un $Q_{max} < 12$ ml/s con una $P_{det} Q_{max} < 10$ cm de agua sugerirían la presencia de detrusor hiperactivo en la mujer.

El debate sobre el uso de mallas en la corrección del prolapso pelviano es de total actualidad. Tanto el Dr. Raúl Valdevenito como el Dr. Jordi Cassadó, defendiendo diferentes posiciones coincidieron en que la recurrencia anatómica tras la cirugía clásica vaginal del cistocele sin malla no siempre supone una recurrencia sintomática o funcional. En este compartimento el papel de la malla se reservaría a las recurrencias. El Dr. Valdevenito defendió el uso de malla como primera elección en el tratamiento del prolapso apical, mediante colposacropexia. Por otra parte el Dr. Cassadó enfatizó en la falta de definición del éxito tras una cirugía de prolapso pelviano y la falta de evidencia sobre la ventaja de colocar una malla en compartimento anterior/posterior y la necesidad de identificar los grupos de riesgo de recidiva en los que se justificaría el uso de malla a pesar de un aumento de complicaciones. Ambos ponentes coinciden en que no hay que abandonar el uso de mallas sino racionalizarlo, mediante una mayor exigencia a la industria en el desarrollo de materiales, una mayor exigencia en la formación del profesional que la realiza, tanto en relación con el implante como en el manejo de las complicaciones, y una mayor exigencia en la calidad de los estudios que nos permita obtener unos razonables niveles de evidencia y recomendaciones en cada compartimento, en presentaciones iniciales o recidivadas.

Resumen de las participaciones en las XXXII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Paraplejía (SEP). Barcelona, 28 al 30 de octubre de 2015.

Rodríguez Sotillo, A.
Jefe de Servicio de la ULM de CHUAC. A Coruña.

Tratamiento con toxina botulínica del estreñimiento secundario a defecación obstructiva en pacientes con lesión medular

Vallès Casanova, M. Terré Boliart, R. Morcillo Marín, M. Vidal Samsó, J. Mearin Manrique, F. Institut Guttmann. Badalona. Barcelona.

Objetivos

Evaluar la eficacia del tratamiento mediante infiltración con toxina botulínica tipo A (TXB-A) del esfínter anal externo (EAE) en pacientes con lesión medular motora incompleta afectados de estreñimiento con defecación obstructiva.

Material y Métodos

Estudio comparativo, controlado, aleatorizado y a doble ciego de 16 pacientes (12 hombres/4 mujeres, edad media 49 años) con lesión medular ASIA C ó D de al menos un año de evolución. 9 pacientes recibieron tratamiento y 7 placebo mediante la infiltración del EAE con control electromiográfico de 100UI de TXB-A o 1ml de suero fisiológico. Se realizó una evaluación clínica, determinación de tiempo de tránsito colónico total y segmentario y manometría ano-rectal/electromiografía de superficie previos a la infiltración y al 1, 3 y 6 meses tras la infiltración.

Resultados

Los pacientes del grupo tratamiento presentaron una leve mejora clínica del estreñimiento (valoración subjetiva, criterios Roma III, ODSS, NBS, dolor abdominal) que no se observó en el grupo placebo y a diferencia del grupo placebo mostraron, en la manometría anorectal, una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,05$) de la contracción voluntaria del EAE y de la presión del canal anal durante la maniobra defecatoria. Como complicaciones solo dos pacientes del grupo tratamiento presentaron, tras la infiltración, un empeoramiento de la incontinencia fecal que fue leve y transitorio.

Conclusiones

La infiltración del EAE con TXB-A en pacientes con lesión medular motora incompleta produce una leve mejora del

estreñimiento con disminución de la presión del canal anal durante la maniobra defecatoria.

Qualiveen como herramienta para valorar la calidad de vida de los pacientes medulares canarios

Santana León, A. P. Ramos Negrín, A. D. Suárez Díaz, M. E. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos

Las personas que sufren lesión medular experimentan a menudo complicaciones urinarias que disminuyen su calidad de vida. En 1997, se elaboró un cuestionario sobre el impacto específico de los problemas urinarios en la calidad de vida de pacientes con lesión medular (QUALIVEEN). Posteriormente, en 2014 un grupo de expertos en lesión medular (Grupo FIC) demostró que el cuestionario Qualiveen en su versión castellana es un instrumento útil para la valoración del impacto de los problemas urinarios en la calidad de vida de los pacientes lesionados medulares.

El objetivo de este estudio es por un lado evaluar tanto el impacto de los problemas urinarios en la calidad de vida de los pacientes con lesión medular, como la calidad de vida general, y por otro demostrar la facilidad en su administración y en la interpretación de los resultados.

Material y Métodos

Hemos realizado un estudio prospectivo descriptivo efectuado a 50 pacientes de ambos sexos con lesión medular de más de 1 año de evolución, atendidos en Consultas Externas de la ULM del HUIGC desde febrero hasta junio del 2015. A todos se les ha entregado los cuestionarios Qualiveen 1, ICIQ-SF y demográficos.

Resultados

Se han incluido 50 pacientes con lesión medular, el 68% eran hombres con una edad media de 44 años (+/-12 años). El 62% eran parapléjicos y el 62% tenían una lesión medular completa. El 22% utiliza como método para orinar

el autocateterismo, el 30% el drenaje continuo, el 14% presión manual y un 24% otros métodos como colectores y pañales. Un 46% utiliza supositorios como manejo intestinal y un 30% utiliza pañales por incontinencia fecal.

Conclusiones

Qualiveen es un instrumento fiable cuya información obtenida nos permite conocer la calidad de vida de nuestros pacientes en relación a su disfunción vesical, prevenir sus complicaciones y mejorar su impacto en la calidad de vida general de los mismos.

A propósito de la evolución de la enfermedad renal en una paciente con lesión medular

Lago Caamaño, M. Areán García, J. Guillén Alfaro, M. E. Narváez Benítez, L. Sánchez Sobrino, I. López Llano, M. L. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

Objetivos

La vejiga neurógena en la lesión medular con sus principales complicaciones urológicas, pielonefritis crónica, uropatía obstructiva, nefrolitiasis y amiloidosis puede derivar en insuficiencia renal (ERC).

La prevalencia de la ERC moderada-severa es del 9,3% en la lesión medular. Un 19% de los mielomeningoceles tienen malformaciones urinarias asociadas.

Material y Métodos

Mujer de 50 años parapléjica ASIA A, nivel L2 por mielomeningocele sin alteraciones estructurales del tracto urinario. Antecedentes de dislipemia e hipertensión arterial. Intervenido por pies zambos a los 4 años, apendicectomía en 1986 y enterocistoplastia por reflujo vésico-ureteral bilateral en el año 1996.

En el año 2000 debido a la progresión de su enfermedad renal derivada de una pielonefritis crónica en relación con la vejiga neurógena (reflujo vésico-ureteral, infecciones del tracto urinario de repetición y litiasis renal) inició tratamiento mediante diálisis peritoneal. Tras el fallo de la técnica de filtrado peritoneal, en el año 2003 precisó tratamiento con hemodiálisis.

En 2005 recibió trasplante renal de donante cadáver. Como complicaciones postrasplante presentó dos episodios de infecciones del tracto urinario.

Resultados

Actualmente, maneja unas cifras de función renal normalizadas. Funcionalmente es independiente para todas las actividades de la vida diaria, realiza marcha en trayectos cortos con dos bastones precisando silla de ruedas para el resto de desplazamientos. Realiza actividad laboral activa.

Conclusiones

Se trata de un caso de mielomeningocele sin malformaciones del tracto urinario, que desarrolló insuficiencia renal crónica por complicaciones de su vejiga neurógena, entrando en programa de hemodiálisis y trasplantada renal con una supervivencia postrasplante de 10 años.

La concurrencia de la mujer parapléjica, insuficiencia renal crónica y trasplante renal es muy excepcional por la predominancia de la mielopatía en varones y la baja incidencia de las mismas.

Derivación urinaria tipo bricker previo a tratamiento quirúrgico de úlceras por presión grado IV que presentan las fistulas uretrales

Lago Caamaño, M. Areán García, J. Guillén Alfaro, M. E. Narváez Benítez, L. Sánchez Sobrino, I. López Llano, M. L. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

Objetivos

Las fistulas más frecuentemente encontradas en los pacientes lesionados medulares son las uretrales, bien internas o comunicadas al exterior. Las intervenciones quirúrgicas encaminadas a su reconstrucción han dado resultados insatisfactorios, en el 64,7% de casos no se resolvió y precisó derivación urinaria.

Material y Métodos

Varón de 61 años, jubilado, sin alergias medicamentosas conocidas. Hepatitis C, hiperuricemia, colelitiasis. Paraplejía incompleta espástica funcional a los 22 años que evolucionó a paraplejía ASIA-A T5 sin preservación sacra por meningitis tuberculosa y siringomielia. Intervenido de alargamiento de Aquiles bilateral. A su llegada a nuestro Servicio presentaba: cálculo coraliforme bilateral y uropatía obstructiva, infección del tracto urinario, íleo paralítico, luxación y destrucción de cabeza femoral izquierda, gran úlcera por presión de unos 20 cm, isquiática bilateral y periné con osteomielitis y destrucción de uretra prostática y membranosa con exposición de la misma y del catéter de sondaje vesical permanente a través de la escara perineal. Tenía antecedentes de úlceras por presión en pelvis, intervenidas en unas 15 ocasiones en diferentes hospitales públicos y privados.

Estudios complementarios: TAC abdomino-pélvico, RM medular de pelvis, gammagrafía renal, analítica y radiología básica compatible con osteomielitis. Se desestimaron otros estudios invasivos de tracto urinario.

Resultados

Se realizó cistectomía radical y derivación urinaria tipo Bricker y posteriormente actuación sobre las escaras. Actualmente persiste úlcera por presión isquiática derecha de 2 x 3 cm, grado 4.

Conclusiones

La primera elección de tratamiento es el cierre del cuello vesical y colocación de sonda suprapúbica. Sin embargo en éste caso se tomó la decisión de realizar derivación urinaria por su uropatía obstructiva, ya que preserva el tracto urinario superior, previene la incontinencia inaceptable y permite la cirugía posterior de las escaras.

La corrección de su problema urológico debe realizarse en primer lugar, antes de tratar quirúrgicamente las úlceras.

Estudio de prevalencia de infecciones del tracto urinario en pacientes con lesión medular

Requena Fernández, J. A. Castillo Hermoso, M. Galán Romero, A. Hellín Ballesteros, A. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Objetivos

1. Conocer la epidemiología, características y factores de riesgo asociados a las infecciones del tracto urinario (ITU) en pacientes con lesión medular en los últimos 6 años.
2. Relacionar método de vaciamiento y nivel de independencia con ITU.

Material y Métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo realizado en 1.346 pacientes en fase de reeducación vesical del 2009 al 2014.

VARIABLES: Edad, género, tipo de lesión, severidad, ITU y factores relacionados.

Análisis estadístico

Las variables continuas se presentaron en medias y desviación estándar variables con una distribución simétrica y, mediana y rango intercuartílico para variables asimétricas en su distribución. Las categorías se describieron en frecuencias y porcentajes.

Para establecer la asociación entre la variable ITU y las variables nivel de independencia y método de vaciamiento, se utilizó la chi al cuadrado asumiendo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

- Edad media 49,83 DE: 20,026. El 66,60% ♂ y el 33,40% ♀. El 36,80% tetraplejía y 52,67% paraplejía. El 54,46% LM incompleta y 29,1% completa. El 50,10% causa no traumáticas: 21,51% tumoral, 20,17% vascular.
- La prevalencia de ITU en los últimos 6 años ha sido del 40,93%.
- 47,24% causadas por E. Coli.
- El 49,2% precisaron cateterismos intermitentes (CI); 35,7% micción espontánea y 15% SVP.
- El 60,98% de pacientes con ITU son dependientes y

tenían como método de evacuación los CI.

- Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ITU y nivel de dependencia, ($p = 0,002$) siendo las ITU mayoritarias en pacientes dependientes y ($p = 0,015$) en pacientes con CI.
- El porcentaje de ITU en pacientes con CI es de 57,40% y 57,21% con SVP.

Conclusiones

- La prevalencia de ITU en los últimos 6 años no ha experimentado grandes cambios respecto a otros estudios.
- La ITU está asociada al nivel de dependencia y al sistema de evacuación, teniendo en cuenta factores de riesgo (neoplasias, edad y sexo), la población más afectada: hombres dependientes con cateterismos intermitentes.
- El porcentaje de ITU en pacientes con SVP y CI es similar, siendo este muy elevado.
- La implicación para la práctica clínica de estos resultados, pasaría por reevaluar los protocolos de cateterización, tratamiento y adiestramiento paciente-familia en el proceso de rehabilitación vesical.

Disfagia postcirugía cervical. A propósito de dos casos

Santana Santana, M. Alemán Sánchez, C. Méndez Suárez, J. L. Bárbara Bataller, E. Miranda Calderín, G. Sánchez Enríquez, J. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos

Describir dos casos de disfagia tras artrodesis cervical con complicación de fístula esofágica de nuestra Unidad y compararlo con la incidencia de este tipo de complicaciones existente en la bibliografía.

Material y Métodos

Se exponen dos casos de disfagia postcirugía cervical, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento en cada uno de los casos. Además se realiza una revisión bibliográfica para conocer la frecuencia de aparición de este tipo de complicaciones así como su pronóstico.

Resultados

En los últimos 5 años presentamos dos casos de disfagia post-cirugía cervical.

1. Varón de 55 años con LM nivel D5 (ASIA A) de 9 años de evolución que ingresa por disfagia de 1 año de evolución y fiebre.

RMN: absceso paravertebral izquierdo con nivel hidroaéreo en relación con osteosíntesis.

Endoscopia: distal a la boca de Killian se observa cuerpo extraño metálico de gran calibre que parece perforar el esófago de fuera a adentro e impide el paso del endoscopio a su través.

Dx: absceso paracervical y fístula esofágica secundaria

- a infección del material de osteosíntesis. Se realiza intervención quirúrgica para reparación del esófago y retirada del material de osteosíntesis en 2 tiempos.
2. Mujer de 41 años que presenta discopatía con protrusión de C5-C6 tras accidente de tráfico. Se realiza discectomía C5-C6 más artrodesis anterior con placa Venture. Tras la cirugía presenta disfagia y odinofagia, objetivando por endoscopia compresión esofágica de la placa. Se realiza intervención quirúrgica mediante diverticulotomía esofágica y liberación de la pared diverticular de la placa de fijación con extracción de la placa cervical.

Conclusiones

La incidencia de disfagia tras cirugía cervical anterior es del 12%. Normalmente es leve y transitoria en relación con edema secundario a la manipulación de los tejidos. Sin embargo, la compresión o perforación esofágica puede aparecer entre el 0,2 y el 1,5% de los casos y suele presentarse de forma insidiosa con fiebre, disfagia, y/o signos inflamatorios locales. Normalmente son complicaciones derivadas de la migración, rotura o malposición de los dispositivos de fijación cervical. El EGD, el TAC y la RMN son útiles para el diagnóstico, siendo preciso la retirada del material de artrodesis y la reparación de la mucosa esofágica.

Enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis en lesionados medulares en el Hospital Central de Asturias (HUCA)

Lago Caamaño, M. Areán García, J. Sánchez Sobrino, I. Narváez Benítez, L. Guillén Alfaro, M. E. López Llano, M. L. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

Objetivos

La enfermedad renal crónica avanzada ha sido una de las primeras causas de mortalidad en la lesión medular, directamente relacionada con la proteinuria y el aclaramiento de creatinina. Las principales causas son la pielonefritis crónica, nefrolitiasis, uropatía obstructiva y la amiloidosis.

La prevalencia de la ERC moderada – severa en la lesión medular es del 9,3%.

Material y Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo de 5 pacientes lesionados medulares con ERC avanzada en programa de hemodiálisis en el HUCA desde el año 2000.

Analizamos variables como la edad, sexo, comorbilidad asociada (HTA, DM o hiperparatiroidismo secundario), clasificación ASIA, etiología y localización de la lesión medular, causas de la ERC, tiempo de evolución desde la lesión medular hasta la hemodiálisis, cifras de creatinina y filtrado glomerular, tipo de vaciado vesical, necesidad de nefrectomía o trasplante renal, úlceras por presión tratadas quirúrgicamente.

Resultados

Se estudiaron 5 pacientes, siendo 4 de ellos varones, con una edad media de 53,8 años. El 20% presentan nivel cervical, 40% dorsal y 40% lumbar, todos clasificados ASIA A. Su etiología ha sido 40% congénita, traumática 40% y 20% médica. El 80% es hipertenso, 20% diabético y 20% con hiperparatiroidismo secundario. En el 80% de los casos, la causa de ERC es multifactorial en relación a complicaciones de su vejiga neurógena, y el otro 20% tumoral. El 40% precisan sonda suprapúbica, se practica nefrectomía en el 40% y dos casos precisan trasplante renal.

Tiempo de evolución medio de la lesión hasta la hemodiálisis de 35,6 años +/-DE 9,055.

La cifra de creatinina media al inicio de la hemodiálisis es de 6,8 mg/dl; con un filtrado glomerular del 9,34 ml/h. Actualmente creatinina media de 4,8 mg/dl. El 60% de la serie precisan cirugía urológica y el 40% presentan úlceras por presión quirúrgicas.

Conclusiones

La primera causa de ERC en lesionados medulares en nuestra serie deriva de las complicaciones causadas por su vejiga neurógena, siendo diferente a la población general que es causada por enfermedad parenquimatosa renal. Destacamos el tiempo de progresión tras la LM hasta la hemodiálisis de 35,6 años con una supervivencia tras el inicio de 6 años y que dos pacientes de nuestra serie fueron trasplantados renales.

Factores de riesgo relacionados con aparición de uretrorragia en nuestra unidad de lesionados medulares

Ponce Garrido, A. B. Campoy Sáenz, J. A. Grao Castellote, C. Torralba Collado, F. Giner Pascual, M. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Objetivos

Conocemos como uretrorragia la emisión de sangre por la uretra. Son escasos los estudios de incidencia en lesionados medulares (LM) describiéndose alrededor del 10%. El sondaje vesical intermitente es de elección para conseguir un vaciado vesical correcto, por ello es importante en vejiga neurógena para prevenir complicaciones. Inicialmente es realizado por personal de enfermería, instruyéndose posteriormente al paciente y/o familiares.

Nuestra actual unidad de LM (ULM) tiene asignadas 15 camas de 36 en planta. Lo que conlleva una ausencia de personal sanitario especializado en el manejo de estos pacientes.

Determinar la incidencia de uretrorragia en LM durante su ingreso, así como los factores de riesgo que la predisponen.

Material y Métodos

Estudio observacional y descriptivo sobre una cohorte retrospectiva de 116 pacientes con LM ingresados en la ULM del Hospital La Fe desde enero de 2013 hasta mayo de 2015.

Como variable principal de estudio se recogió la aparición de uretrorragia con el sondaje, así como día de la semana, horario y persona que lo realiza.

Se recogieron variables sociodemográficas, grado de lesión, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento farmacológico, presencia de reflejo bulbocavernoso y espasticidad.

Estadísticamente, la asociación entre uretrorragia y las variables se contrastó mediante un modelo mixto de regresión logística añadiéndose la variable individuo como factor aleatorio.

Resultados

La media de edad fue 56 años y un 62,9% fueron hombres. Se objetivó uretrorragia en 18 pacientes, todos ellos varones, constituyendo una incidencia del 15,5%.

Destaca el sábado como día con mayor incidencia de uretrorragia (38,9%) y el horario nocturno (66,7%). La realización de los sondajes traumáticos fue realizada por el personal de enfermería (94,4%).

Entre las variables estudiadas la espasticidad aumenta de forma significativa ($p=0,029$) el riesgo de sufrir uretrorragia, así como su tratamiento con baclofeno la disminuye ($p=0,043$).

Conclusiones

La espasticidad y su tratamiento son las únicas variables que han demostrado influir en la incidencia de aparición de uretrorragia.

Destaca una mayor incidencia en sondajes realizados por enfermería, en fin de semana y en horario nocturno. Concluimos que el personal de enfermería no especializado en manejo de estos pacientes, influye en mayor incidencia de sondajes traumáticos, aumenta las complicaciones durante la hospitalización y retrasa los objetivos del tratamiento.

Evolución del manejo del vaciamiento vesical tras la rehabilitación y educación sanitaria después del alta de la ULM

Rua Rua, L. Herraiz Díaz, A. M. Moreno Linares, M. Vicente Mata, P. Ponce Ruiz, S. Sánchez Macías, J.
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos

Comprobar mediante un estudio longitudinal de cohortes la evolución del vaciado vesical, más allá de un año después

del alta hospitalaria y evaluar los posibles cambios en la evacuación respecto a cómo eran dados de alta de nuestra ULM después de la rehabilitación y educación sanitaria.

Material y Métodos

Hemos evaluado un total de 118 pacientes, con lesiones medulares de origen traumático en un periodo de tiempo de 4 años desde noviembre de 2009 hasta diciembre de 2013, en la ULM del Hospital Universitario Vall d'Hebron. La media de edad de éstos es de 46 años (DE 10,37). De estos 118 pacientes, 38 presentan Asia A (32,20%), 18 presentan Asia B (15,25%), 22 Asia C (18,64%), 36 presentan Asia D (30,50%) y 4 Asia E (3,38%).

Hemos realizado un estudio longitudinal de cohortes realizando una comparación de la evolución de su evacuación urinaria cuando son dados de alta de nuestra ULM y posteriormente a un año después de la misma.

Resultados

Salida del hospital.

- SVP 42 35,6%
- Cateterismo intermitente 26 22%
- Micción + Cateterismo intermitente 8 6,8%
- Micción espontánea 42 35,6%

Un año después del alta hospitalaria.

- SVP 13 11%
- Cateterismo intermitente 8 6,8%
- Micción + Cateterismo intermitente 8 6,8%
- Micción espontánea 58 49,2%
- Dispositivo colector 6 5,1%
- Credé 4 3,4%
- Éxitus 3 2,5%
- No evaluables* 18 15,2%

Conclusiones

Observamos claramente un descenso tanto en el uso de la SVP (24,6%) como en la realización de CI (15,2%) tras un año de evolución de nuestros pacientes. Debemos destacar que 8 pacientes (6,77%) se han sometido a intervenciones quirúrgicas para mejorar el vaciado tales como: esfinterotomías, intervención quirúrgica que disminuye la resistencia del tracto de salida y facilita la micción con dispositivo colector, o también la aplicación de toxina botulínica en esfínter externo que también facilita la evacuación.

Los pacientes que continúan después de un año utilizando SVP son los lesionados medulares cervicales altos, por tanto, con dificultades para realizarse autocateterismos o pacientes con una edad avanzada, que también tienen dificultades para el mismo.

Integración de cateterismos intermitentes en el autocuidado.

Ponencia presentada en Curso de Neurourología de SINUG (Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología). A Coruña 2015.

Romay Cea, R. Almuíña Díaz, C. Saavedra Illobre, B.
ULM de CHUAC. A Coruña.

En 1972 Lapidés introdujo el cateterismo intermitente limpio¹, éste resultó ser un revulsivo frente a los conceptos mantenidos hasta aquel momento sobre la técnica de cateterismo intermitente. A día de hoy, los cateterismos intermitentes constituyen el método de elección para el vaciado de la vejiga neurógena², ya que implican, a corto y largo plazo, menor riesgo de complicaciones, preservando la funcionalidad del tracto urinario superior.

En los servicios de rehabilitación, la educación, como área de acción de enfermería, es la base para el desarrollo de la atención integral del paciente. A nuestros pacientes les enseñamos a realizar sus actividades y cuidados de una forma diferente, partiendo de sus capacidades funcionales. Las enfermeras somos fundamentalmente educadoras. En el caso de la reeducación vesical, les enseñamos a los pacientes a manejar su vejiga neurógena, les mostramos cómo orinar de forma diferente.

El vaciado vesical mediante cateterismos intermitentes es una técnica ampliamente extendida y sencilla de realizar. Sin embargo, la aceptación y adherencia al tratamiento no es siempre la deseable.

En este artículo se muestran cuatro claves y una herramienta susceptible de facilitar la integración de los cateterismos intermitentes en el autocuidado del paciente.

La **NATURALIDAD**, es una de las claves para el éxito en la consolidación de los programas de vaciado vesical mediante cateterismos intermitentes. Se trata de quitarle “hierro al asunto”, al hecho de sondarse, pero no a los cateterismos intermitentes como tratamiento, todo lo contrario, son muy importantes. El paciente debe entender que “no pasa nada” por tener que sondarse.

“La forma más parecida a orinar es que hagas cateterismos

intermitentes, así, se mantiene la dinámica natural de llenado/vaciado de la vejiga y preservamos el tracto urinario superior. La diferencia más perceptible es que necesitas utilizar una sonda”.

La segunda clave es la **PERSUASIÓN**. La enfermera debe dirigir sus acciones hacia el autoconvencimiento y la corresponsabilidad persuadiendo al paciente.

“Mucha gente se sonda, no es una técnica difícil (hemos enseñado a sondarse a niños de 6 años y a ancianos de 80), no es dolorosa, las sondas de las que se dispone son muy buenas y tenemos una amplia gama para encontrar la más adecuada. Va a mejorar la calidad de vida, va a disminuir el riesgo de infección de orina, no tienes que llevar una bolsa de orina colgada en la pierna, la capacidad de tu vejiga se va a mantener y en tus relaciones sexuales vas a estar más cómodo.”

Otra clave es la **CERCANÍA**. Está clave justifica porqué las enfermeras son el personal adecuado para educación en cateterismos intermitentes. Primero porque es personal capacitado: con los conocimientos teóricos y prácticos oportunos, además las enfermeras son las que están más cerca del paciente, tanto en tiempo (24h) como en espacio (a pie de cama), nuestra distancia terapéutica es más corta. Somos los más accesibles y, generalmente, con los que el paciente tiene más confianza y menos reparo al plantearnos sus preguntas, dudas, problemas, pensamientos...

La cuarta clave sería la **IMPLICACIÓN**. El sondaje intermitente requiere **la implicación activa del paciente y/o familiar o cuidador principal**. Aunque haya pacientes que por sus capacidades funcionales no pueden realizar autocateterismos, si saben, porque se lo habremos enseñado, dirigir un cateterismo intermitente, qué precauciones hay que tomar, cuales son las complicaciones

que pueden tener, cómo resolver algunas de ellas y a dónde acudir en caso de no saber resolverlas.

Sin embargo, nos encontramos con otros pacientes que no han sido educados en vaciado vesical mediante sondajes intermitentes desde la fase inicial de su enfermedad o lesión y que, en un momento dado, en sus revisiones, se le indican. Aquí es dónde la enfermería tiene que incidir más.

Es más difícil cambiar un hábito establecido que crear uno nuevo.

El éxito terapéutico depende en gran medida de la implicación del paciente. **No basta con que a un paciente le enseñemos a sondarse y lo haga correctamente. Debe aceptarlo e integrarlo cómo un hábito de vida, como una actividad más de la vida diaria³.**

La herramienta que disponemos es la Educación Terapéutica del Paciente (ETP)

¿Qué es la ETP?

Según la OMS es un proceso continuo, integrado en los cuidados y centrado en el paciente.

Comprende actividades de: sensibilización, información, aprendizaje y acompañamiento; todo ello relacionado con la enfermedad y el tratamiento prescrito³.

La ETP contempla ayudar al paciente y familia/cuidador principal:

1. Comprender la enfermedad y su tratamiento. (Vejiga neurógena y cateterismos intermitentes)
2. Cooperar con profesionales y educadores. (Lo que se garantiza con la continuidad de cuidados en atención primaria y centros sociosanitarios).
3. Llevar una vida sana y equilibrada. (Promoción de salud).
4. Mantener o mejorar su calidad de vida (Prevención de complicaciones).

La educación para la salud y la educación terapéutica no son lo mismo:

La educación para la salud va dirigida a la población o a un grupo y trata de mejorar la salud y la educación terapéutica está centrada en el individuo y es parte integral de su enfermedad. La OMS lo define como un proceso continuo, integrado y centrado en el paciente.

Educar no es informar

La EDUCACIÓN lleva implícito que las personas piensen por sí mismas, tomen sus decisiones y fijen sus objetivos.

Fases de un programa de ETP⁴

1. Valoración: Identificación de las necesidades y realidades

mediante el diagnóstico educativo.

2. Negociación de objetivos de aprendizaje.
3. Aprendizaje de conocimientos, habilidades y técnicas.
4. Evaluación de conocimientos, razonamientos, técnicas, cambios ocurridos en las creencias del paciente, calidad de vida...

1. Valoración y diagnóstico educativo: Se identifican las necesidades y realidades

Hay que tener en cuenta varios factores como:

- **Edad.** No es un factor excluyente para cateterismos intermitentes, pero si requiere de diferentes formas de afrontar la situación. *Nos tenemos que adaptar al paciente:* habrá que adaptar los tiempos, el lenguaje, las estrategias de motivación...
- **Personalidad.** Después del impacto de la enfermedad o lesión grave, muchos pacientes están en situación de fragilidad emocional. Para éstos algo que nos parece sencillo puede convertirse en una tarea imposible de realizar. Debemos potenciar empatía y acompañamiento.
- **Entorno:** Es lo más importante. Un paciente poco convencido en un entorno desfavorable, el fracaso es seguro. Si el entorno es favorable el resultado será positivo.

2. Negociar objetivos educativos:

La negociación de objetivos con el paciente debe partir desde el conocimiento por parte del paciente. Este debe disponer de una información directa, clara y concisa. Tiene que conocer justificación, indicaciones, las ventajas e inconvenientes de los cateterismos intermitentes y de otras opciones de vaciado vesical.

3. Aprendizaje de la técnica y manejo de complicaciones:

Esta fase constituye el grueso del programa de educación. El paciente recibirá información relativa a: higiene de manos y genitales, control de líquidos, elección de sonda, técnica, medidas de precaución, complicaciones que pueden surgir...

Con respecto a la elección de la sonda hay que tener en cuenta factores como: calibre, lubricación, rigidez, facilidad de manejo, etc, pero también otros como: discreción, aparatosidad, facilidad de transporte...

4. Evaluación:

Es un proceso para obtener evidencias (medición) que nos permite juzgar (juicio) el grado de logro de (congruencia) de los objetivos de aprendizaje.

La evaluación no es algo estático, como proceso, es dinámico y se extiende y retroalimenta del resto de fases.

La evaluación de un programa educativo terapéutico pretende mejorar el proceso educativo, refiriéndose solo a dicho proceso y no a los resultados a efecto del propio programa, y permite hacer reajustes de actividades educativas al paciente y profesionales⁵.

Conclusión:

Tendencia actual es el autocuidado, la enfermería debe

ayudar a conducir el tratamiento, potenciando la iniciativa propia del paciente. Buscamos el mayor grado de independencia posible, la realización de autocateterismos intermitentes supone un gran paso hacia la independencia. El objetivo es crear un hábito de vida, que los cateterismos intermitentes sean una más de las actividades básicas de la vida diaria.

Bibliografía

1. Lapidés J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean, intermittent selfcatheterization in treatment of urinary tract disease. *J Urol* 1972; 107:458-61.
2. Almuiña C, Romay R, Garrido MJ. Técnicas de vaciamiento vesical. En : Montoto A, Ferreiro ME, Rodríguez A, Salvador S editores. Lesión medular y vejiga neurógena. Barcelona: Ars Medica, 2005; P:111-120.
3. OMS. Regional Office for Europe Copenhagen. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. 1998.
4. D'Ivernois JP, Gagnayre R. Apprendre a éduquer le patient. Vigot. Paris.1995.
5. Société Française de Médecien Physique et de Réadaptation (SOFMER). Education Thérapeutique du Patient aux Autosondages (ETP-AS). Guide méthodologique. 2009.

Normas de publicación Revista FOCUS

Focus es una revista dirigida a profesionales sanitarios, médicos y enfermeros, dedicados al tratamiento de los trastornos funcionales del aparato urinario, digestivo y urología pediátrica. El objetivo de Focus consiste en compartir prácticas o experiencias clínicas, opiniones de experto, ensayos o estudios, revisiones bibliográficas, guías clínicas, etc. Todos los trabajos enviados a la Revista FOCUS serán revisados por el Comité Editorial, que tiene la facultad de aceptar y seleccionar los trabajos a publicar. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son las de sus autores y no han de ser necesariamente compartidas por el Comité Editorial. Los trabajos no deberán haber sido publicados previamente con el mismo formato, y los autores conservarán siempre una copia de cada original remitido. La Revista será semestral.

PRESENTACIÓN

Los trabajos deberán ser escritos en papel blanco, tamaño folio, mecanografiados a doble espacio, con márgenes superior, inferior y a los lados. Todas las páginas llevarán una numeración correlativa en el ángulo superior derecho, comenzando por la página del título e incluyendo los cuadros y figuras. Constará de los siguientes apartados:

Primera página. Figurará el título completo del trabajo en castellano, apellidos de los autores, precedidos por la inicial del nombre, centro de trabajo, fecha de envío y nombre y dirección del responsable del trabajo, con quien hay que mantener la correspondencia. Debe constar si el trabajo ha sido presentado parcial o totalmente en algún Congreso, Simposium o Reunión.

Segunda página. Resumen y palabras clave. El resumen constará de 200 palabras aproximadamente y debe reflejar de forma concisa y clara el objetivo del estudio o investigación. En esta hoja figurará una traducción al inglés del título del trabajo, del resumen y de las palabras clave.

Trabajo. Salvo en el caso de los artículos de revisión, que serán por encargo de la editorial, constará de las Secciones ya conocidas: introducción, material y métodos, resultados y discusión, con una extensión máxima de 8 folios. Los trabajos referidos a casos clínicos, que deberán limitarse a una exposición de los hechos y unos comentarios, tendrán una extensión de unos 4 folios:

- a) **Introducción:** Se expone el objetivo del trabajo, resumiendo las razones para su estudio. Solamente pueden hacerse referencias estrictas de trabajos previos.
- b) **Material y Métodos:** Deben descubrirse claramente los criterios de selección del material de experimentación, pacientes y controles incluidos en el estudio. El procedimiento seguido será expuesto con detalle, para su más fácil comprensión. No deben usarse nombres de pacientes, ni números de historias clínicas.
- c) **Resultados:** Se presentarán en una secuencia lógica en el texto, cuadros e ilustraciones, remarcando o resumiendo las observaciones importantes.
- d) **Discusión:** Se destacarán los aspectos nuevos o importantes del estudio. No deben repetirse los detalles dados en los resultados. Establecer nuevas hipótesis si están justificadas.

Bibliografía. Deberá ser numerada por orden de aparición en el texto e identificada, entre paréntesis, con números arábigos. Siguiendo las normas de Vancouver, se realizará con el siguiente orden: todos los autores, o los seis primeros et al. (apellidos e iniciales del nombre, separados por una coma), título completo del artículo en lengua original, nombre de la revista según las abreviaturas del Index Medicus, año de aparición, volumen e indicación de la primera y última página, ej.: N Engl J Med 1991; 324: 424-428.

Figuras. Estarán numeradas por orden de aparición, con números arábigos. No se admitirán radiografías ni otro material original. Deben enviarse fotografías en blanco y negro, nítidas y en papel brillante, no superior a 24 x 30 cm. Las letras, números o símbolos, incluidas en las figuras, deberán ser claros y de tamaño suficiente para que cuando se reduzca la figura, siga leyéndose perfectamente. En el dorso de la figura constará la numeración, así como una flecha indicando la parte superior de la misma. También se admiten figuras en soporte informático siempre que tengan al menos 300 ppp.

Pie de figuras. Se mecanografiarán en hoja aparte, numerándolas con el número arábigo que corresponde a la figura.

Tablas o Cuadros. Cada cuadro completo, con un título breve en su parte superior y notas a pie de cuadro, se presentará en una hoja mecanografiada a doble espacio. Los cuadros también tendrán su numeración, en números romanos, que será correlativa siguiendo el orden de aparición en el texto.

Figuras y tablas. El número será el indispensable para la buena comprensión del texto. Se admitirán hasta un máximo (incluyendo ambas) de 4 para las Notas clínicas y de 8 para los Originales.

Abreviaturas. Las abreviaturas usadas deben ser definidas y descritas en el momento de la primera aparición en el texto.

NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrán proponer por parte de los autores o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

ENVÍO DE TRABAJOS

Los trabajos deben enviarse por e-mail a la Secretaría de Redacción (Revista Focus, publicacion@revistafocus.es).

La Revista acusará recibo del manuscrito. El autor estará permanentemente informado de la situación de su trabajo.

Se recomienda hacer antes del envío una comprobación por este orden:

- Carta con la firma de todos los autores.
- Página principal.
- Resumen y palabras clave en castellano.
- Título, resumen y palabras clave en inglés.
- Texto.
- Bibliografía (en hoja aparte).
- Leyendas de las figuras (en hoja aparte).
- Tablas (en hoja aparte).
- Figuras orientadas e identificadas.
- Tres copias completas del trabajo incluyendo figuras.
- Versión en soporte informático.

2016

Calendario de actividades 2016

11 al 15 Marzo 2016

31st Annual EAU Congress

Múnich

12 al 14 Marzo 2016

17th International EAUN Meeting

Múnich

13 al 16 Abril 2016

ASIA 2016 Annual Scientific Meeting

Philadelphia

19 al 20 de Mayo 2016

XXI Reunión Nacional del Grupo de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica

La Coruña

15 al 18 Junio 2016

LXXXI Congreso Nacional de Urología

Toledo

17 Junio 2016

XXVII Reunión Nacional del Grupo de Uropediatria

Toledo

22 al 25 Junio 2016

27 Congreso Europeo de Urología Pediátrica (ESPU)

Harrogate

30 Junio al 2 Julio 2016

XIV Congreso SINUG

Porto

18 al 21 Agosto 2016

15 Congreso de Asia Oceanía de Neurología (AOCN 2016)

Kuala Lumpur

14 al 16 Septiembre 2016

ISCOS. 55 Annual Scientific Meeting

Viena

Conveen[®]
Optima



Seguridad, comodidad
y discreción



www.revistafocus.es