

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11246
35

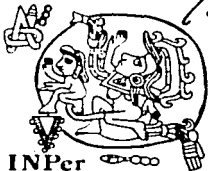


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

**" MORBILIDAD EN LAS PACIENTES
SOMETIDAS A CIRUGÍA UROGINECOLÓGICA
Y DE RECONSTRUCCIÓN DEL PISO PÉLVICO.
EXPERIENCIA INSTITUCIONAL DE 3 AÑOS "**

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:
U R O L O G Í A
GINECOLÓGICA
P R E S E N T A :
DR. JOSÉ EDUARDO LOU VEGA

PROFESOR TITULAR Y ASESOR:
DR. JORGE R. KUNHARDT RASCH



INPer

MÉXICO, D.F.
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

2002



DIRECCION DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	7
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	9
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	20
MATERIAL Y METODOS	21
RESULTADOS	26
DSCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer), cuenta con un Servicio de Urología Ginecológica y Reconstrucción del Piso Pélvico. El objetivo de este servicio es el de diagnosticar y tratar las diferentes disfunciones del piso pélvico que presenta la mujer en los tres compartimentos.

En la literatura internacional se ha calculado que el 33 % de las mujeres adultas sufren alguna forma de disfunción del piso pélvico y entre el 30 - 40 % de ellas se les hará algún tipo de intervención quirúrgica para la resolución del problema. ⁽¹⁾

La expectativa de promedio de vida en México se ha ido incrementando, lo que condiciona la presencia de mayor número de mujeres en la etapa del climaterio. Dicha etapa es de gran importancia, no solo por los cambios endocrinológicos que llegan a afectar a todo el cuerpo, sino porque en el 80 % aproximadamente se diagnostica problemas del piso pélvico, como incontinencia urinaria de esfuerzo, problemas de la estática pélvica, infecciones urinarias, prolapso de órganos pélvicos, etc. ⁽²⁾

El tratamiento de la disfunción del piso pélvico es muy variable, este incluye la fisioterapia, rehabilitación, farmacológico y quirúrgico. Este último es el que despierta gran interés, ya que como se dijo al principio, el 30 - 40 % de las mujeres que tienen alteraciones del piso pélvico serán intervenidas quirúrgicamente.

El tratamiento quirúrgico de la disfunción del piso pélvico no es algo nuevo, hay informes de tratamientos quirúrgicos para la incontinencia urinaria de esfuerzo desde antes del siglo XX. Al igual que para el tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos como de problemas anorectales.

Son múltiples los tipos de cirugías que existen para el tratamiento de las diferentes disfunciones del piso pélvico, las cuales llevan consigo ciertos riesgos y complicaciones, las que no son nada despreciables, ya que algunas pueden dejar marcada a la paciente por el resto de su vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el Instituto Nacional de Perinatología, aproximadamente el 40 % de las pacientes con problemas de disfunción del piso pélvico se les trata quirúrgicamente, y la mayoría son cirugías combinadas, es decir, se resuelve en un mismo tiempo, los problemas que pudiera presentar en los diferentes compartimentos.

La variedad de tratamientos que se han publicado, indica que aún no tenemos el tratamiento ideal para los problemas de incontinencia urinaria de esfuerzo, los rangos de curación van desde el 30 hasta el 90 %, de acuerdo a las diferentes técnicas quirúrgicas reportadas que han tenido que librar la crítica del tiempo y demostrar su eficacia, llegando a nuestras épocas donde se considera a la colposuspensión retropúbica, mejor conocida por procedimiento de Burch, el estándar de oro. ⁽⁹⁾

En lo que respecta al compartimento medio, donde la paciente puede quejarse de múltiples síntomas, principalmente con la función sexual, también se han descrito varios tratamientos, tanto no quirúrgicos como quirúrgicos. Entre los tratamientos quirúrgicos se van a diferenciar en los de abordaje abdominal y el vaginal. La elección del abordaje y el tipo de procedimiento dependerá básicamente de las preferencias del cirujano. ⁽¹²⁾

El compartimento posterior, también es evaluado por el médico uroginecólogo, ya que ciertas patologías forman parte de las alteraciones del piso pélvico, como lo es el estreñimiento, los trastornos de la evacuación, la incontinencia anal, etc. Al igual que los otros compartimentos, el tratamiento de este es muy variado y entre ellos también se encuentran el quirúrgico.

En el INPer, tenemos una gran casuística de mujeres tratadas quirúrgicamente para la solución de los problemas del piso pélvico, en los últimos tres años han sido aproximadamente 485. El tratamiento quirúrgico ha sido con diferentes técnicas, tanto las tradicionales, como, colposuspensión retropúbica, cabestrillos, técnicas de aguja, histerectomía vaginal y abdominal, etc. así como las más reciente como es la cinta vaginal libre de tensión y cirugías desarrolladas en el mismo instituto como es la operación de JK, la cual ha dado resultados satisfactorios, y técnicas propias de médicos las cuales también son prometedoras. Debido a esta gama de procedimientos y a los adoptados recientemente, es importante la realización de una investigación para evaluar

las complicaciones de estas cirugías, ya que esto nos dará un reflejo de la calidad de procedimientos y atención que estamos realizando.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO:

- Síntesis del proyecto:

Se efectuó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de 486 expedientes. Esto se realizó analizando los expedientes de pacientes que se intervinieron quirúrgicamente por el médico del Servicio de Urología Ginecológica del INPer durante el período de enero de 1999 a julio de 2002, los cuales fueron del total, 412 expedientes que cumplieron con el criterio de inclusión.

La forma en que se recolectó la información y se realizó la presente investigación fue:

Elaboración del protocolo

Realización de hoja de recolección de datos

Registro de las pacientes del servicio de Urología Ginecológica que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico

Análisis del procedimiento quirúrgico en el expediente clínico, observando hoja quirúrgica, hoja de anestesia, hoja de enfermería y evolución del caso

Captura de datos en la hoja de recolección de datos

Análisis de la información

La información se analizará estadísticamente con medidas de tendencia central y dispersión de las diferentes variables y frecuencia.

- Planteamiento del problema:

En el Servicio de Urología Ginecológica del INPer, hemos adoptado nuevos tratamientos quirúrgicos, esto nos obliga a evaluar los resultados a la vez que debemos analizar las complicaciones que se han dado.

Actualmente no se cuenta con información reciente sobre las complicaciones quirúrgicas que se han dado en los últimos años, existe un reporte descrito por Villarreal y cols. , refiriéndose únicamente a procedimientos de Burch y JK. (Tabla 1) ⁽¹⁰⁾

Tabla 1: Complicaciones de dos técnicas antiincontinencia.

RESULTADOS	BURCH (IC 95%)	JK INPer (IC 95%)
Cirugías sin complicaciones	84% (68.69-92.67)	87% (73.04-94.5)
Lesiones a vejiga o intestino	0% (0 - 10.21)	0% (0 - 9.60)
Lesiones a uréter	2.3% (0.12 -13.79)	0% (0 - 9.60)
Tiempo quirúrgico total (min)*	134±14 (129.82-138.18)	136±44 (123.28-148.72)
Hemorragia estimada del procedimiento quirúrgico total (ml)*	435±141 (392.86-477.19)	466±179 (414.27-517.73)

En esta tabla encontraron que aproximadamente el 15% de las pacientes se complicaron.

Considero que la evaluación periódica de las complicaciones que se dan en los diferentes tratamientos quirúrgicos que se realizan en el servicio, reflejan la capacidad y la calidad de los cirujanos, así como la resolución de la patología original para modificar normas de estudio y tratamiento.

Es importante comentar que la mayoría de tratamientos quirúrgicos realizados en uroginecología son considerados procedimientos combinados, es decir, que en un mismo tiempo quirúrgico, se realizan varios procedimientos para la resolución de diferentes disfunciones, esto nos indica que las complicaciones durante la cirugía se multiplican, además que en ocasiones el tiempo de la cirugía aumenta y esto influye en la morbilidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

En la especialidad de Urología Ginecológica, nos dedicamos al tratamiento de alteraciones en el piso pélvico, el cual lo dividimos en tres compartimentos. El anterior, relacionado con lo urológico, el medio con los sexual y el posterior con lo anal. A pesar que sus objetivos de funcionamiento son muy diferentes, la armonía y unidad que deben de tener para su funcionamiento es de gran importancia.

Se han descrito múltiples tratamientos para las disfunciones del piso pélvico, y que dependerán que tipo de padecimiento presenta la paciente para poder indicar el tratamiento más adecuado.

Con lo expuesto anteriormente, es de importancia trascendental la historia inicial, la cual debe de incluir una valoración amplia y dirigida del piso pélvico, sin dejar a un lado las molestias por las cuales consulta la paciente.⁽³⁾

Teniendo una historia clínica completa y una valoración adecuada, será más fácil realizar los estudios de apoyo para un diagnóstico más objetivo y de esta manera, lograr indicar un tratamiento adecuado a la paciente.

Los tratamientos son múltiples y como se mencionó, van a depender de la enfermedad que padezca la paciente. Los tratamientos van desde la rehabilitación, farmacológicos, hasta quirúrgicos, los cuales son los que nos interesa en estos momentos, no solo porque pueda llegar a ser el más peligroso, sino porque en casi la mitad de las pacientes con disfunción del piso pélvico, va a ser el tratamiento a elegir.^(4,5)

Actualmente, se han descrito múltiples cirugías para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, como lo son:^(6,7)

- Uretropexia retropúbica
 - *Uretropexia de Burch*
 - *Uretropexia de Marshall-Marchetti-Krantz*

- *Reparación paravaginal*
- *Uretropexia laparoscópica de Burch*
- Suspensiones con aguja
 - *Pereyra*
 - *Raz*
 - *Stamey*
 - *Gittes*
- Cabestrillo suburetral
 - *De fascia*
 - *Sintético*
 - *Cinta vaginal libre de tensión (TVT)*
 - *Operación de JK (INPer)*
- Inyecciones periuretrales
 - *Colágena*
 - *Grasa*
 - *Macroplástique*

Dichas técnicas, han demostrado con el tiempo diferentes tasas de éxito. En el INPer, en un estudio retrospectivo (1993-1999), se observó tasas de éxito subjetivo a 6 meses hasta del 97%. (Cuadro 1) ⁽¹¹⁾

Técnica	Curación subjetiva (%)
Burch	96
Pereyra	97
JK	95
Cabestrillo	79
Colpoplastia anterior	95
TVT	85

Sin embargo, estas no son las únicas técnicas quirúrgicas realizadas por el uroginecólogo, también hay técnicas para la corrección de defectos de fascia, tanto anterior como posterior de la vagina, destinadas a corregir uretroceles, cistoceles,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

rectoceles o enteroceles, al igual que defectos del sostén del útero que van a provocar prolapso uterinos en diferentes grados y que van a llegar a producir diferentes patologías, tanto en la continencia urinaria por parte del compartimiento anterior, como problemas sexuales en el compartimiento medio, como trastornos de la evacuación en el compartimiento posterior.

El cirujano uroginecológico, tiene por delante la compleja tarea de decidir qué procedimiento ofrecerá los mejores resultados quirúrgicos en una paciente determinada. Para este objetivo, el cirujano debe de tener conocimiento de las diferentes técnicas quirúrgicas, para así seleccionar el procedimiento más apropiado a la vez que se conserva la morbilidad, los riesgos y las complicaciones potenciales a un nivel mínimo. Dicha selección estará influenciada lógicamente por el padecimiento de la paciente, así como la edad y el estado general.

En conclusión, podemos decir que se han descrito más de 150 cirugías para el tratamiento de la incontinencia urinaria y del prolapso de órganos pélvicos. Corresponde al uroginecólogo volverse un experto en diversos procedimientos quirúrgicos de esta clase a fin de que pueda ajustar de la mejor manera el tratamiento. Ninguna paciente es igual a otra, y el cirujano está obligado a diagnosticar e identificar apropiadamente todos los defectos y ofrecer a las pacientes una explicación de las distintas opciones, con inclusión de los riesgos, beneficios y tasas de buenos resultados.

Debe recordarse, además que al tratar a las pacientes, su asistencia no debe detenerse con el tratamiento quirúrgico. Hay morbilidades inherentes, entre ellas fracasos en las cirugías, disfunción miccional postoperatoria, complicaciones, que deben ser tratadas oportunamente y de la forma más adecuada.

Cada cirujano, debe de reconocer sus limitaciones, y debe de evaluarse periódicamente y constantemente para poder mejorar y desarrollarse personalmente, y de esta forma prevenir resultados insatisfactorios en cada procedimiento quirúrgico.

Es importante que antes de cada intervención quirúrgica, el cirujano lea el expediente de la paciente a tratar, y así refrescar su mente en puntos importantes del estado de la

paciente. El cirujano tiene la obligación de evaluar personalmente a la paciente, además de tener el conocimiento de toda la gama de complicaciones que pueda ocurrir, así estar preparados a la solución del problema y de tener siempre en cuenta cuando vaya a tener la necesidad de ayuda por parte de otro colega.

Las complicaciones se pueden dividir en tres categorías:

1. Transoperatoria o transquirúrgicas;
2. Postoperatorias inmediatas;
3. Postoperatorias mediatas.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:

Son las que se presentan durante la cirugía y principalmente están relacionadas con hemorragias o lesiones accidentales de tejidos u órganos adyacentes. (29, 30, 42)

En la evaluación y control de la hemorragia, es importante antes que nada saber si es arterial o venosa. La hemorragia venosa, normalmente se controla con presión del área de sangrado, y la hemorragia arterial, siempre se va a controlar colocando una ligadura al vaso sangrante o cauterizando con electrocoagulación. Con este tipo de complicaciones, es de gran importancia que el cirujano esté familiarizado con la irrigación del área que esté operando. Esto último con el fin de si no se puede controlar localmente la hemorragia, se debe de ir a ligar el vaso más próximo que nutra el área afectada. La pérdida sanguínea, es directamente proporcional a la duración del acto quirúrgico, por lo que obviamente el optimizar el tiempo y operar eficientemente es importante. Las infecciones postquirúrgicas, también son directamente proporcionales al tiempo de cirugía, teniendo a aumentar cuando la cirugía rebasa las 2 horas de duración.

El trauma o lesión accidental incluye laceraciones, avulsiones, cortes en órganos adyacentes, y es importante que cualquier sospecha de lesión se evalúe adecuadamente y se trate inmediatamente. Si un problema no se trata inmediatamente, puede causar una o varias intervenciones posteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es importante considerar todos los sitios de posible trauma preoperatoriamente, y es útil tener documentos sobre lesiones accidentales no frecuentes tanto de uréter, como de lesiones de vejiga, intestinales, vasculares, y de musculatura pélvica.

Las lesiones o laceraciones a órganos pélvicos, deben de ser reparados lo mas pronto posible e inmediatamente después de reconocida la lesión. Luego se deberá de continuar la cirugía planeada, para el manejo de este tipo de problemas se debe de tener confianza en la técnica quirúrgica y en las manos del cirujano.

Para la reparación de lesiones de víscera, se recomienda utilizar sutura absorbible del 3 (0), suturando el área afectada en tres capas, tratando de dejar el nudo de la sutura dentro de la luz intestinal. Sin embargo cuando se lesiona vejiga o uréter, se debe de proceder de la misma forma pero dejando el nudo fuera de la luz interna. En ambas lesiones es importante la unión de los tejidos por capas. La primera sutura afrontará la mucosa, la segunda debe de ir en la capa muscular y debe de invertir la sutura de la serosa, para de último colocar una última sutura para refuerzo de la segunda capa.

En las lesiones intestinales en cirugía vaginal, es importante la utilización del dedo en el recto para poder identificar la lesión y guiarse adecuadamente para poder suturar adecuadamente la lesión.

Si se observa cualquier escape de líquido con aspecto urinario, se debe obligadamente evaluar como está la vejiga, esto se puede realizar bajo visión directa por medio de una cistoscopia. Ya reconocida la lesión, debe de ser reparada inmediatamente y luego realizar una prueba de azul de metileno o con índigo carmín o leche estéril y así estar seguros que la lesión está totalmente sellada. Dicha técnica también se puede utilizar para evaluar o localizar la lesión, en caso que no se logre identificar a simple vista.

Si se observa presencia de hematuria, es obligado el realizar cistoscopia, si esta no revela nada, es necesario colocar un drenaje vesical por 72 horas y observar, si esta no desaparece será conveniente la colocación del drenaje por 10 días. ^(16,20,29)

Para las pacientes con lesión intestinal es importante mantener dieta de líquidos claros por 3 días y luego una dieta libre de residuos por lo menos por una semana después de la corrección de la lesión.

Por último, es importante que después de cada cirugía, se evalúe con un tacto bimanual, así descartar la presencia de hematomas y determinar si la reconstrucción estuvo bien hecha.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS INMEDIATAS:

La cirugía ginecológica prolongada, usualmente mayor a 3 horas, puede comprometer a la función vascular y neurológica de las piernas, la compresión que sufren éstas por la posición de litotomía básicamente, puede llevar a un grado de isquemia, esto hará que haya edema y por lo tanto compresión neurológica, dando como resultado una función no adecuada de los miembros inferiores. ^(14, 15, 16) Síndrome por compresión, debe de sospecharse siempre que haya una cirugía larga y la paciente se queje de sensación de adormecimiento de los miembros inferiores o de disminución en la fuerza muscular.

Podemos también, entre las complicaciones inmediatas, encontrar el ileo adinámico, es menos frecuente después de cirugía vaginal. Debe de evaluarse la peristalsis de los intestinos, así como la tolerancia a la dieta y presencia de náuseas y vómitos.

Podemos también observar infección, y el orden en que debemos de pensar que hay infección es pulmonar, urinario, de herida quirúrgica, flebitis o reacción a medicamentos. Debemos de evaluar en el postoperatorio, signos que indiquen cualquier sospecha de infección, empezando con el registro diario de la temperatura.

Con respecto a la hemorragia postoperatoria, hay que tener precaución y vigilar la presión arterial así como datos que nos orienten a hipovolemia, como lo son taquicardia, mareos al cambio de postura y control de hemoglobina hematocrito. Esto nos orientará si hay necesidad de reintervenir a la paciente por una probable hemorragia activa. Al diagnosticar un hematoma, será dependiendo la evolución si uno decide drenarlo o si deja que se reabsorba, teniendo importante cuidado en dar antibióticos adecuados para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

evitar la formación de un absceso. También se debemos de apoyarnos con controles ultrasonográficos para evaluar el tamaño del hematoma y si este tiene crecimiento, lo que nos orientaría a un sangrado activo y la probabilidad de reintervenir a la paciente.

En lo que respecta a cirugía antiincontinencia y del compartimento anterior, debemos de tener especial cuidado en la retención urinaria, en donde la mayoría de veces se resuelve médicamente.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MEDIATAS

Entre las complicaciones observadas, encontraremos la dehiscencia de herida quirúrgica, en donde el diagnóstico es muy fácil de hacer y que el tratamiento es la intervención inmediata para corregir el defecto de la pared, aunque es raro ver dicho proceso en cirugía vaginal, si se han dado casos de prolapso de trompas o de epiplón por la vagina, por lo que el tratamiento oportuno será necesario.

Teniendo en cuenta el tipo de cirugía podemos mencionar que las complicaciones más frecuentes en pacientes que serán sometidas a la operación de Burch serán:

Hemorragia

- Hematoma extraperitoneal

Infección e inflamación

- Absceso retropúbico

- Osteítis púbrica

- Osteomiellitis

- Tromboflebitis

Lesión del tracto urinario

- Uréter

- Vejiga

- Fistula genitourinaria

Disfunción del tracto urinario o incontinencia

- Retención urinaria

- Inestabilidad del detrusor

- Incontinencia de esfuerzo

Prolapso de órganos pélvicos

Enteroccele

Cistocele

Rectoccele

Disfunción sexual

Dispareunia

Acortamiento vaginal

Para la prevención de la hemorragia, es importante el abordaje que se tenga hacia el espacio de Retzius, con la precaución de no lesionar vasos, principalmente del plexo que va a irrigar a la vagina. El dejar un hematoma en el área puede conducir a la formación de un absceso, la formación de este aisladamente es raro. ⁽¹⁷⁾ Es importante observar si hay pequeños sangrados en el área, pudiendo tratarlos con antibióticos profilácticos y en algunos casos la colocación de un drenaje será suficiente para prevenir un hematoma o un absceso. ⁽¹⁸⁾

La bacteriuria, que puede convertirse en una infección de las vías urinarias, es frecuente en pacientes que se les coloca drenaje vesical.

Se ha observado la presencia de osteítis púbica en aproximadamente 2 a 3% de los casos tratados con operación de Burch. La causa es desconocida y no se ha visto relación con el material de sutura. Llega a presentarse aproximadamente 2 meses después de la cirugía. ^(19, 20)

Toda paciente tiene riesgo de tromboflebitis o embolia pulmonar, sin embargo, es importante la evaluación preoperatoria oportuna y la prevención adecuada.

La cirugía para la continencia, predispone a la lesión del tracto urinario bajo. En la operación de Burch, se ha reportado en el 5% de los casos. ⁽¹⁷⁾

Problemas de retención urinaria y dificultad para orinar en el primer intento después de la cirugía, es una de las complicaciones más comunes de las cirugías para la continencia. La incidencia precisa es difícil de determinar ya que no hay una definición estandarizada

para la retención aguda. Sin embargo si se considera que varía dependiendo del tipo de cirugía que se haya realizado, del paciente y del mecanismo para orinar que tenga la paciente. Tenemos que la incidencia en procedimientos como el Pereyra, la incidencia de retención urinaria va de 13 a 35%, en cirugías como la colposuspensión de Burch se ha reportado de 16-35%. (19, 34,35,36)

En la siguiente tabla se resume las complicaciones observadas en cirugía para la continencia tipo cabestrillo:

Autor	Retención urinaria	IJU	Complicaciones en herida abdominal	Erosión de la pared vaginal	Lesión ureteral	Retiro del cabestrillo
Morgan et.al. 1999 (20)	2%	7%	1%	0	0	0
Chaikin et.al. 1998 (21)	2%	3%	0.3%	0	0	0
Wright et.al. 1998 (22)	3%	10%	0	0	0	0
Govier et.al. 1997 (23)	6%	9%	0	0	0	0
Litwiler et.al. 1997 (24)	12%	9%	2%	0	0	0
Barbalias et.al. 1997 (25)	0	12%	-	0	12%	12%
Weinberger y Ostergard 1995 (26)	0	24%	20%	25%	0	22%

En pacientes que se le realizan cirugías de corrección de defectos de fascia, o colpoplastía, lógicamente las complicaciones van a estar dadas por hemorragia y por lesión a órganos adyacentes, principalmente vejiga y recto

En pacientes con histerectomía abdominal las lesiones de uréteres, vejiga e intestinos son las más frecuentes y van a depender la que tan conservadas se encuentran los planos anatómicos. En lo que respecta a la histerectomía vaginal, es importante el control de hemorragia, al igual de la lesión que se puede ocasional a los uréteres y al intestino, principalmente cuando cerramos peritoneo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La cirugía uroginecológica no está libre de complicaciones, tomando en cuenta que la mayoría son cirugías combinadas, lo que hace que se multiplique el riesgo de complicaciones, se prolongue el acto quirúrgico y que haya aumento de las pérdidas hemáticas, es deber del cirujano, estar preparado para la solución oportuna de cualquier complicación y de haber evaluado previamente a la paciente para prevenir cualquier complicación potencial que pueda ocurrir.

JUSTIFICACIÓN:

Es de gran importancia y trascendente, evaluar constantemente nuestra capacidad como cirujanos para la solución de las distintas disfunciones del piso pélvico.

Para evaluar la forma en que estamos operando es el observar las complicaciones que tenemos durante cada acto quirúrgico, esto puede reflejar la habilidad de la persona, así como la capacidad de realizar diagnósticos correctos.

Además, evaluando las complicaciones podemos dar una idea de la calidad de atención que estamos dando, además de tener estadísticas propias las cuales se deben de tener presentes cuando se le explica a las pacientes los riesgos y beneficios del tratamiento quirúrgico que se le está ofreciendo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS:

- **GENERAL:**

Conocer la morbilidad trans y postquirúrgicas en pacientes intervenidas en el servicio de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología.

- **ESPECÍFICOS:**

Determinar la frecuencia y tipo de complicaciones, transquirúrgicas, postquirúrgicas (1-3 días) y postquirúrgicas mediatas (4-30 días)

Relacionar el número de procedimientos, el tiempo y la hemorragia estimada con las complicaciones observadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS:

El diseño del estudio es observacional, descriptivo y retrospectivo de una serie de casos, realizado a través de la revisión de expedientes del archivo clínico del Instituto Nacional de Perinatología.

El estudio se incluyó los casos quirúrgicos realizados por los médicos del servicio de Urología Ginecológica del INPer, abarcando un periodo entre enero de 1999 a julio de 2002, con un universo determinado por las pacientes con Disfunción del Piso Pélvico que acudieron al Servicio de Urología Ginecológica, durante el tiempo mencionado y que fueron sometidas a procedimiento quirúrgico para el tratamiento de cualquier disfunción del piso pélvico, siendo la unidad de observación los expedientes de consulta externa.

Se revisaron un total de 485 expedientes, de los cuales, se excluyeron un total de 74 expedientes, en base a los criterios de selección establecidos.

El análisis estadístico se realizó para variables cuantitativas continuas en términos de medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) y para el resto se describió la frecuencia.

Dichas pacientes se sometieron a los siguientes criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

Pacientes tratadas quirúrgicamente por el personal médico del Servicio de Urología Ginecológica.

Criterios de Exclusión:

Pacientes tratadas quirúrgicamente por médico que no perteneciera al servicio de Urología Ginecológica.

Expedientes con datos incompletos.

Expedientes que no correlacionaba el número de registro con el nombre de la paciente.

Variables del Estudio:

- Edad
- Diagnóstico del tipo disfunción de piso pélvico
- Cirugía realizada
- Hallazgos transquirúrgicos
- Tiempo quirúrgico (min)
- Hemorragia (ml)
- Complicaciones transquirúrgicas
- Complicaciones postquirúrgicas inmediatas
- Complicaciones postquirúrgicas mediatas

Definición operacional de las variables:

- Edad: expresado en años, que presentó la paciente en el momento de la intervención quirúrgica.
- Diagnóstico de disfunción de piso pélvico: razón por la que se intervinieron quirúrgicamente a la paciente.
 - o Prolapso de órganos pélvicos estadio II
 - o Prolapso de órganos pélvicos estadio III
 - o Prolapso de órganos pélvicos estadio IV
 - o Prolapso uterino
 - o Incontinencia urinaria de esfuerzo tipo II
 - o Incontinencia urinaria de esfuerzo tipo III
 - o Incontinencia urinaria mixta
 - o Incontinencia urinaria de urgencia
 - o Incontinencia anal
 - o Incontinencia dual

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- o Fístula vesico-vaginal
- o Fístula uretro-vaginal
- o Fístula recto-vaginal
- o Estenosis uretral
- o Sinequias vaginales
- Cirugía realizada: procedimiento o procedimientos quirúrgicos realizados para resolver la disfunción de piso pélvico, pueden ser un procedimiento o varios en la misma paciente. Los procedimientos incluidos son:
 - o Histerectomía vaginal
 - o Histerectomía abdominal
 - o Operación de Burch modificada por Tangho
 - o Operación de Pereyra
 - o Operación de JK
 - o Operación de Cabestrillo
 - o Cinta libre de tensión (TVT)
 - o Colpoplastia anterior
 - o Colpoplastia posterior
 - o Reparación de defecto transverso vía abdominal
 - o Esfinteroplastia
 - o Operación de Moschckowitz
 - o Operación de Halban
 - o Operación de Latzko
 - o Fistuloplastia por vía abdominal
 - o Neoiplanatación de uréter
 - o Anastomosis uretral
 - o Operación de Donald-Manchester-Fothergill
 - o Traquelectomía
 - o Fistuloplastia recto-vaginal
 - o Ventro fijación de cúpula
 - o Uretrotomía
- Hallazgos transquirúrgicos: observados durante el acto quirúrgico, estos pueden ser uno o varias en cada paciente. Los que se analizaron fueron:

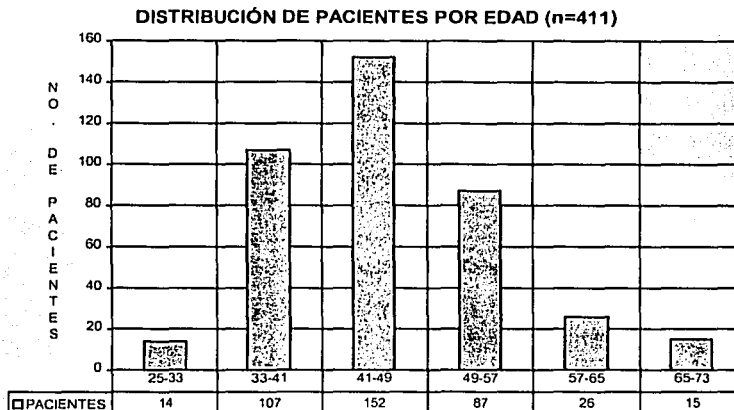
- Defecto paravaginal derecho
- Defecto paravaginal izquierdo
- Defecto transverso proximal anterior
- Defecto transverso distal anterior
- Defecto central anterior
- Defecto pararrectal derecho
- Defecto pararrectal izquierdo
- Defecto transverso proximal posterior
- Defecto transverso distal posterior
- Enterocele
- Defecto central posterior
- Tiempo quirúrgico (min.): tiempo en el que se desarrolló, observado en las hojas de enfermería. Este se clasificó en rangos de la siguiente forma:
 - Menor de 60 minutos
 - 61 a 120 minutos
 - Mayor de 121 minutos
- Hemorragia (ml.): cantidad estimada por el anesthesiólogo al término del procedimiento quirúrgico, expresado en mililitros.
- Complicaciones: se analizaron los problemas que se presentaron durante o después del procedimiento quirúrgico y que dificultaron el procedimiento o la evolución. Se clasificaron en tres subgrupos:
 - Complicaciones transquirúrgicos: los que sucedieron durante el procedimiento quirúrgico y que incluyeron:
 - Lesión uretral
 - Lesión vesical
 - Lesión ureteral
 - Lesión intestinal
 - Choque hipovolémico

- Complicaciones postquirúrgicas inmediatas: las que se dieron secundarias al procedimiento y se presentaron entre los primeros 3 días del procedimiento. Se incluyeron:
 - Retención urinaria
 - Infección vías urinarias
 - Hemorragia
 - Hematoma
 - Anemia
 - Fiebre
 - Neuritis
 - Dehiscencia de herida quirúrgica
 - Íleo adinámico
- Complicaciones postquirúrgicas mediatas: complicaciones que sucedieron a partir del 4 día postquirúrgico a la primera consulta control (30 días postquirúrgicas) o antes en caso de urgencia y que se relacionaron con el procedimiento quirúrgico. Se incluyeron:
 - Infección de herida operatoria
 - Dehiscencia de herida quirúrgica
 - Infección vías urinarias

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

Del análisis de las características generales de la población, como la edad, el diagnóstico inicial y patología asociada, podemos mencionar los siguiente:



Con respecto al diagnóstico inicial, es importante mencionar que hubo pacientes con diagnósticos únicos y múltiples, es decir, como ejemplo pacientes que presentaban prolapsos de órganos pélvicos, también presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo o miomatosis, etc. Así observamos que la mayoría presentó más de un diagnóstico. (Ver tabla)

Tabla: Número de diagnóstico por número de pacientes.

No. de diagnósticos	No. de pacientes (n=411)	%
1	129	31.39
2	201	48.91
3	80	19.46
4	1	0.24
Total	411	100.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

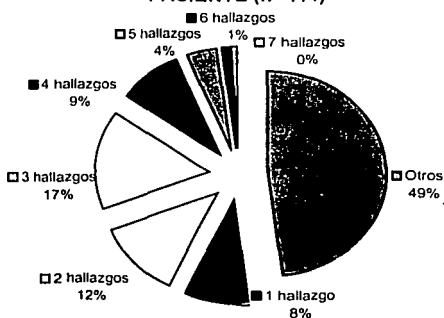
Entre el total de diagnósticos, el más frecuente fue el prolapso de órganos pélvicos estadio II y el menos frecuente fue prolapso uterino. (Ver tabla)

Tabla: Número de pacientes por diagnóstico.

DIAGNÓSTICOS	NO. DE PACIENTES (N=411)	%
POP II	234	56.93
IUE II	167	40.63
Miomatosis	163	39.66
POP III	82	19.95
IUM	54	13.14
POP IV	17	4.14
IUE III	11	2.68
IUU	11	2.68
Incontinencia dual	8	1.95
Incontinencia anal	7	1.70
Fístula vesico-vaginal	5	1.22
Fístula uretro-vaginal	5	1.22
Fístula recto-vaginal	5	1.22
Estenosis uretral	3	0.73
Sinequias vaginales	2	0.49
P. Uterino	1	0.24

Analizando los hallazgos, observamos que hubo pacientes que presentaron uno o más hallazgos, como se muestra en la gráfica siguiente:

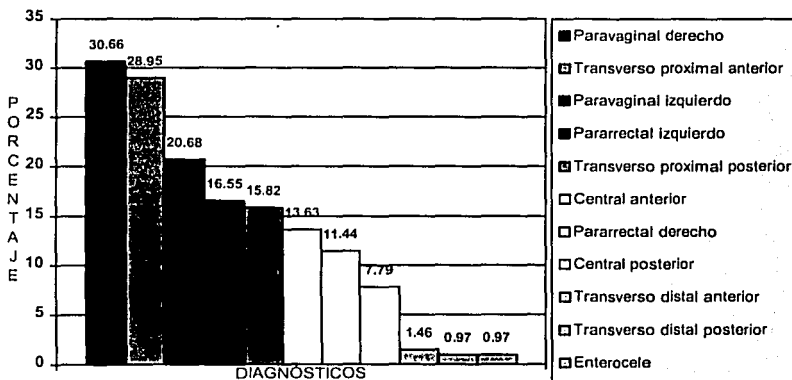
FRECUENCIA DEL NÚMERO DE HALLAZGOS POR PACIENTE (n=411)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al analizar los hallazgos, se encontró que el más frecuente de los defectos del piso pélvico fue el paravaginal derecho. (Ver grafica)

FRECUENCIA DE HALLAZGOS POR PACIENTE (n=411)



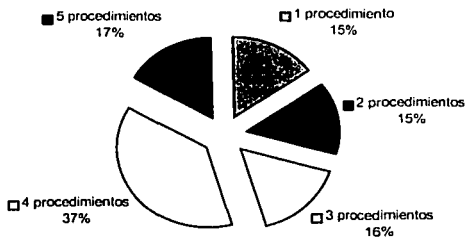
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Observando los procedimientos realizados, se presentan en la siguiente tabla:

PROCEDIMIENTO	No. (n=411)	%
Colpoplastia anterior	286	69.59
Colpoplastia posterior	278	67.64
Histerectomía vaginal	226	54.99
Histerectomía abdominal	98	23.84
JK	54	13.14
Burch	51	12.41
Pereyra	31	7.54
TVT	19	4.62
Esfinteroplastia	11	2.68
Moschckowitz	11	2.68
Cabestrillo	8	1.95
Halban	7	1.70
Ventro fijación	6	1.46
Neoimplanatación	5	1.22
Fistuloplastia recto-vaginal	4	0.97
Latzko	3	0.73
Fistuloplastia	3	0.73
Uretrolomía	3	0.73
Reparación transverso vía abdominal	2	0.49
Traquelectomía	1	0.24

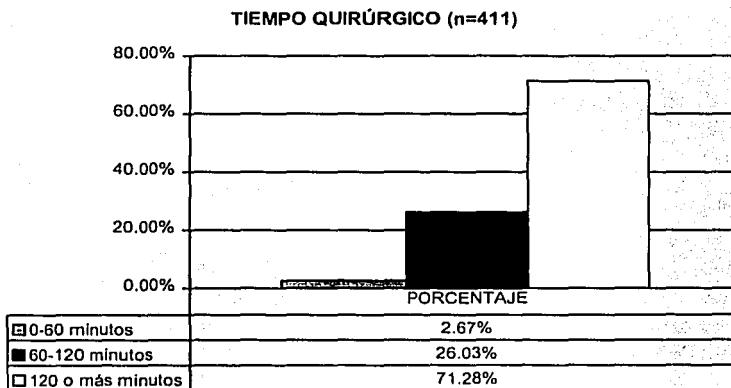
Respecto a los procedimientos quirúrgicos realizados, a la mayoría se le realizaron más de dos procedimientos en un mismo tiempo quirúrgico. (Ver gráfica)

FRECUENCIA DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS POR PACIENTE (n=411)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo que respecta al tiempo quirúrgico, el porcentaje más altos fue a 120 minutos se describe en la siguiente tabla:

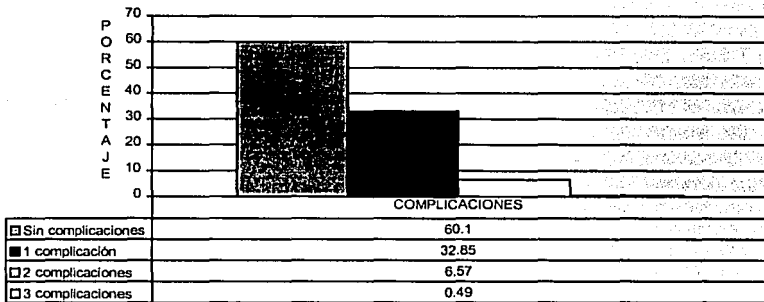


La media de las pérdidas hemáticas fue de 515.82 ml con una desviación estándar de 358.25 ml.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

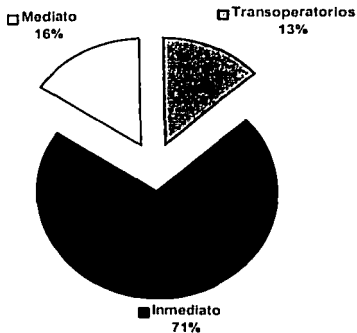
La mayoría de las pacientes no tuvieron complicación alguna, y de las que tuvieron complicaciones la mayoría tuvo solo una. (Ver gráfica)

FRECUENCIA DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES (n=411)



De las complicaciones observadas, la mayoría se encuentran en complicaciones mediatas. (Ver gráfico)

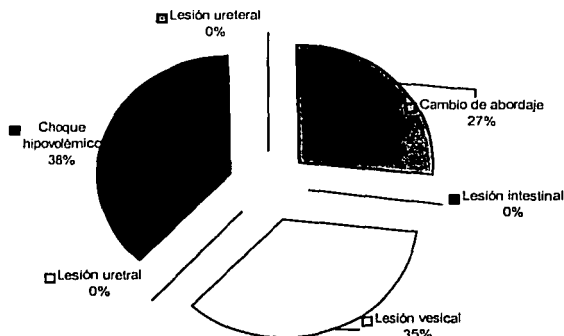
FRECUENCIA DEL TIPO DE COMPLICACIONES (n=164)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

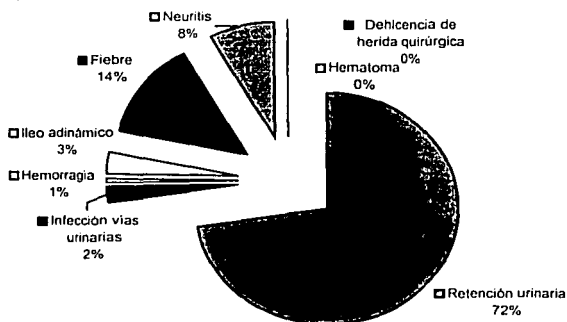
De las pacientes con complicaciones transoperatorias, el mayor porcentaje correspondió a pacientes que presentaron hematuria, y la que menos fue las lesiones uretrales, uretrales e intestinales. (Ver gráfica)

COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS (n=26)



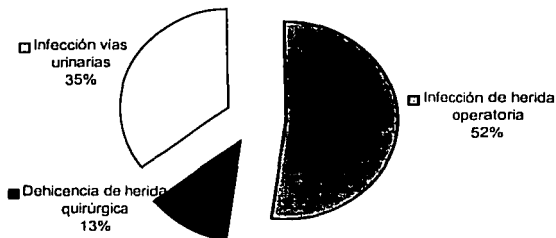
Paciente con complicaciones inmediatas, la mayoría presentó retención urinaria, y la complicación con menor frecuencia fue hematoma. (Ver gráfica)

COMPLICACIONES INMEDIATAS (n=138)



Analizando las pacientes con complicaciones mediatas, se encontró que los de mayor porcentaje fueron infección de cúpula y presencia de abscesos, así comparando con el resto de complicaciones se encontró: (Ver gráfico)

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES MEDIATAS (n=31)



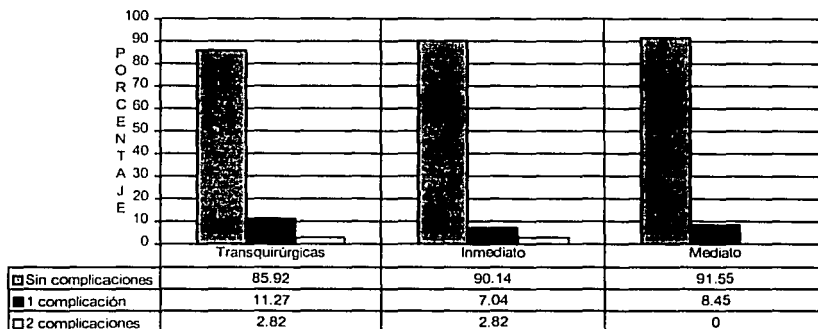
Del total de pacientes, relacionadas con las complicaciones se observó: (Ver tabla)

TRANSQUIRÚRGICAS	NO. DE PACIENTES (n=164)	%	% DEL TOTAL (n=411)
Choque hipovolémico	10	6.10	2.43
Lesión vesical	9	5.49	2.19
Cambio de abordaje	7	4.27	1.70
Lesión uretral	0	-	-
Lesión ureteral	0	-	-
Lesión intestinal	0	-	-
INMEDIATO			
Retención urinaria	100	60.98	24.33
Fiebre	19	11.59	4.62
Neuritis	11	6.71	2.68
Ileo adinámico	4	2.44	0.97
Infeción vías urinarias	3	1.83	0.73
Hemorragia	1	0.61	0.24
Hematoma	0	-	-
Dehiscencia de herida quirúrgica	0	-	-
MEDIATO			
Infeción de herida operatoria	16	9.76	3.89
Infeción vías urinarias	11	6.71	2.68
Dehiscencia de herida quirúrgica	4	2.44	0.97

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

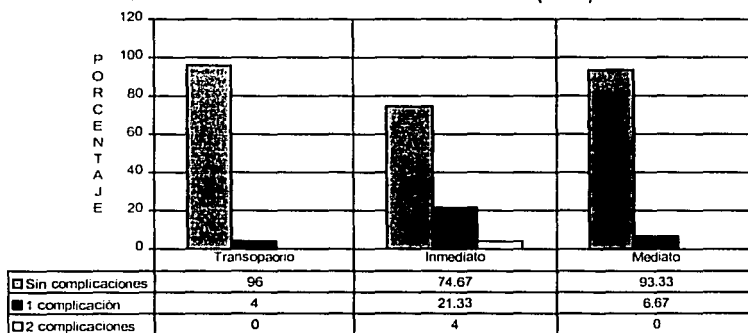
De las pacientes que tuvieron un solo procedimiento quirúrgico la mayoría no tuvieron complicaciones. (Ver gráfico)

FRECUENCIA DEL TIPO Y NÚMERO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (n=71)



En esta gráfica se relaciona las pacientes que tuvieron dos procedimientos quirúrgico y complicaciones: (Ver gráfica)

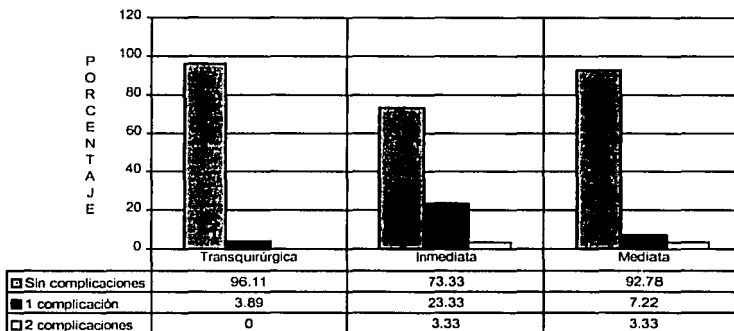
FRECUENCIA DEL TIPO Y NÚMERO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DOS PROCEDIMIENTOS (n=75)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

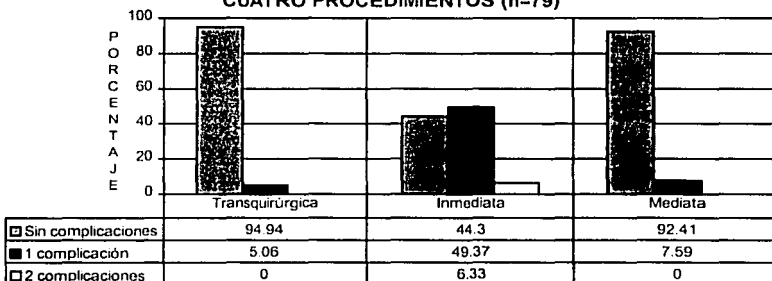
Al analizar a los expedientes que tuvieron tres procedimientos en un mismo tiempo quirúrgico, los resultados fueron los siguientes: (Ver gráfica)

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON TRES PROCEDIMIENTOS (N=180)



De las pacientes que se le efectuó cuatro procedimientos quirúrgicos, la relación con las complicaciones fue: (Ver gráfica)

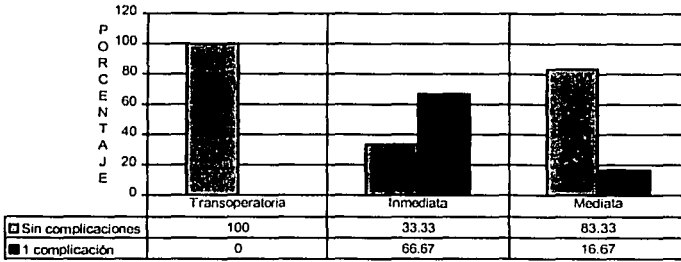
FRECUENCIA DE COMPLICACIONES Y PACIENTES CON CUATRO PROCEDIMIENTOS (n=79)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

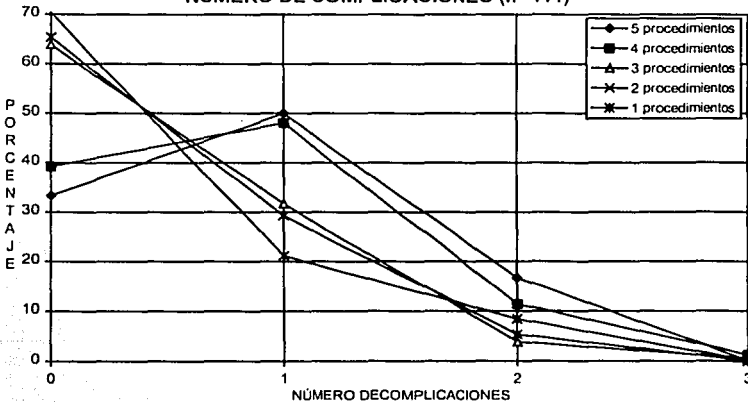
Las pacientes a quienes se le realizó cinco procedimientos quirúrgicos presentaron la siguiente relación con las complicaciones: (Ver gráfica)

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CINCO PROCEDIMIENTOS (n=6)



Analizando una comparación entre el número de cirugías y el número de complicaciones encontrada observamos: (Ver gráfica)

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS Y EL NÚMERO DE COMPLICACIONES (n=411)



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

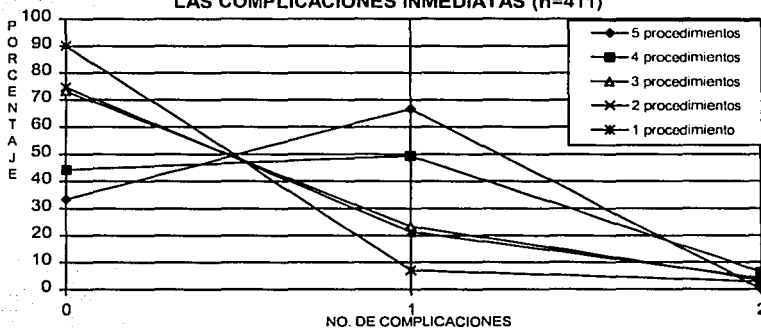
Relacionando en número de cirugías con las complicaciones transoperatoria se observa:
(Ver gráfica)

RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PROCEDIMIENTO Y COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS (n=411)



Analizando el número de cirugías con las complicaciones inmediatas, se observa:

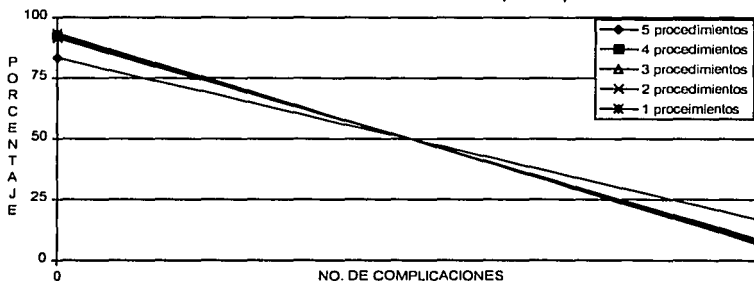
RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS CON LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS (n=411)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

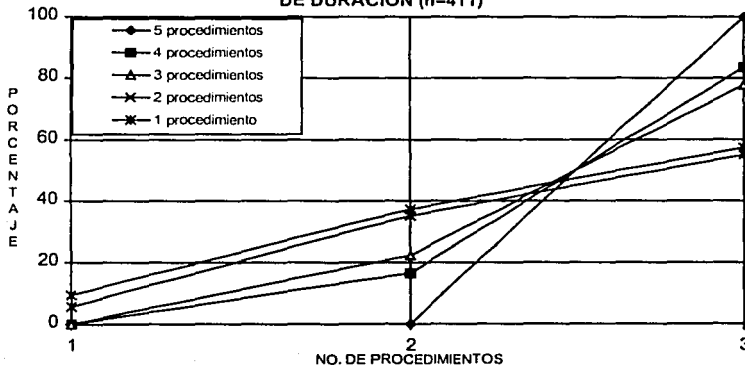
Con respecto al número de cirugías y las complicaciones mediatas, los resultados observados fueron:

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS CON COMPLICACIONES MEDIATAS (n=411)



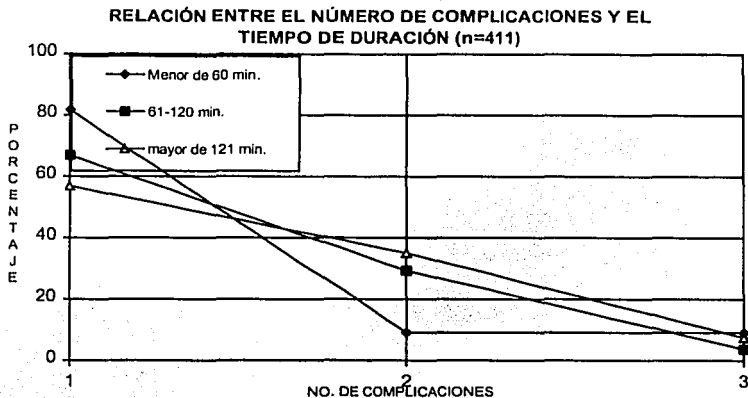
La relación entre el número de procedimiento en un solo tiempo quirúrgico y el tiempo de duración de la cirugía se encontró:

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PROCDIMIENTOS Y EL TIEMPO DE DURACIÓN (n=411)

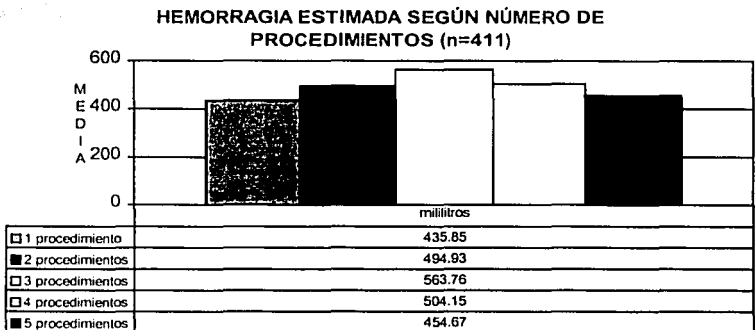


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Relacionando el tiempo quirúrgico y el número de complicaciones encontramos: (Ver gráfica)



Relacionando el número de cirugías y la hemorragia estimada, se observó: (Ver gráfica):



**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DISCUSIÓN:

Analizando la edad en que se sometieron a cirugía las pacientes, observamos que 64.48% se encontraron en la etapa del climaterio, la cual es la etapa donde más frecuentemente se diagnostican disfunciones del piso pélvico.

Por frecuencia de padecimientos se observó que la mayoría de las mujeres presentaron más de dos diagnósticos, lo que indica la importancia del tratamiento integral del piso pélvico.

Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentre el prolapso de órganos pélvicos estadio II y la incontinencia urinaria de esfuerzo tipo II.

De acuerdo al número de hallazgos encontrados transquirúrgicamente, el 46% presentó múltiples alteraciones del piso pélvico.

De los hallazgos, el 30 % correspondió al defecto paravaginal derecho y 29 % a defecto transversal proximal anterior.

La colpoplastia anterior destacó en un 69.59 % del total de las intervenciones. Los procedimientos antiincontinencia fueron 39.63 %, esto reveló que la mayoría de las pacientes existe relación entre el defecto anterior y la incontinencia urinaria. En lo que respecta a defectos del compartimento posterior, 68 % se repararon por colpoplastia posterior.

Como se ha mencionado, la mayoría de pacientes que presentaron disfunción del piso pélvico, se les realizó cirugía combinada, observando en lo analizado que solo al 15 % se le efectuó un procedimiento, al resto fueron varios procedimientos en un acto quirúrgico.

En lo que respecta al tiempo quirúrgico, el 71 % fue mayor a las dos horas, lo que hay que tener en cuenta ya que aumenta la morbilidad de una cirugía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las pérdidas hemáticas fueron en promedio de 515.82 ml, con una desviación estándar de 358.25 ml.

Con respecto al número de complicaciones, la mayoría presentó una complicación. Según el tipo de complicación, la mayor cantidad fue en el postquirúrgico inmediato, es decir, 0-3 días después de la cirugía.

En las pacientes que tuvieron complicaciones transquirúrgicas (n=26), se observó que la más frecuente fue el choque hipovolémico en 38%, esto puede deberse a que se les realizan varios procedimientos en un mismo tiempo quirúrgico.

Entre las complicaciones inmediatas (n=138), se observó que la más frecuente fue la retención urinaria (72 %), esto, se debe a la cantidad de cirugía que se realiza es en el compartimento anterior, además de procedimientos antiincontinencia. Lohse reporta retención urinaria hasta del 25%, que en el total de las pacientes fue de 24 % aproximadamente.⁽¹³⁾

De las pacientes con complicaciones mediatas, la mayoría 52 % presentó infección de herida, ya sea abdominal o de cúpula vaginal. Hay que tomar en cuenta que las cirugías que realiza el uroginecólogo, son cirugías limpias contaminadas, por el área en que trabajamos, esto sin mencionar que llegan a ser contaminadas cuando se aborda la parte anal en el caso de esfinteroplastias. Con relación a lo reportado en la literatura mundial, encontramos reportes de Weinberger y Ostergard en 1995 reporta que el 20% tuvo infección de la herida⁽¹⁴⁾

Al analizar globalmente las complicaciones, la más frecuente fue la retención urinaria en el 24 %, esto es debido a que más del 50 % de las cirugías realizadas son del compartimento anterior y antiincontinencia. Sin embargo es importante resaltar que no hay una definición exacta de retención urinaria, en la presente investigación la tomamos como la imposibilidad o dificultad de evacuar completamente la vejiga. La forma en que la evaluamos es midiendo la orina residual, si es mayor de 100 ml en pacientes con sonda foley transuretral o mayor de 50 ml en talla suprapúbica. El resto de

complicaciones se encontraron por debajo del 5 %, similar a lo reportado en la literatura mundial.

Como se explicó anteriormente, la mayoría de pacientes tuvo más de un procedimiento en el mismo acto quirúrgico, relacionando el número de procedimientos con las complicaciones se obtuvo que en pacientes con un procedimiento la mayoría presentó una complicación quirúrgica (11%). En pacientes con dos procedimientos la frecuencia más alta fue 21 % para una complicación en el postquirúrgico inmediato. Cuando se realizaron tres procedimientos, el 23 % presentó una complicación en el postquirúrgico inmediato la cual fue la más frecuente. 50% de las pacientes con 4 procedimientos presentaron una complicación en el postquirúrgico inmediato. Al igual que en pacientes con 5 cirugías donde la mayor frecuencia fue en las complicaciones postquirúrgicas inmediatas con un 66 %.

Al evaluar la hemorragia estimada, observamos que la mayor pérdida fue en pacientes que se les realizó tres procedimientos, teniendo una diferencia no mayor de 100 ml con los de 4 y 5 procedimientos. Esto es de gran importancia ya que es otro factor de riesgo para el desarrollo de infecciones, junto con el tiempo y el número de procedimientos realizados, lo que conlleva a una mayor manipulación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES:

1. El número de pacientes complicadas fue del 40 %, donde 33 % correspondió a una complicación.
2. El tipo de complicación más frecuente fue en el postquirúrgico inmediato en un 71%.
3. De las complicaciones transquirúrgicas (13%), la más frecuente fue el choque hipovolémico en un 38%, la frecuencia fue el 6 % y del total de intervenciones se presentó en el 2.43%.
4. La más frecuente de las complicaciones postquirúrgicas inmediatas (71%) fue retención urinaria, presentándose en el 72%, analizándolo del total de complicaciones, se presento en el 60 % de las pacientes, y globalmente en el 24%.
5. La infección de la herida quirúrgica (52%) fue la complicación más frecuente en las complicaciones mediatas, representando el 10%. Del total de pacientes intervenidas quirúrgicamente fue de 4%.
6. De las que solo se le efectuó un procedimiento (n=71), 11% presentaron una complicación transquirúrgica. 21% presentaron una complicación en el postquirúrgico inmediato de las que se les realizaron dos procedimientos. Al igual de las que se les realizaron tres procedimientos (n=180), la mayoría 23% presento una complicación en el postquirúrgico inmediato. La frecuencia más alta en las pacientes con 4 procedimientos (n=79) fue una complicación en el postquirúrgico inmediato (49%). También en las pacientes con 5 intervenciones (n=6) la más frecuente fue una complicación inmediata en 66%.
7. Que el número de procedimiento es directamente proporcional al número de complicaciones.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

8. El 71% de las intervenciones quirúrgicas duraron más de dos horas.
9. El 100% de las que se les realizó 5 procedimientos duraron más de 2 horas.
10. La mayor cantidad de pérdidas hemáticas se presentó en las pacientes q se les realizó tres procedimientos, siendo el promedio de 563 ml.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bump RC, Cundiff GW Uroginecología y disfunción del piso pélvico. Clin Gin Obstet. 1998
2. Cardozo L Urinary Incontinence. Clin Obstet Gynecol. 2000 vol. 14 No. 2
3. Freyeresil J, Dreher E, Haenggli W, et.al. Long term results after Burch colposuspension. Am J Obstet Gynecol. 1994;171:647-652
4. Colombo M, Miliani R, Vitobello D, et.al. A randomized coparasion of Burch colposuspension and abdominal paravaginal defect repair for femal stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 1996;175:78-84
5. Karram MM, Bhalia NN. Transvaginal needle bladder neck suspension procedures for stress urinary incontinence: a comprehensive reviu. Obstet Gynecol. 1989; 73:906-914
6. Bump RC, Hurt WG, Theofrastous JP, et.al. Randomized prospective comparision of needle colposuspension versus endopelvic fascia plication for potensial stress incontinence prophylaxis in woman undergoing vaginal reconstruction for stage III or IV pelvic organ prolapse. Am J Ostet Gynecol. 1996;175:326-335
7. Coates KW, Kuhel TJ, Bachofen CG, Shull BL. Analysis of surgical complications and patient outcomes in a residency training program. Am J Obstet Gynecol 2001;184:1380-5
8. Demirci F, Petri E. Periopertaive complications of Burch colposuspension. Int Urogynecol J 2000; 11:170-175
9. Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal vesus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: A prospective randomized study with long-term outcome evalaution. Am J Obstet Gynecol 1996;175:1428-22
10. Lose G, Jorgensen L, Mortensen SO, et.al Voiding difficulties after colposuspension. Obstet Gynecol 1987;69:33-38
11. Alder LM, Loughlin JS, Morin CJ, Haning RV. Bilateral compartment syndrome after a long gynaecologic operation in the lithotomy position. Am Obstet Gynecol 1990;162:1271-1272
12. Fowl RJ, Akers DL, Kempczinski RF. Neurovascular lower extremity complication of the lithotomy position. Ann Vasc Surg 1992;6:357-361

13. Numan m, Eidelman A, Langer R, Golan A, Bukovaky I, Caspi E. Iatrogenic injuries to the ureter during gynaecologic and obstetric operations. *Surg Gynecol Obstet* 1991;173:268-272
14. Mainprize TC, Drutz HP. The Marshall-Marchetti-Krantz procedure: a critical review. *Obstet Gynecol Surv* 1988;43:724-729
15. Bhatia NN, Karram MM, Bregman A. Role of antibiotic prophylaxis in retropubic surgery for stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1989;74:637-639
16. Morgan TO, Westney OL, McGuire EJ. Pubovaginal sling: 4 year out-come analysis and quality of live assessment. *J urol* 1999;161:1686
17. Chaikin DC, Rosenthal J, Blaivas JG. Pubovaginal sling for all types of stress urinary incontinence: long-term analysis. *J Urol* 1996;160:1312
18. Wright Ej, Iselin CE, Carr LK, et.al. Pubovaginal slin using cadaveric allograft fascia for the treatment of intrinsic sphincter deficiency. *J Urol* 1998;160:759
19. Govier FE, Gibbons RP, Correa RJ, et.al. Pubovaginal slings using fascia lata for the treatment of intrinsic sphincter deficiency. *J Urol* 1997;157:117
20. Litwiller Se, Nelson RS, Fone PD, et.al. Vaginal wall sling: Long-term outcome analysis of factors contributing to patient satisfaction and surgical success. *J Urol* 1997;157:1279
21. Harris WJ Early complications of abdominal an vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50:795-805
22. Harris WJ, Adams WF, Harvill LM. Complications rates abdominal using minilaparotomy technique. *J Pelv Surg* 2001;7:261-265
23. Meschia M, Pifarotti P, Bernasconi F, Guercio E, Maffolini M, et.al. Tensión-free vaginal tapes: análisis of outcomes and complications in 404 stree inscontinent woman. *Int Urogynecol J* 2001;2:S24-S27
24. Glavind K, Larsen EH. Results and complications of tension free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2001 12:370-372
25. Flores Carreras O, Cabrera JR, Galeano PA, Torres FE. Fistulas of the urinary tract in gynecologic and obsteric surgery *Int Urogynecol J* 2001:203-214
26. Liapis A, Bakas P, Glannopoulos V, Creatsas G. Ureteral injuries during gynaecological surgery. *Int Urogynecol J* 2001;12:391-394

27. Gettman MT, Segura JW. Precention and management of ureteroscopic complications. J Pelv Surg 2001;7:278-285
28. Lambrou NC, Buller JL, Thompson JR, Cundiff GW, Chou B, Monts FJ. Prevalence of periopertaive complications among women undergoing reconstructive pelvic surgery. Am J Obstet Gynecol 2000;183:1355-60
29. Tulikangas PK, Inderbir SG, Tommaso F. Laparoscopic repair of ureteral injuries. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001;8:259-262
30. Peter TK, Chan CF, Corcos J. Short term complications of pubovaginal sling procedure for genuine stress incontinence in woman. Urology 2000;55:207-211
31. Miklos JR, Kohli N. Laparoscopic paravaginal repair plus Burch colposuspension: review an descriptive technique. Urology 2000;56:64-69
32. Schuessler WW. Prevention and management of laparoendoscopic surgical complications laparoscopic urinary bladder surgery. En www.obgyn.net
33. Bidmead J, Cardozo L. Retropubic Urethropexy (Burch colposuspension). Int UrogynecolJ 2001;12:262-265
34. Hassouna ME, Ghoniem GM. Long-term outcome and quality of life after modified pubovaginal sling for intrinsic sphincter deficiency. Urology 1999;53:287-291
35. Muzsnai D, Carrillo e, Dubin C, Silverman I. Retropubic vaginopexy for correction of urinary stress incontinence. Obstet Gynecol 1982;59:113-118
36. BackerMH, Probst RE. The Pereyra procedure: favourable experience whit 200 operations. Am J Obste Gynecol 1976;125:246-351
37. Green DF, Mc Guire EJ, Lytton B. A comparison of endoscopic suspension of the vesical neck versus anterior urethropexy for the treatment of stress urinary incontinence. J Urol 1986;136:1205-1207

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN