

CARTA AL DIRECTOR

Cirugía de la incontinencia urinaria bajo anestesia general sin ingreso

Sr. Director:

Nuestro objetivo consiste en presentar una serie de pacientes intervenidas para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo que padecían y las secuelas de la propia cirugía.

Se trata de 30 mujeres de edades comprendidas entre 38 y 78 años (media 57,9 años) a 25 de las cuales se les colocaron bandas uretrales (TOT), a 4 pacientes se les realizó uretrólisis (cuando la presión ejercida por unas bandas colocadas previamente fue excesiva) y a una paciente se le sometió a un ajuste de *Reemex* (malla para la corrección de la incontinencia). El 50% de las mujeres (15 pacientes) fueron consideradas ASA I y el otro 50% ASA II (las patologías concomitantes más frecuentemente encontradas fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus).

Las pacientes fueron inicialmente seleccionadas en la consulta de urología para cirugía ambulatoria y a continuación se valoraron en la consulta preanestesia de la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) donde se solicitaron las pruebas preoperatorias pertinentes según normas de la SEDAR y donde se proporcionó información verbal y escrita a las pacientes acerca del proceso completo y se obtuvieron los consentimientos para anestesia general y para cirugía sin ingreso.

Al ingreso en la UCSI se administró a las pacientes la profilaxis antibiótica con 2 g de cefazolina i.v. según el protocolo del hospital y 1 ó 2 mg de midazolam como ansiolítico. Ya en el quirófano, se monitorizaron los parámetros habituales (electrocardiograma, presión arterial no invasiva, pulsioximetría, capnografía e índice bispectral (BIS XP Aspect Medical Systems®). La inducción anestésica se llevó a cabo con 1 microgramo/kg de remifentanilo (0,5 microgramos/kg en pacientes mayores de 60 años), 1,5-2 mg/kg de propofol y 8 mg de dexametasona para prevención de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). A todas las pacientes se les colocó una mascarilla laríngea Proseal y se conectaron a la máquina de anestesia en ventilación mecánica con oxígeno al 50-80%. La anestesia se mantuvo con propofol para mantener BIS alrededor de 50 y con remifentanilo a 0,1-0,2 microgramos/kg/minuto según respuesta hemodinámica. Durante la intervención, se administraron 30 mg de ketorolaco y 1 g de paracetamol vía intravenosa para analgesia postoperatoria. A las pacientes con riesgo moderado de NVPO se les administraron 4 mg de ondansetrón al final de la cirugía. Las intervenciones duraron entre 20 y 45 minutos (media 27 minutos). Después de la intervención, las pacientes permanecieron en la unidad de recuperación postanestésica I (URPA I) hasta que cumplieron los criterios clásicos de Aldrete y pasaron a la URPA II o sala de readaptación al medio donde comenzaron a deambular, ingerir líquidos y donde se las observó hasta que cumplieron los criterios de alta. A todas las pacientes se les dejó una sonda vesical con la que perma-

necieron al menos 24 horas, que fue retirada en la mayor parte de los casos en la revisión en consulta de urología que se hizo en todos los casos. Asimismo se realizó una encuesta de satisfacción y bienestar a las 24 horas a todas las pacientes. A todas las mujeres se les entregó al alta un informe con los datos de la intervención y con el tratamiento a seguir y una hoja de instrucciones de cuidados de la sonda y generales que fueron explicados adecuadamente por la enfermera.

La estancia media en la UCSI fue de 3 horas después de la intervención. Ninguna paciente presentó NVPO. Diez de las mujeres precisaron analgesia de rescate, si bien la molestia referida más frecuentemente fue la disuria provocada por la sonda vesical que mejoró notablemente con la administración de butilbromuro de hioscina 0,02 g asociado o no a 2,5 g metamilzol sódico. La tasa de ingresos no previstos alcanzó el 6,6%, es decir, en dos casos no se pudo dar de alta a la enferma, una de ellas porque rechazó el alta a pesar de cumplir los criterios protocolizados, lo que atribuimos a una inadecuada selección en la consulta preanestésica, y la otra paciente hubo de ser reintervenida una hora después de la primera intervención por una hemorragia uretral por lo que se decidió su ingreso para observación más estrecha. No hubo reingresos ni consultas al servicio de urgencias. Todas las mujeres citadas en consulta de urología acudieron a las 24 horas y allí se les retiró la sonda vesical. En la encuesta realizada por la enfermería de la UCSI a las 24 horas, las pacientes manifestaron haberse encontrado bien o muy bien, no haber tenido dolor con la pauta analgésica indicada por el urólogo (metamilzol 2 g/8 h), no haber presentado náuseas o vómitos, hemorragia u otras complicaciones. Todas se consideraron satisfechas o muy satisfechas de la atención recibida.

Concluimos que la cirugía de colocación de bandas uretrales para la corrección de la incontinencia urinaria y la uretrólisis para ajustar la anterior se pueden realizar de manera segura y obteniendo gran satisfacción de las pacientes en medio ambulatorio y bajo anestesia general en casos correctamente seleccionados, tanto por características médicas como psicosociales. La utilización de fármacos de corta duración, de la mascarilla laríngea y la protocolización de la profilaxis de NVPO favorecen una rápida recuperación con escasos efectos adversos. Una de las claves del éxito reside en la correcta selección de las pacientes en la consulta preanestésica; la otra clave es la información a la paciente que debe sentirse segura y conocer detalladamente los pasos del proceso.

M. R. Casado Dones, A. M. Rodríguez López,
R. Delestal Aldaria, F. Pérez-Cerdá Silvestre

*Servicio de Anestesiología y Reanimación.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*

Recibido: diciembre 2006.

Aceptado: enero 2007.

Este trabajo fue presentado en formato póster en el VI Simposium de la ASEMA celebrado en Madrid en marzo de 2006.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Marshall SI, Chung F. Discharge criteria and complications alter ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1999; 88: 508-17.
2. Gan TJ. Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2003; 97: 62-71.