11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL GRAL. "IGNACIO ZARAGOZA"
I. S. S. S. T. E.

MANEJO DE LAS PACIENTES POSTOPERADAS DE COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR SIN SONDA TRANSURETRAL.

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

DR. ALFONSO ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ

ISSSTE

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN MIRANDA MURILLO
ASESOR DE TESIS: DR. CARLOS VARGAS GARCIA

México, D. F. FALLA DE ORIGEN 1990

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION 1

JUSTIFICACION 13

HIPOTESIS 14

OBJETIVOS 15

MATERIAL Y METODOS 16

RESULTADOS 19

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS 23

CONCLUSIONES 26

RESUMEN 28

BIBLIOGRAFIA 29

INTRODUCCION.

Las alteraciones de la uretra y de la vejiga son tan frecuentes en la práctica de la ginecología que un conocimiento amplio de ambos sistemas orgánicos es un prerrequisito necesario para tener la suficiente competencia clínica en esta disciplina. Así mismo se reporta a la incontinencia urinaria de esfuerzo como uno de los síntomas mas perturbadores del avance de la edad, de la creciente paridad, así como asociado a enfermedades metabólicas, neurológicas, crónicas, degenerativas, y malos hábitos dietéticos; ocurriendo en por lo menos 50% de las mujeres en edad adulta. (1,2)

Basicamente, este transtorno es resultado de la alteración del sostén aponeurótico y muscular del cuello vesical y del piso perineal, lo que afecta a los mecanismos que sostienen a la unión uretrovesical y a la uretra posterior; el traumatismo durante el parto en las multíparas y la atrofia del sostén aponeurótico y ligamentoso de la base de la vejiga y la uretra posterior, son los defectos fundamentales vinculados con estos transtornos. (2)

Por lo anterior es obligado hacer una reseña del tema, destacando los siguientes puntos: terminología, anatomía, fisiología fisiopatología, evaluación clínica, métodos de diagnóstico y tipos de tratamiento.

DEFINICIONES. Para uniformar criterios de los diversos transtornos del aparato genitourinario de la mujer, se deben enunciar las siguientes:

Cistocele: es el descenso de la pared anterior de la vagina, como consecuencia de un defecto en el plano aponeurótico pubocervical que sostiene por delante la vejiga, lo que permite que esta se deslice hacia adelante.

Uretrocele: cuando ocurre descenso de la uretra, secundario -

al defecto anteriormente señalado, aunque esta condición puede o currir sin cistocele. (3)

Según la AMGO pueden existir tres grados de cistocele, el grado I que se refiere al descenso de la pared anterior de la vagina en su tercio inferior, el grado II cuando desciende hasta el tercio medio, y el grado III cuando desciende al tercio superior. (4)

Incontinencia urinaria: es una condición en la que ocurre pérdida involuntaria de orina, problema higiénico y social, que es demostrable objetivamente. Se pueden destacar los tipos siguientes:

Incontinencia de esfuerzo genuina se refiere a la que ocurre cuando se realiza un esfuerzo, esto es cuando la presión intravesical excede la presión intrauretral máxima en ausencia de actividad del músculo detrusor; su causa es basicamente anatómica.

Incontinencia de urgencia es la que ocurre asociada a un deseo imperioso de orinar. Se dice que es motora cuando es debida a contracciones no inhibidas del detrusor y su origen principalmente son las infecciones del tipo de la uretritis, cistitis o trigonitis; y sensorial cuando obedece a otras causas, en su mayoría de origen psicógeno.

Incontinencia refleja es la debida a actividad refleja anormal de la médula espinal sin que exista deseo de orinar; se observa en caso de lesiones de la parte sacra de la médula espinal o nervios periféricos.

Incontinencia de rebosamiento o sobreflujo es la que se produce cuando la presión intravesical excede a la presión intrauretral máxima, por una sobredistensión de la vejiga, con o sin actividad del detrusor; se observa en caso de neuropatía secundaria a diabetes, esclerosis múltiple, arteriosclerosis, entre otras.

Detrusor inestable es aquel que demuestra contracciones objetivas espontaneamente o bajo provocación, durante la fase de llenado mientras que la paciente está intentando inhibir la micción su causa no se ha determinado pero se cree que sea de origen psicógeno. (1, 5, 6)

CARACTERISTICAS ANATOMICAS. La vejiga urinaria y la uretra -- surgen de un tejido mesenquimal común, por ello, las capas musculares de ambos órganos son idénticas. Las capas interna y externa de la vejiga se continuan a lo largo de la uretra, la primera se transforma en la capa longitudinal y la segunda forma una capa circular de músculo liso que rodea a la uretra por completo. Embriologicamente, la musculatura vesical se desarrolla antes -- que la musculatura trigonal. El trígono tiene dos capas de músculo: la capa longitudinal interna que se extiende en la uretra y se continua con la musculatura uretral y vesical, y la externa, o circular, que termina en el meato uretral interno. En la pa--- ciente continente la vejiga y porción proximal de la uretra responden a los aumentos de la presión intraabdominal; si el cuello vesical desciende a nivel del diafragma urogenital, no responde a los cambios de la presión intrabdominal y se produce la incontinencia. (7, 8)

La uretra mide de 3.5 a 4.5 cm de longitud en la mujer, las - capas musculares de la uretra en su porción proximal se conti--- nuan con las del cuello vesical, y en la porción distal se insertan en el tejido adiposo subcutáneo que rodea el meato uretral - externo; las dos capas musculares se hallan entrelazadas y hacen las veces de "esfinter uretral interno", el cual mantiene una -- presión intrauretral constante; en el tercio medio de la uretra se concentra una capa de músculo estriado que constituyen el rabdoesfinter y puede ejercer cierto tono sobre la luz uretral du-- rante largos periodos, creando una presión intrauretral máxima a

2cm de la unión uretrovesical. Los ligamentos pubouretrales fijan firmemente la parte anterior de la uretra a la superficie posteroinferior de la sínfisis del pubis, se continuan en la parte superior con los ligamentos pubovesicales y desempeñan importante papel de sostén para el cuello vesical y las partes anteriores de la pared uretral; además el componente muscular liso de estos ligamentos puede contraerse simultaneamente con el músculo detrusor, con lo que se conserva la posición de la uretra en relación con el pubis al tiempo de la micción.

Los músculos bulbocavernosos del diafragma urogenital contribuyen poco al mantenimiento de la continencia urinaria. Los factores anatómicos que influyen sobre esta función, están centrado en particular en los ligamentos pubouretrales y en los músculos elevadores del ano, que constituyen el diafragma pelviano; la cortedad de la uretra también contribuye a la gran incidencia de este transtorno. Todo cambio de posición y descenso de la uretra crearía una pérdida de la igualdad de presiones y la presión intrauretral podría ser menor a la presión intravesical. (2, 7, 8)

CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA. Se reconocen seis causas de este transtorno: fístulas, anatómica, inestabilidad del detrusor rebosamiento, neurogénica y congénita. De estas el 75% corresponde a la anatómica, 10% a la inestabilidad del detrusor y el resto a las demás causas. De las pacientes con incontinencia urinaria anatómica o genuina, 30% cursan concomitantemente con inestabilidad del detrusor. (1, 8)

FISIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA DE LA MICCION. Las alteraciones de la micción, con excepción de las producidad por pérdida de la integridad anatómica, no pueden ser consideradas aisladamente en términos anatómicos.

La vejiga no solo expele orina bajo control voluntario, sino que también la almacena. Su función está coordinada por el siste

ma nervioso que al controlar voluntariamente la colección pasiva y la expulsión activa de orina, actua como si fuera una computadora biológica. (7, 8, 10)

Los aspectos neurológicos de la micción se describen mejor mediante el sistema de circuitos y derivaciones del sistema nervioso central. Se han descrito cuatro, todos están relacionados y la función perfecta de uno depende de la integridad y respuesta de todos ellos. (2, 9, 10)

El primer circuito es el cerebrotroncal, que se origina en el tronco cerebral. También se integran a el, el cerebelo y los ganglios basales. Este circuito coordina el control voluntario de la micción. Un cistometrograma certifica la integridad de este circuito al hacer que la paciente suprima voluntariamente la contracción del detrusor.

El circuito dos es el troncosacral que se origina en el tronco cerebral y termina en el centro de la micción del sacro. Las ramas aferentes originadas en la musculatura vesical viajan directamente al tronco cerebral sin sinapsis, saltando el centro de la micción del sacro. Este circuito asegura que la contracción del músculo detrusor sea de la suficiente duración como para permitir la evacuación total de la vejiga. El cistometrograma certifica la integridad de este circuito al aparecer contracciones del detrusor cuando se pide a la paciente que orine.

El circuito tres es el del esfinter vesicosacro que se origina a partir de aferentes sensoriales en el músculo detrusor que viajan hacia el núcleo del detrusor a nivel de la porción sacra de la médula espinal. Hay neuronas intermediarias que estimulan el núcleo motor del pudendo. Las neuronas motoras pudendas terminan en el componente muscular estriado del esfinter uretral. Este circuito coordina la contracción del detrusor y la relajación de la musculatura uretral durante la micción. La uroflujometría ayuda a demostrar la integridad de este circuito. La existencia

de una orina residual elevada, también indica un defecto potencial de este circuito.

El circuito cuatro es el cerebrosacral que se origina en el lóbulo frontal de la corteza cerebral y termina en el núcleo pudendo de la médula espinal sacra. Permite el control voluntario del esfinter uretral externo. La electromiografía del esfinter uretral estriado permite demostrar su integriadad. El "esfinter" de músculo liso se encuentra bajo control autonómico y es uno de los componentes del mecanismo del esfinter uretral, los otros integrantes son la mucosa uretral, tejidos fibrosos, submucosa y los plexos vasculares submucosos. (9, 11, 12)

Estos plexos vasculares contribuyen casi con la mitad de la presión uretral en reposo. Es importante saber que todas estas estructuras son estrogenodependientes. Se piensa que las alteraciones de estas substancias en la postmenopausia contribuyen a incrementar el porcentaje de pacientes con incontinencia urinaria que se observa en esa etapa. (13)

Además se han descrito doce reflejos que intervienen en la coordinación de la micción, estos reflejos preservan las funciones de continencia, almacenamiento, iniciación, continuación y terminación de la micción. Así mismo otros componentes de la función motora vesical son:

Inervación parasimpática: estas fibras llegan al músculo detrusor de la vejiga procedentes de los segmentos sacros 2 y 4 de la médula espinal, producen impulsos excitatorios que ocasionan contracciones del músculo detrusor.

Inervación simpática: se origina en los segmentos de la médula espinal T-11 a L-2 y llegan a la vejiga y uretra; existen fibras beta-adrenérgicas que llegan al músculo detrusor y ocasionan relajación de este, y fibras alfa-adrenérgicas al músculo liso de la uretra que producen contracciones del mismo.

Inervación somática: los musculos del diafragma urogenital y el músculo puborrectal del elevador del ano, así como los músculos estriados del esfinter externo de la uretra, reciben fibras motoras a través del nervio pudendo, su acción está coordinada con la del músculo detrusor de la vejiga.

Inervación sensorial: esta, procedente de la vejiga y uretra, pasa al sistema nervioso central por medio de fibras nerviosas autónomas y somáticas. Las fibras aferentes autónomas captan los estímulos propioceptivos(tensión y volumen) y también los exteroceptivos(dolor, temperatura y tacto). Los receptores propioceptivos están entre las fibras musculares lisas de la pared vesical; en la mucosa y submucosa existen receptores exteroceptivos con terminaciones nerviosas libres. Según el estímulo específico, la sensación de deseo de orinar viaja por las columnas posteriores (tensión, volumen, sensación de tacto) o por los tractos espinotalámicos laterales(dolor, temperatura) hasta el lóbulo frontal de la corteza cerebral. Los impulsos sensoriales del dolor y la temperatura se transmiten desde la vejiga por la vía simpática hasta la médula espinal, encima del nivel de T-4 y desde allí al tallo encefálico y corteza cerebral. (2, 11)

En resumen puede decirse que el control urinario y la micción dependen de los siguientes elementos fisiológicos y anatómicos: 1) la continuidad entre la superficie de la uretra y la vejiga, 2) la presión intrauretral que tiene que ser mayor que la intravesical, 3) el funcionamiento adecuado del músculo detrusor de la vejiga, y 4) debe preservarse la inervación normal de la musculatura lisa de la uretra y de la musculatura esquelética que constituye el esfineter externo; la alteración de alguno o varios de estos elementos resultará en la pérdida del control urinario. (2)

EVALUACION CLINICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA. Es indispen-

sable una historia clínica cuidadosa , en la que el interrogatorio dirigido hacia las causas más comunes de estos transtornos - es de primordial importancia, pudiéndose utilizar cuestionarios específicos para tal fin. Es importante no olvidar algunas patologías que pueden considerarse como predisponentes: enfermedad - pulmonar crónica, obesidad, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas que afecten la función vesical; así como tipo de actividad desempeñada, etcétera. (1, 6, 7)

La exploración física debe ser completa y el dato pivote es - la corroboración objetiva de la pérdida de orina asociada al esfuerzo físico, para lo cual con vejiga llena y con la paciente - en posición supina o en bipedestación se le solicita que tosa o efectue la maniobra de Valsalva, es importante observar si la -- pérdida de orina se produce inmediatamente después del aumento - de la presión intraabdominal(incontinencia urinaria de esfuerzo genuina) o si ocurre unos segundos después(inestabilidad del detrusor). Es indispensable una cuidadosa exploración ginecológica que debe incluir el grado de relajación pélvica, valoración de - la musculatura abdominal, tamaño, posición y movilidad del cervix, cuerpo uterino y anexos. Aproximadamente el 75% de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo presentan un cistouretrocele moderado o grande(grado II o III de la AMGO) en el examen, este problema se puede hacer evidente con la maniobra de -- Valsalva o en la posición de pie. Debe realizarse la prueba de - Bonney-Marshall, que acrecienta la presión uretral interna al -- proveer un sostén parauretral en la pared anterior de la vagina, si al toser con fuerza no se produce pérdida urinaria, lo más -- probable es que la incontinencia sea debida a un defecto anatómico y no a una disfunción neurológica; esta prueba ha permitido - prever bien el beneficio de la reparación quirúrgica de una pared vaginal anterior relajada. (1, 2, 6, 7, 10)

Para demostrar la rotación posterior del cuello vesical con relajación de los ligamentos subouretrales, así como hipermovilidad de la uretra posterior debido a relajación del piso pelviano, se puede introducir en la uretra la punta de un hisopo estéril o una sonda uretral metálica lubricada; en la mujer continente la punta debe orientarse hacia atrás en el plano horizontal, con solo un pequeño descenso de la uretra posterior cuando aumenta la presión intraabdominal; en la paciente con incontinencia urinaria anatómica y pérdida progresiva del sostén musculoaponeurótico de la uretra posterior, la punta se eleva por encima de la horizontal, en particular cuando se ejerce presión intraabdominal con la maniobra de Valsalva. (14)

La exploración debe completarse con una evaluación neurológica que incluye análisis de los reflejos tendinosos profundos y de los reflejos clitorianos y bulbocavernoso, que reflejan el estado de la inervación de la musculatura estriada voluntaria del piso de la pelvis y la respuesta a la presión intraabdominal aumentada; el estudio es mas preciso si se realiza por medio de electromiografía. (15)

METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO. La tendencia actual es que para establecer un diagnóstico preciso de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina o anatómica se requiere de pruebas urodinámicas apropiadas, ya que la presión diferencial entre la vejiga y la uretra sin contracción involuntaria del detrusor o sin relajación uretral, no es posible que sea medida clinicamente. Con tal fin se han introducido diferentes estudios diagnósticos auxiliares en las últimas décadas, entre los que tenemos:

Estudios urodinámicos: estas pruebas permiten medir a través de sondas o electrodos colocados en uretra, vejiga, recto y esfinter anal en forma directa o indirecta las presiones uretral y vesical, del detrusor, abdominal y del componente estriado del

esfinter uretral, así como la medición del flujo urinario con -- gran precisión. (10, 16, 17)

Uretroscopía: se utiliza como método dinámico para la evaluación de la integridad funcional del mecanismo esfinteriano uretral durante la fase de llenado vesical; además de proporcionar información útil en caso de síndrome uretral, vejiga inestable, divertículo urteral, uréteres ectópicos y fístula.

Estudios radiológicos: las placas simples de pelvis son útiles cuando se sospecha de alteraciones óseas congénitas o adquiridas; la urografía excretora es útil cuando se sospecha de una anormalidad congénita o de un trayecto fistuloso, puede descubrir un uréter ectópico o una fístula vesicovaginal. La videocistouretrografía registra simultaneamente las presiones intravesical e intrauretral, con la velocidad del flujo urinario, lo que permite el diagnóstico preciso al observarse con el esfuerzo el paso de orina hacia la uretra sin que se observe actividad del - detrusor. (1, 10, 16)

Otros métodos: se ha introducido recientemente la prueba del peso de la toalla durante una hora, que mide la pérdida de orina mediante la ganancia de peso de la toalla sanitaria en condiciones uniformes, el cual es un método muy asequible, de mucho valor y facilmente realizable. (18)

ASPECTOS TERAPEUTICOS. Los tipos de tratamiento para la incontinencia urinaria dependerán de la causa que la produce. En el - caso de la incontinencia por causa anatómica, el tratamiento quirúrgico corrector del defecto, es lo indicado; para esto se han ideado y evaluado diferentes técnicas quirúrgicas cuya mira principal es sostener y elevar la uretra posterior y el cuello vesical a una posición retropubiana alta y reparar el defecto anatómico del diafragma pelviano y de la aponeurosis de sostén. Las - técnicas vaginales se recomiendan de primera intención en pacien

tes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo asociadas a cistouretrocele grado II e III, características que presentan -- las pacientes motivo de este estudio. (19)

Después de estos procedimientos los cuidados postoperatorios de la vejiga son difíciles y perturbadores para la paciente y el cirujano debido a que se produce un grado ligero de espasmo, edema e hipersensibilidad de los músculos pubococcígeos, lo cual -- puede obstruir discretamente el proceso de la micción; además el traumatismo operatorio por plicación de la aponeurosis pubovesical produce leve edema de la pared y submucosa de la uretra, en particular a nivel de la unión uretrovesical, contribuyendo así a que se produzca obstrucción urinaria; es por todo esto que la utilización de sonda transuretral en el manejo postoperatorio de estas pacientes, problema que origina la realización de este estudio, se ha vuelto un tema muy controvertido. (20, 21, 22)

Los razonamientos que apoyan la no utilización de sonda transuretral son los que se derivan de la observación de que el traumatismo constante a que se somete a la uretra cuando se aplica - sonda, favorece la producción de edema de la mucosa; así como de los reportes de que el 75% de los pacientes con infección urinaria intrahospitalaria fueron sometidas a sondeo vesical, que --- 7.9% de las pacientes postoperadas de cistouretropexia tienen infección urinaria y que la producción de esta se relaciona intimamente con el tiempo de duración del sondeo vesical, reportándose de 1 a 5% para los casos de sondeo único, 9.1% cuando se mantuvo 72 hr., 30.3% cuando se usó 4 días y casi 50% cuando duró hasta 10 días o más; lo cual aunado al trauma que conlleva la cirugía por sí misma, aumentaría considerablemente la posibilidad de que se presente obstrucción urinaria en estas pacientes. (23)

Cabe mencionar que debe deshecharse el mito de que la colpoperineorrafia puede denervar permanentemente, producir fibrosis y

lesión de vejiga y uretra, ya que como se revisó previamente, el mecanismo de la micción es un complejo sistema de reflejos que - interactuan entre sí. (22)

Por todo lo anterior, el presente estudio pretende avalar todas las ventajas que representa el hecho de no utilizar sonda -- transuretral a permanencia en el postoperatorio de las pacientes postoperadas de colpoperineoplastía anterior, tanto desde el punto de vista institucional, como para la paciente misma.

JUSTIFICACION.

El presente estudio se origina de la falta de uniformidad en el criterio para el uso de sonda transuretral en las pacientes postoperadas de colpoperineoplastía anterior, existiendo algunos autores que argumentan la necesidad de su uso, y otros que reportan la conveniencia del manejo de estas pacientes sin sonda transuretral a permanencia. (4)

Por tal motivo este trabajo se diseñó con el fin de corroborar la segunda opción. Las ventajas de esta posibilidad serían la disminución de la estancia intrahospitalaria de las pacientes, ya que el tiempo necesario de hospitalización sería suficiente de 24 hr., tiempo en el cual se podrían identificar las complicaciones postoperatorias que ameritan hospitalización, sangrado, retención urinaria, problemas de recuperación anestésica, principalmente. Así mismo se disminuiría la incidencia de retención e infección urinaria, ya que está demostrado que la permanencia de la sonda transuretral es el factor principal que favorece la producción de estas complicaciones. (4, 23)

Debe mencionarse que en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional "Gral. I. Zaragoza", la estancia postoperatoria de este tipo de pacientes, en las que la sonda transuretral se maneja a permanencia durante 12 a 20 hr., con cierre intermitente durante 24 hr., y posterior retiro, lo que da un tiempo de 48 a 72 hr., de hospitalización postoperatoria, es lo que se acostumbra.

HIPOTESIS.

El hecho de no usar sonda transuretral a permanencia en el manejo postoperatorio de las pacientes intervenidas quirurgicamente de colpoperineoplastía anterior, no modifica los resultados en cuanto a la cura del padecimiento que originó la intervención y si disminuye la incidencia de complicaciones, en comparación con las pacientes en que se usa la sonda a permanencia.

OBJETIVOS.

PRINCIPAL.

Demostrar que no es necesario el uso de sonda transuretral a permanencia en el manejo postoperatorio de las pacientes intervenidas de colpoperineoplastía anterior.

SECUNDARIOS.

Demostrar que las principales complicaciones postoperatorias que se producen en este tipo de pacientes, disminuyen en su incidencia con este tipo de manejo.

Demostrar que el tiempo de estancia intrahospitalaria en el postoperatorio de estas pacientes, se puede disminuir con el tipo de manejo propuesto.

MATERIAL Y METODOS.

Se efectuó un estudio longitudinal, prospectivo y comparativo en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., durante el periodo que comprendió del 1o de junio al 31 de octubre de 1989.

El estudio incluyó a 60 pacientes intervenidas quirurgicamente de colpoperineoplastía anterior, con técnica de Kelly y/o Kenedy, por presentar cistocele de II a III grado y/o incontinencia urinaria de esfuerzo genuina.

Se dividió a las pacientes en dos grupos de 30 pacientes cada uno, el grupo control que fue manejado con sonda transuretral a permanencia durante 12 a 20 horas, cierre intermitente durante las siguientes 24 horas, y retiro de sonda con medición de orina residual, reinstalándose aquella si esta era mayor de 100 ml. El grupo problema que fue manejado sin sonda transuretral, retirándose esta una vez terminada la cirugía, y realizándose sondeo intermitente cada 4 a 6hr, cuantas veces fuera necesario, en caso de presentarse retención urinaria; las pacientes fueron seleccionadas al azar para cada uno de los grupos.

Los criterios de inclusión fueron el tener cistocele grado II o III y/o incontinencia urinaria de esfuerzo, con examen general de orina, uricultivo y cultivo de exudado cervicovaginal negativos o bajo tratamiento específico, previo a la cirugía.

Los criterios de exclusión consistieron en infección de vías urinarias no tratada, previamente a la cirugía, trastorno neurológico de la función vesical, diabetes mellitus de larga evolución, malformación congénita urinaria o genital, cirugía ginecológica previa, ingesta de medicamentos colinérgicos o bloqueadores alfaadrenérgicos.

Los criterios de eliminación fueron la presencia de accidente

transoperatorio, infección o infestación urinaria descubierta durante el transoperatorio.

La cirugía fue realizada por el residente de 3er año, supervisado por el médico adscrito al servicio. El control postoperatorio se llevó a cabo durante los días de hospitalización, al momento del egreso, y un mes después de la cirugía.

Todas las pacientes fueron sometidas a un régimen terapéutico a base de trimetoprim con sulfometoxasol y fenazopiridina, durante 10 días, así mismo se les solicitó urocultivo de control el cual se realizó dos semanas después de terminado el tratamiento con antimicrobiano.

Se consideraron edad, paridad, grado de cistocele, presencia o no de incontinencia urinaria de esfuerzo, complicaciones derivadas de la cirugía, así como las secundarias al uso de sonda transuretral.

A todas las pacientes se le realizaron las pruebas preoperatorias usuales, tales como biometría hemática, examen general de orina, glicemia, creatinina sérica, grupo y Rh, pruebas de coagulación, urocultivo, frotis y cultivo de exudado cervicovaginal, citología vaginal, así como valoración cardiovascular a las pacientes mayores de 40 años.

Se recolectaron los datos en una cédula de recolección especial y se realizó análisis estadístico de los mismos, cuyos resultados se detallan a continuación.

I . S . S . S . T . E .
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL I. ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS PARA EL PROTOCOLO DE TESIS:

"MANEJO DE LAS PACIENTES POSTOPERADAS DE COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR SIN SONDA TRANSURETRAL".

NOMBRE:_____

EDAD:_____CEDULA:_____FECHA DE OPERACION_____

GESTAS:_____PARAS:_____CESAREAS_____ABORTOS____FUP___FUR____

GRADO DE CISTOCELE_____GRADO DE IUE_____

TRATAMIENTO PREVIO_____

CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIA_____

VALORACION CARDIOVASCULAR_____

EXAMENES DE LAB: Hb_____Hto._____TP_____TPT_____GLICEMIA____CREAT._____

EGO._____UROCULTIVO_____

CEV._____PAPANICOLAOU_____

TECNICA QX._____

REVISIONES SUBSECUENTES

1a. (al egreso)

2a. (al mes)

3a. (al 2º mes)

DR. A. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ
RESPONSABLE DEL PROTOCOLO

RESULTADOS.

En los siguientes cuadros se enmarcan las variables que pueden modificar los resultados.

CUADRO I.

Distribución de pacientes por grupo de edad.

Edad (años)	No. de pacientes: Grupo control	%	Grupo en estudio	%
20-29	1	3.3	2	6.6
30-39	7	23.3	11	36.6
40-49	12	40.0	14	46.6
50-59	8	26.6	2	6.6
60-69	2	6.6	1	3.3
TOTAL	30		30	

Fuente: Cédulas de recolección de datos.

CUADRO II.

Distribución de pacientes por número de gestaciones.

No.gestas	No. de pacientes: Grupo control	%	Grupo en estudio	%
1-3	10	33.3	7	23.3
4-6	10	33.3	16	53.3
7-9	4	13.3	5	16.6
10 ó mas	6	20.0	2	6.6
TOTAL	30		30	

Fuente: Cédulas de recolección de datos.

CUADRO III.

Distribución de pacientes por número de partos.

No.partos	No. de pacientes: Grupo control	%	Grupo en estudio	%
1-3	13	43.3	12	39.9
4-6	9	29.9	13	43.3
7-9	5	16.6	4	13.3
10 ó más	3	10.0	1	3.3
TOTAL	30		30	

Fuente: Cédulas de recolección de datos.

CUADRO IV.

Pacientes estudiadas según análisis de media y desviación estandar.

Variable	Grupo control		Grupo en estudio	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
Edad	45.8	8.9	41.4	8.36
Gestas	5.83	3.9	5.43	3.71
Paras	4.96	3.34	4.53	2.30

$\bar{X}$ = media

S = desviación estandar

Fuente: Cuadros de resultados I, II y III.

CUADRO V.

Distribución de pacientes por grado de cistouretrocele.

Grado de cistouretrocele	No. de pacientes: Grupo control	%	Grupo en estudio	%
Grado II	18	60.0	19	63.3
Grado III	12	40.0	11	36.6

Fuente: Cédulas de recolección de datos.

CUADRO VI.

Distribución según presencia de incontinencia urinaria.

	No. de pacientes: Grupo control	%	Grupo en estudio	%
Con IUE	29	96.6	30	100.0
Sin IUE	1	3.3	0	0.0

Fuente: Cédulas de recolección de datos.

CUADRO VII.

Distribución según tipo de complicaciones.

Complicación:	Grupo control	%	Grupo estudio	%
Retención urinaria	4	13.3	3	10.0
Reinstalación de sonda	4	13.3	1	3.3
Egreso con sonda	4	13.3	0	0.0
Infección urinaria	3	10.0	0	0.0
Consultas no programadas	9		0	

Fuente: Cédulas de recolección de datos y expediente clínico.

CUADRO VIII.

Distribución de pacientes según tiempo de reinstalación de la -- sonda transuretral.

Días de re-- instalación:	No. de pacientes: Grupo control	%	Grupo en estudio	%
1-3	1	25.0	1	100.0
4-7	1	25.0	-	-
8-10	1	25.0	-	-
11 ó más	1	25.0	-	-
TOTAL	4		1	

Fuente: cédulas de recolección de datos y expediente clínico.

En ninguno de los grupos se observó datos de infección, dehiscencia o hematoma de la herida quirúrgica, ni se presentó incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante; ninguna de las pacientes del estudio ameritó reintervención, durante el tiempo que duró el estudio.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Se estudieron 60 pacientes postoperadas de colpoperineoplastía anterior con técnica de Kelly-Kenedy, en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", divididas en dos grupos, el grupo problema que se manejó sin sonda transuretral, y el grupo control manejado con sonda transuretral como habitualmente se maneja en el servicio.

En cuanto a las variables que pudieron haber modificado los resultados y que fueron estudiadas en este trabajo se tiene que:

El rango de edad de las pacientes en que se realizó el estudio fue de 26 a 64 años, media de 45.8, para el grupo control, mientras que para el grupo problema fue de 25 a 60 años, con media de 41.4, como se ve en cuadro I.

El número de gestaciones fue de 1 a 16 para el grupo control, con una media de 5.83, y de 2 a 14, con media de 5.43, para el grupo problema; la paridad fue de 1 a 15 partos, con media de 4.96, para el primer grupo, y de 2 a 13 partos, media de 4.53, para el segundo grupo, cuadros II y III respectivamente. En el cuadro IV se enmarcan los cálculos de media y desviación estandar de las variables anteriores, para ambos grupos.

El grado de cistouretrocele fue del tipo II en 18 pacientes, 60%, del grupo control, y en 19, 63.3%, del grupo problema; mientras que el tipo III se presentó en 12 pacientes, 40%, en el primer grupo, y en 11 pacientes, 36.6%, del segundo grupo, cuadro V

Casi el 100% de las pacientes, en ambos grupos, presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo, como se ve en el cuadro VI.

De estos resultados se puede deducir que se trata de dos grupos homogéneos, en los que la incidencia de cistouretrocele e incontinencia urinaria de esfuerzo aumenta conforme aumenta la edad, el número de gestaciones y la paridad; que el cistouretroce

le es una causa muy frecuente de incontinencia urinaria; datos - ya reportados por múltiples autores.

La comparación de resultados se realizó en función de las complicaciones postoperatorias que se presentaron, tales como retención e infección urinaria, y el manejo de estas, reinstalación - de sonda, tiempo de reinstalación, consultas no programadas, --- principalmente; cuadros VII y VIII.

En el grupo control se reportó retención urinaria en 4 pacientes, 13.3%, las cuales ameritaron reinstalación de sonda transuretral, egresándose las pacientes con sonda, con indicación de - cierre y apertura de la misma intermitentemente, siendo el tiempo promedio de reinstalación 9 días, habiendo una paciente que - lo amerité hasta por 15 días. En cuanto a la infección urinaria, detectada por urocultivo positivo, se tiene que 3 pacientes de - este grupo la presentaron; por otro lado, se registraron 9 con-- sultas no programadas en las pacientes de este grupo.

De las pacientes del grupo problema, 3 presentaron retención urinaria, 10%, y fueron manejadas con sondeo intermitente cada 4 a 6hr., según fuera necesario, siendo en promedio 2 sondeos los realizados. Solo una paciente ameritó instalación de sonda transuretral y duró con ella 2 días, egresándose sin ella. Ninguna paciente de este grupo presentó infección urinaria, ni fueron objeto de consultas no programadas.

Es obvio que las complicaciones se presentaron con menor frecuencia y severidad en el grupo problema, sin embargo, el análisis estadístico para el evento retención urinaria reportó una -- probabilística de más de 0.10, lo cual no es significativo estadisticamente; por otro lado al realizar el análisis estadístico de la frecuencia de infección urinaria y del tiempo de duración de reinstalación de sonda transuretral, y número de consultas no programadas, se reporta una probabilística menor de 0.01, lo ---

cual nos hace concluir que si hay una diferencia estadisticamente significativa entre ambos tipos de manejo, y por lo tanto confirmar la hipótesis establecida.

La falta de significancia estadística para la frecuencia de retención urinaria puede ser resultado del tamaño reducido de la muestra, lo cual puede confirmarse en estudios que contemplen una muestra mayor.

CONCLUSIONES.

Después de revisar la literatura nacional e internacional sobre el manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina o anatómica, y sobre todo del manejo de sonda transuretral y cateterismo vesical en estos pacientes, y comparando dichos reportes con los resultados obtenidos en este estudio, se puede concluir que:

- Las pacientes intervenidas quirurgicamente de colporrinoplastía anterior pueden ser manejadas en el postoperatorio sin sonda transuretral, ya que esto no modifica los resultados obtenidos con otros tipos de manejo, y si disminuye la incidencia de algunas complicaciones que derivan del uso de la sonda transuretral.

- La incidencia de retención urinaria en el postoperatorio de este tipo de pacientes es relativamente menor cuando no se usa sonda transuretral, no habiendo diferencia estadisticamente significativa en este estudio, pudiendo ser posible que esto sea consecuencia del tamaño de la muestra del presente trabajo, lo que pudiera ser un estímulo para la realización de otro trabajo que contemple una muestra mayor.

- La incidencia de infección urinaria es menor en las pacientes en que no se usa sonda transuretral, lo cual apoya los reportes de otros autores en el sentido de que la frecuencia de esta complicación es ampliamente favorecida por el uso de sonda transuretral.

- Es posible disminuir el tiempo de estancia intrahospitala-

ria durante el postoperatorio de este tipo de pacientes, así como el gasto en insumos y atención médica derivados de las complicaciones postoperatorias, cuando no se usa sonda transuretral.

RESUMEN.

Se realizó un estudio comparativo en el H. Regional "Gral. I. Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., del 1o. de junio al 31 de octubre de 1989. El estudio incluyó a 60 pacientes postoperadas de colpoperineoplastía anterior, todas con la misma técnica quirúrgica. Se distribuyeron en dos grupos de 30 pacientes cada uno, el grupo problema se manejó sin sonda transuretral, y el grupo control que se manejó con sanda transuretral en un esquema de 36 a 48 horas.

Los resultados se evaluaron a través de las complicaciones postoperatorias y el manejo de las mismas, derivadas del uso de la sonda transuretral. Se observó una frecuencia de retención urinaria relativamente menor en el grupo problema, 10%, en comparación con el grupo control, 13.3%; la incidencia de infección urinaria fue definitivamente menor para el grupo problema, 0%, contra 10% para el grupo control; así mismo el manejo de estas complicaciones representa un menor gasto en insumos, hospitalización y atención médica, para el grupo problema.

Por todo esto se puede concluir que el manejo de las pacientes postoperadas de colpoperineoplastía anterior, brinda mejores resultados cuando se lleva a cabo sin el uso de sonda transuretral.

BIBLIOGRAFIA.

1. De la Cruz S. Evaluación de la paciente con incontinencia urinaria. Ginec. Obstet. Mex. 1988; 56:5.
2. Mattingly R. Te Linde Ginecología operatoria. 1985, Ed. El Ateneo, 6a. edición; p. 519-542.
3. Jones H. Tratado de Ginecología de Novak. 1986, Ed. Interamericana, 6a. edición, p.354-379.
4. Miranda J. Manejo de sonda transuretral postperineoplastía. - 1987, Tesis N. 250, H. R. "Gral. Ignacio Zaragoza".
5. González-Merlo J. Ginecología. 1985, Ed. Salvat, 3a. edición, p. 247-260.
6. McGuire E. Valoración clínica de las vías urinarias bajas. Ginec. Obstet. Temas Actuales, 1985, 2:339.
7. Marchant D. Evaluación clínica de la incontinencia urinaria y de la anatomía y patofisiología anómalas. Clin.Obstet. Ginec. 1984, 2: 55.
8. Gosling J. Estructura de las vías urinarias bajas y suelo pélvico. Ginec. Obstet. Temas Actuales, 1985, 2: 313.
9. Blaivas J. Fisiopatología de la disfunción de las vías urinarias bajas. Ginec. Obstet. Temas Actuales, 1985, 2: 323.
10. Benson J. Gynecologic and urodynamic evaluation of women whit urinary incontinence. Obstet. Gynecol. 1985, 66: 336.
11. Bradly W. Neurology of micturition. J Urol. 1976, 115: 481.
12. Stanton S. Incontinencia de esfuerzo: porque y como funcionan las operaciones. Ginec. Obstet. Temas Actuales,1985, 2: 397.
13. Kathyn L. Urinary incontinence in the elderly. Ann. Intern -- Med, 1985, 104: 507.
14. Montz F. "Q-tip" test in the female urinary incontinence. Obstet. Gynecol. 1985, 67: 258.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

15. Arieh B. Urodynamics: effect of urinary tract infection on urethral and bladder function. Obstet.Gynecol. 1985, 66: 691.

16. Ostergard D. Gynecologic urology and urodinamics. Theory and practice. 1985, Baltimore Md. USA. 2a. edición.

17. Massey A. Urodinámica de las vías urinarias. Ginec. Obstet. Temas Actuales, 2: 347.

18. Jorgenson L. One-hourpad-weighing-test for objective assesment of female urinary incontinence. Obstet. Gynecol. 1987, 69: 39.

19. Mattingly R. Tratamiento primario de la incontinencia urinaria de esfuerzo anatómica. Clin.Obstet.Ginec. 1984, 2: 69.

20. Powell L. Retropubic uretrocistopexy, vaginal apptoach. Am J Obstet. Gynecol. 1981, 140: 91.

21. Stanton S. Surgery of urinary incontinence. Clin. Obstet. Ginec. 1980, 5: 83.

22. Sahagun J. Incontinencia urinaria de esfuerzo: técnica vaginal modificada por tunelización. Ginec. Obstet. Mex. 1987, 55: 149.

23. De la Cruz S. Infección de vías urinarias en el postoperatorio de cistouretropexia. Ginec. Obstet. Mex. 1988, 56: 5.

24. Peña M. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Obstet. Ginec. Mex. 1988, 56: 39.

25. De la Cruz S. Cistouretropexia retropúbica en incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginec. Obstet. Mex. 1986, 54: 329.

26. Joel P. Paraurethral suspention with INCÓ needle for stress urinary incontinence. J Am. Obstet. Assoc. 1985, 85: 314.

27. Narender N. Modified Burch versus Pereyra retropubic urethropexy for stress urinary incontinence. Obstet. Gynecol. 1985, 66: 255.

28. Hodgkinson C. Stress urinary incontinence. Diagnosis and --- treatment. Clin. Obstet. Ginecol. 1978, 2: 49.