



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 27 de febrero de 2014

Visto el Expediente N° 24118 - 2013, que contiene el Memorando N° 087-OGC-2014-HNCH, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Oficio N° 042-DGOBS-2014-HNCH del Departamento de Gineco-Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Oficio N° 042-DGOBS-2014-HNCH, el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, solicita la aprobación e implementación de la **GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA LA COLOCACIÓN Y USO DE LA CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT) EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**, indicando que su elaboración tiene la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad de atención;

Que, con el Memorando N° 087-OGC-2014-HNCH, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el proyecto de la Guía de Procedimiento Asistencial para la colocación y uso de la cinta suburetral transobturatriz (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, para su aprobación por cumplir con la estructura dispuesta por la Directiva Sanitaria N° 001-HCH/OGC-V.01 Directiva para la elaboración de Guías de Procedimientos aprobada mediante Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG;

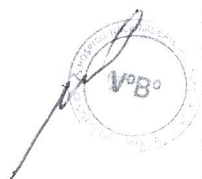
Que, la Ley N° 26842 - Ley General de Salud establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA del 11 de julio de 2011 se aprueba las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, los profesionales del Departamento de Gineco-Obstetricia, como parte del equipo de salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 3° inciso f) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 216-2007-SA/MINSA, son funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar, así mismo el inciso b) del artículo 52° del citado Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, establece como funciones del Servicio de Ginecología, proponer, actualizar e implementar Guías Clínicas de Atención, protocolos y procedimientos de atención médica - quirúrgica integral y especializada en Ginecología, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Estando a lo solicitado por el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia y el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad con los documentos respectivos arriba citados y lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 205-2014-OAJ-HNCH, para que se aprueben los proyectos de las guías de procedimientos asistenciales propuestas;



Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

En uso de las atribuciones que le confiere el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, del 9 de marzo de 2007;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la **GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA LA COLOCACIÓN Y USO DE LA CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT) EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el cual se adjunta y forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar al Departamento de Gineco-Obstetricia proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de las Guías de Procedimientos Asistenciales aprobadas por el artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a publicar la presente resolución en la página WEB del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
Dr. LUIS EDUARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
R.M. 14670

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
El presente documento es copia FIEL DEL ORIGINAL

29 FEB. 2014
Yna M. Llanos Romero
FEDATARIO, TITULAR
TRÁMITE INTERNO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA COLOCACION Y USO DE LA CINTA
SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT) EN EL TRATAMIENTO DE
LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

RESPONSABLE:
DR. ALVARO MONTES TREVIÑOS

LIMA - 2014



GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA COLOCACION Y USO DE LA CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT) EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

I. NOMBRE Y CODIGO

Guía de procedimiento asistencial para colocación y uso de la cinta suburetral transobturatriz (tot) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Código 57267

II. DEFINICION

Definición del procedimiento: Técnica quirúrgica mínimamente invasiva para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Objetivo del procedimiento:

Continencia urinaria a mediano plazo en las pacientes sometidas a cirugía de incontinencia urinaria con cinta suburetral transobturatriz (TOT)

Aspectos epidemiológicos importantes.

La incontinencia urinaria de esfuerzos es una patología frecuente en la mujer, con incidencias que fluctúan entre un 12 y 26% en las mayores de 40 años, que provoca un problema higiénico o social (1).

III. REPOSABLES

Médico Ginecólogo

IV. INDICACIONES

INDICACIONES ABSOLUTAS - incontinencia urinaria de esfuerzos (2)

INDICACIONES RELATIVAS.- incontinencia urinaria mixta

V. CONTRAINDICACIONES

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS.- No deseo de la paciente.
Incontinencias urinarias Mixtas o de urgencia

VI. REQUISITOS:

Consentimiento informado: Se cuenta actualmente con el consentimiento informado el cual se adjunta en los anexos.

URODINAMIA de acuerdo a la evaluación clínica y que confirme el diagnóstico de Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

Compromiso de la paciente para asistir a sus controles periódicos, posteriores a la cirugía, por consultorio externo, los cuales serán a la semana luego al mes y luego a los 6 meses.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

Con respecto al material utilizado en el sling: malla de polipropileno macro poro tipo I. En contraste con lo difundido habitualmente no se han reportado rechazos, infecciones, ni disrupciones tisulares por la utilización de la malla

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (6)

El procedimiento fue realizado según la técnica descrita por Delorme.

Colocación de anestesia regional (se siguiere espinal)

Luego de la asepsia vaginal

Incisión longitudinal de 2 cm en la pared vaginal anterior, a 2 cm por debajo del meato uretral, disecando con tijeras en el plano submucoso vaginal hacia la rama isquiopúbica ipsilateral y completando la disección digitalmente hasta pasar por detrás de la rama isquiopúbica hacia el agujero obturador.

Incisión longitudinal perineal de 1 cm sobre el agujero obturador de cada lado, en el borde externo del labio mayor correspondiente, teniendo como referencia el plano del clítoris.

Se introduce una aguja curva fenestrada en la punta, en forma vertical y perpendicular a la piel perineal, sobre la porción medial del agujero obturador.

Luego de traspasar la membrana obturatriz y el músculo obturador interno se giró la aguja en

45 grados para ser exteriorizada bajo la uretra.

El dedo índice contralateral fue puesto en la incisión vaginal que sirve de guía en el trayecto de la aguja.



Una malla de polipropileno trenzado se inserta a través de la fenestración de la aguja, la cual es exteriorizada a través del agujero obturador retirando la aguja.

El procedimiento se repite en ambos agujeros obturadores.

Se llena la vejiga con 300 ml de solución fisiológica estéril.

La cinta es posicionada a nivel de la uretra media.

Si no se produce escape de orina con la tos, la cinta se deja posicionada dejando momentáneamente una tijera entre la cinta y la pared vaginal de la cinta y finalmente suturando la pared vaginal

IX. COMPLICACIONES

Hematomas Inguinales

Extrusión de Malla

Infecciones

Reaparición de Incontinencia urinaria

Retención urinaria (3)

Perforación vesical (4,5)

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia
2. Usandizaga * De la Fuente Obstetricia y ginecología
3. Ginecología Alfredo Perez Sanchez
4. Te Linde Ginecología Quirúrgica
5. Ginecología de Novak
6. Rev Med Uruguay 2005; 21: 130-140 Transvaginal Obturatriz Tape (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina Dres. Leonel Briozzo*, Gonzalo Vidiella†, Fernando Curbelo‡, Fernando Craviotto§, Beatriz Massena¶, Raúl Varela López††, Alma Martínez‡‡, Fabián Rodríguez

XI. ANEXOS.

PARTE I Consentimiento informado



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y/O PROLAPSO

A.- DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre del paciente: _____

H.C: _____

Edad: _____

Fecha: _____

1.- Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero que se me someta a la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso como alternativa que ofrece menor riesgo para mí.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy conciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, mi riesgo en la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el ginecólogo empleara todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso, al igual que todos los medios técnicos de este Hospital estarán disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy conciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

B.- INFORMACION GENERAL.

La cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso se suele practicar por vía vaginal, y en algunos casos por vía abdominal, y pretende la corrección o mejoría de la incontinencia y/o prolapso. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anesthesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

A través de incisiones por la vagina o por la piel en el abdomen o en el glúteo se puede colocar material Protésico, de Polipropileno u otro tipo de material sintético que sea necesario para estabilizar y ofrecer soporte a la uretra así como de las otras estructuras pélvicas. En determinadas pacientes portadoras de prolapso puede ser necesaria la corrección de defectos perineales asociados (enterocele, rectocele, cistocele) que se puede realizar con reparación con el propio tejido de la paciente (reparación sitio específica) o la colocación de una prótesis de material protésico de Polipropileno monofilamento macroporo. El postoperatorio puede ser corto (3 o 4 días), aunque en algunas ocasiones es recomendable que la paciente salga de alta portando una sonda uretral o teniendo que realizar sondajes intermitentes para vaciar la vejiga hasta que este se acomode a su nueva situación. Esta intervención no garantiza absolutamente la corrección de la incontinencia de modo permanente. Hay un porcentaje considerable de fracasos, aun así el estado de la incontinencia no suele empeorar, salvo casos excepcionales.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento adecuado.

Posibles riesgos.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento.

- a.- Infecciones urinarias.
- b.- No poder orinar espontáneamente o urgencia miccional.
- c.- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- d.- Hematoma, dehiscencia o infección de la herida quirúrgica.
- e.- Lesiones vesicales y/o uretrales.
- f.- Rechazo a suturas empleadas en la intervención.
- g.- Disminución de la sensibilidad cutánea o vaginal.
- h.- Coito doloroso.
- i.- Dolor en el pubis (osteítis del pubis).
- j.- A largo plazo podrían existir prolapsos de paredes vaginales o recidivas.
- k.- Debilidad de los músculos de las piernas (por compresión o lesión de los nervios de las piernas)
- l.- Flebitis y tromboflebitis.



m.- Lesiones neurovasculares y viscerales . (Lesión vascular, lesión intestinal, perforación vesical, perforación uretral, lesión nerviosa, fascitis necrotizante, absceso isquiorrectal, sepsis)

n.- Exposición de Prótesis,

o.- Absceso vaginal / pélvico.

p.- Embolia pulmonar.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. El médico que realiza la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso esta registrado como Médico Gineco-Obstetra en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

2.- Doy consentimiento para que se me realice la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial, colocación de PROTESIS POLIPROPILENO MONOFILAMENTARIO MACROPORO u otros tipos de materiales sintéticos que sean necesarios durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.

3.- Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuese necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.

4.- En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase ninguna)

5.- En el Hospital Nacional Cayetano Heredia los médicos quedan expresamente autorizados, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del ginecólogo, sea necesario para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica medica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.

6.- Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aun después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS.

1.- Ginecólogo que realiza la intervención quirúrgica.

He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del Ginecólogo tratante

CMP: _____

2.- He sido informado por parte del Médico Gineco-Obstetra del propósito y naturaleza descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.

Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad medica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor o a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el Hospital Nacional Cayetano Heredia se eximen de toda responsabilidad administrativa, Civil o Penal.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomo, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUN INDOLE.

Nombre y Firma del paciente

Doc. Identidad: _____ Fecha: _____ Hora: _____

3.- Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):

Sé que el Paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El ginecólogo me ha explicado de forma satisfactoria qué es, como se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización del mismo.



Nombre y Firma de tutor legal o familiar
Doc. Identidad: _____
Parentesco: _____
Fecha: _____

Nombre y firma de Testigo
Doc. Identidad: _____
Parentesco: _____

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

La paciente abajo firmante, revoca el consentimiento otorgado a los médicos tratantes del Hospital Nacional Cayetano Heredia para la realización del procedimiento arriba descrito: Cirugía de Incontinencia urinaria y/o prolapso

Nombre y Firma del paciente o representante legal
Doc. Identidad: _____
Fecha: _____

Nombre y firma de Médico Tratante
Hora: _____

