

11217

119 29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital General Tacuba
I. S. S. S. T. E.

POSTOPERATORIO DE COLPOVESICOSUBURETROPLASTIA SIN USO DE SONDA DE FOLEY

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
G I N E C O L O G I A Y O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A :
DR. GUILLERMO SANCHEZ PALOMO

Director de Tesis:
Marco A. Marquez Becerra

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

RESUMEN.....	Pag. 1.
INTRODUCCION.....	Pag. 2.
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	Pag. 5.
HIPOTESIS.....	Pag. 10.
OBJETIVOS.....	Pag. 11.
MATERIAL Y METODO.....	Pag. 12.
RESULTADOS.....	Pag. 14.
CONCLUSIONES.....	Pag. 20.
COMENTARIO.....	Pag. 21.
BIBLIOGRAFIA.....	Pag. 22.

POSTOPERATORIO DE COLPOVESICOSUBURETROPLASTIA
SIN USO DE SONDA DE FOLEY

RESUMEN

Del total de 30 pacientes postoperadas de colpovesicosuburetrop-
lastia con diagnóstico preoperatorio de cistocele grade II e inconti-
nencia urinaria de esfuerzo; las cuales fueron estudiadas en el tiem
po comprendido del primero de Mayo al 30 de Octubre de 1988 en el
Hospital General "Tacuba" ISSSTE, en el Servicio de Ginecología. En
23 pacientes se presentó retención urinaria aguda en periodos com-
prendidos de 8 a 10 horas, por lo que se reinstaló la sonda de foley;
permaneciendo en el hospital con ella, tres, cuatro y seis días, el --
86.9, 8.6 y 4.5% respectivamente. Presentando 10 pacientes del total-
(33%), infección de vías urinarias, siendo el germen responsable es -
cherichia coli; la sintomatología presentada en forma decreciente --
fue la siguiente:

La disuria, urgencia urinaria, polaquiuria, tenesmo vesical, fiebre, lumb-
algia y piuria. Instalándose tratamiento primario con tres antiimi-
crobianos disponibles en el cuadro básico de medicamentos; ácido na-
lidíxico en cinco casos, gentamicina en tres casos y nitrofurantoina
en dos casos; requiriendo de un segundo tratamiento con ácido nali-
díxico dos casos y dos casos con gentamicina. Los siete pacientes -
(23.4%), que no presentaron retención urinaria, la estancia intrahos-
pitalaria fue de dos días, no presentaron infección urinaria en el -
postoperatorio tardío.

En la población ginecológica existe un grupo de pacientes que son motivo de especial interés, tanto para el ginecólogo como para el urólogo, éstas son las pacientes en las que ha ocurrido incontinencia urinaria de esfuerzo (tos, hacer cualquier esfuerzo, etc.) que tiene lugar cuando la presión intravesical a consecuencia de un aumento de presión intraabdominal excede de la resistencia producida por los mecanismos de cierre uretrales. En ausencia de actividad de la vejiga, por la pérdida del sostén anatómico del piso pélvico, principalmente por traumatismos obstétricos.

La continencia se logra cuando la presión intrauretral excede de la presión en la vejiga en todo momento, excepto durante la micción (Enthorning 1961) y requiere de una integridad anatómica del piso pélvico.

Existen más de 100 intervenciones quirúrgicas destinadas a corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo; sin embargo, las más utilizadas son las siguientes:

La de Burch, Marshall-Marchetti-Krantz, Pereyra, Powell (4% en nuestro estudio la colpovesicocuburetrotoplastia (Halban I).

MECANISMO DE CURACION

Las diversas técnicas se ha estudiado utilizando una combinación de transductores de gemelos de presión uretral microtip, cistometría videocistouretrografía, y estudio de cadena lateral.

REPARACION ANTERIOR

Se admite que trabaja sosteniendo la uretra y el cuello vesical (Green 1962), elevando en cuello vesical, de preferencia arriba del nivel más bajo de la vejiga (Hodgkinson, 1970) o sosteniendo el cuello vesical y causando angulación de la uretra (Beck 1982). Los estudios de Stanton y Cardozo (1979) y de Wualter y cols. (1982) con firmaron que el aumento de resistencia al flujo de salida no es factor importante para lograr la continencia.

Todas estas técnicas han requerido de la utilización de sonda de foley, en el manejo trans y postoperatorio con la finalidad de localizar la unión uretrovesical, proteger la vejiga y evitar la retención urinaria aguda, permaneciendo las pacientes en el hospital con la sonda instalada de tres a cuatro días y se daban de alta del servicio con previa medición de orina residual. Y, en caso, de que las pacientes presenten retención urinaria aguda, se vuelve a instalar la sonda de foley, por lo que algunas pacientes se egresan del hospital con sonda de foley. Esto nos da la idea de que el tiempo de permanencia de la sonda vesical, en las pacientes es variable. Estas pacientes estarán propensas a la adquisición de infección de vías urinarias; ya que el lugar más afectado por las infecciones es el tracto urinario. Bacterias distintas a la de la flora normal común de la uretra ganan acceso a estas vías por cualquiera de los tres siguientes lugares: meato uretral, unión de la porción distal de la sonda porción proximal del tubo de drenaje y bolsa recolectora

Siendo los gérmenes responsables más frecuentes los gram negativos: incluyendo *Escherichia coli*, *Proteus* ETC.

MANEJO DE LA SONDA DE FOLEY

Por otro lado, siendo su manejo controvertido en ocasiones, en cuanto al tiempo de permanencia de la sonda de foley con diferencia de institución a institución, y aún más de ginecólogo a ginecólogo dentro de un mismo servicio, lo cual en definitiva repercute una vez más directamente en el estado de salud de las pacientes y la economía de las instituciones.

Es por esto, que en esta ocasión hemos querido enfocar en nuestra investigación a este grupo de pacientes estudiadas en forma más completa

4.-

demostrar la disminución de la incidencia de infección de vías urinarias y de los días de estancia intrahospitalaria de las pacientes postoperadas de colpovesicosuburetroplastía sin el uso de sonda de foley .

ANTECEDENTES HISTORICOS

Las técnicas abdominales y vaginales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, requiere del manejo de la sonda de foley, durante el trans y postoperatorio, con el objeto de localizar en forma adecuada la unión uretrovesical, proteger de las complicaciones y retención urinaria aguda en el postoperatorio (1).

Se utiliza la sonda de foley a permanencia por espacio de tres a cuatro días con bolsa colectora y sistema cerrado, hasta que la orina residual disminuye con uniformidad hasta ser menor de 50 o 100ml. (1,7,8). En caso de retención o falta de micción espontánea, se instala y se retira siete días después. Se indica ácido nalidixico en tanto tenga la sonda vesical (15).

FRECUENCIA:

La prevalencia de sondaje vesical entre los pacientes de un hospital comunitario se encuentra entre 10 y 15%, por lo que hay una gran población de pacientes susceptibles a la infección de vías urinarias. Aproximadamente el 75% de los pacientes con infección urinaria de adquisición intrahospitalaria han sido sometidos algún método de instrumentación urológica, frecuentemente sondaje vesical (4).

La frecuencia global encontrada de infección urinaria en el postoperatorio de la cistoureteropexia de 7.9% queda dentro del rango permitido de infección postoperatoria para la cirugía limpia contaminada determinado por el Consejo Nacional de Investigación de la National Academy of Science de hasta 10% (3). No es fácil comparar por completo la frecuencia informada con la de otras publicaciones

(2,6,10,11,12) en donde Parnell y col. analizando la técnica de -- Marshall-Marchetti-Krantz informa una frecuencia de 1.4%, por otra parte Leo analizando una casuística de 673 casos para la misma -- técnica descrita por el mismo, registra 4%. En lo que respecta a la técnica de Pereyra, el mismo autor informa una frecuencia de 35.5% en forma análoga Astorquiza con el mismo método encontró una incidencia de 35%. En los informes existentes en la literatura del método de Burch no se toma en cuenta esta entidad como complicación postoperatoria. En las casuísticas nacionales no encontramos comunicaciones con las mismas técnicas(4).

La frecuencia de infección en las pacientes sometidas a sondeo vesical a permanencia se incrementa conforme aumenta el tiempo -- de permanencia de la sonda(17), lo cual se ve confirmado por los hallazgos obtenidos en otros trabajos(4).

El riesgo de adquisición de bacteriuria asociada al empleo de sonda vesical depende del método empleado y de la duración del -- mismo. Después de un sondeo único a corto plazo la bacteriuria se desarrolla dentro de 1 y 5% de los pacientes (17). La frecuencia -- y severidad dependen además de la naturaleza del instrumento en -- pleo, el tiempo que éste es dejado en su lugar, y del estado -- inmunológico de la paciente en ese momento. Los pacientes geriá -- tricos, los enfermos en estado críticos y la población femenina -- son más susceptibles a las infecciones asociadas al sondeo vesical en comparación con otros pacientes con sonda vesical a per -- manencia (4,5,17).

Se ha encontrado un alto porcentaje entre las pacientes in -- fectadas, de estudio de secreciones genitales positivos(87.9%) du

rante el preoperatorio, la mayoría de los estudios fueron positivos a un comensal normal de la flora bacteriana de la piel y mucosas, *Staphylococcus epidermidis* (4). La revisión de la literatura confirma que en determinadas ocasiones este organismo puede convertirse en patógeno, sobre todo en pacientes con catéteres intravasculares por ejemplo sondas (16).

Para el diagnóstico de las infecciones de vías urinarias asociadas al empleo de sonda vesical, el criterio diagnóstico de 100,000 col./mL ha sido el más utilizado.

El término infección de vías urinarias es aplicado a una gran variedad de entidades clínicas entre las cuales se destacan la pielonefritis, bacteriuria asintomática, infección del tracto urinario bajo y la infección de vías urinarias asociada al uso de sonda vesical (14).

En sus estudios originales, Kass enfatizó que la infección, puede estar presente en algunas mujeres con cuentas menores de 100,000 col./mL, y mencionó en lo que esto es particularmente cierto (uso reciente de antibiótico, sobre carga de orina, bajo pH, alta urea y alta osmolaridad, obstrucción del tracto urinario); también llamó la atención sobre el hecho de que se tuvieran pocos datos al alcance para determinar el por qué estas cuentas de menos de 100,000 col./mL estaban, de hecho, asociadas con infección de vías urinarias, encontraron que entre 30% y 50% no alcanzaban criterio de más de 100,000 col./mL para infección y fueron catalogadas como portadoras del Síndrome Uretral Agudo. Estos autores demostraron que la causa más frecuente de esta entidad clínica es actualmente la infección vesicouretral coliforme, en donde las bacterias aparecen en cantidades menores de 100,000 col./mL, en muestras de mitad del chorro en por lo menos un tercio de las mujeres con infección del tracto urinario bajo (4,14).

La evidencia actual apoya que el criterio diagnóstico más útil - para infección de vías urinarias es: disuria aguda, polaquiuria y - una cuenta de 10 colonias de bacteria/mL.

Este criterio alcanza una sensibilidad de 95% y una especificidad de 85%, un valor predictivo de positividad de 88% y un valor predictivo de negatividad de 94% (4).

Para que ocurra infección de vías urinarias bajas debe existir colonización previa del periné con uropatógenos y posteriormente - la entrada de las bacterias hacia la vejiga, aumentando la posibilidad de desarrollo de infección si además existe algún mecanismo local de defecto en el huésped (12).

Bacterias distintas a la flora normal común de la uretra ganan acceso al tracto urinario sometido a sondaje por uno de los siguientes lugares: 1. meato uretral, 2. unión de la porción distal de la sonda porción proximal del tubo de drenaje; y bolsa recolectora.

La infección urinaria es causada por bacterias adquiridas por - la paciente de varias fuentes. Los microorganismos que normalmente habitan la uretra o la piel uretral pueden entrar a la vejiga después de la inserción de la sonda vesical. Muchos patógenos del tracto urinario incluyendo *Escherichia coli*, *proteus*, *enterobacter*, *Klebsiella*, etc. se pueden encontrar en la flora colónica normal y estos organismos pueden ganar acceso al tracto urinario en pacientes con sonda. Otros patógenos del tracto urinario tales como *Staphylococcus aureus* no colonizan frecuentemente al colon y son adquiridos probablemente de fuentes extrínsecas.

La contaminación cruzada de sondas vesicales (transmisiones pasiva de bacterias de pacientes a pacientes por manos del personal

del hospital). Es una forma importante de transmisión de microrganismos. Las bacterias pueden alcanzar al paciente por otras fuentes extrínsecas. Tales como soluciones antisépticas contaminadas, cistoscopios mal esterilizados, solución para irrigación no esteril.

Existe una entidad denominada síndrome uretral agudo que puede tener etiología infecciosa, irritativa o traumática, factores todos encontrados en el postoperatorio de la colpovesiculosuburetroplastia(4).

Se ha demostrado un decremento importante en el número de infecciones de vías urinarias postoperatorias mediante el empleo de antibióticos apropiados tanto en el periodo preoperatorio como en el postoperatorio, concordando los hallazgos de varios autores extranjeros con la casuística nacional (de la Cruz y col.(4)). Ya que en una tercera parte de las pacientes ameritó un segundo tratamiento a pesar de que la sintomatología indicaba infección urinaria del tracto bajo.

La frecuencia de infección urinaria asociada al empleo de sonda de Foley no puede ser eliminada, sin embargo, mediante el empleo de técnicas adecuadas, en la inserción y cuidado de la sonda de Foley y del mantenimiento de un sistema cerrado de drenaje, su frecuencia se verá disminuida disminuyendo así el riesgo potencial de infección sistémica por gérmenes gram negativos.

HIPOTESIS

10.-

Si la utilización de la sonda de foley en el postoperatorio de — colpovesicosuburetroplastia, aumenta la incidencia de infección de vías urinarias y días de estancia intrahospitalaria; comprobado — por estudios. Entonces, el no utilizarla en el postoperatorio de — colpovesicosuburetroplastia, nos reduciría la morbilidad infecciosa y la estancia intrahospitalaria de las pacientes y aceleraría su recuperación .

OBJETIVO

El objetivo de este estudio, es demostrar que la no utilización -- de sonda de foley en el postoperatorio de la colpovesicosuburetro plastía disminuye la contaminación, la morbilidad infecciosa y mejora la conducta médica, protejiendo la salud de las pacientes y -- la economía del medio hospitalario.

MATERIAL Y METODOS

En el Hospital General "Tacuba" ISSSTE. Dentro del Servicio de - Ginecología, del 1o. de Mayo al 30 de Octubre de 1988, se admitie - ron a 30 pacientes con diagnóstico preoperatorio de cistocèle gra - do II con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

La selección de los casos tributarios de cirugía se basó en :
 1o. Urocultivo negativo
 2o. Pacientes no complicadas

Las 30 pacientes postoperadas de colpovesicosuburetroplastia - se les retiró la sonda de foley en el postoperatorio inmediato. Se reinstaló la sonda de foley, si presentaban retención urinaria agu - ña, a las 8 y 10 horas posterior al procedimiento. Permaneciendo en el hospital en promedio tres días con sonda de foley permanente ; dando de alta a los dos días a las pacientes que no hicieron re - tención urinaria aguda, por mejoría con previos ejercicios vesica - les.

Las pacientes egresadas del Servicio se les citó a los 15 días a la consulta externa de Ginecología o con frecuencia mayor en ca - so de ameritarlo. En la visita se solicitó urocultivo de control, y exámen general de orina y se investigó la presencia de sintomato - logía sugestiva de infección de vías urinarias.

En caso de urocultivo positivo se dió tratamiento con cifras - de 100,000 col/ML de Escherichia coli o con cuentas menores si a - demás existía sintomatología sugestiva de infección urinaria .

El tratamiento se administró basados en la experiencia clínica

I3.-

y susceptibilidad del microorganismo aislado y de la disponibilidad de antibióticos en el cuadro básico de medicamentos del Instituto .Para los pacientes que ameritaron un segunda tratamiento, se te se eligió conforme la experiencia clínica del Servicio .

RESULTADOS

De las 30 pacientes estudiadas, 23 (76.6%) presentaron retención urinaria aguda a las 8 y 10 horas del postoperatorio, reinstituyéndose la sonda de foley. El (86.9%) permaneció en el Hospital con sonda de foley tres días; el (8.6) cuatro días y (4.5%) seis días (Tabla I y 2).

El (23.4%) de los casos que no hicieron retención urinaria permanecieron únicamente dos días en el Hospital. (tabla 3) .

Del total de operaciones se encontraron 10 casos de infección urinaria en el postoperatorio tardío asociada al empleo de sonda de foley (33%) tabla 4 .

En los 10 pacientes se aisló un sólo germen, con cuenta de más de 100,000 col/ml (tabla 5) .

La sintomatología predominante fue la disuria, polaquiuria -- tenesmo y urgencia urinaria, lo que dió cuadro sugestivo de infección urinaria de las vías bajas. (tabla 6) .

La infección urinaria en el postoperatorio de colpovegículo- suburetroplastía se presentó entre los días 7 y 40 .

La edad de las pacientes era entre los 33 y 55 años, con promedio de 40 años (tabla 8); el cistoureterocele grado II se presentó en (96.5%), el grado I (3.5%) (tabla 9); la incontinencia urinaria de esfuerzo: leve (10%), moderada (50%) y grave (40%). (Tabla 10) .

Tabla I

RETENCION URINARIA POSTOPERATORIA COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA FRECUENCIA EN EL PROCEDIMIENTO		
No. cirugías	R.U.	Porcentaje
30	23	76.6
Total	23	76.6

Tabla II

HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA		
No. Pacientes	Tiempo permanencia (dias)	Porcentaje
20	3	86.9
2	4	8.6
1	6	4.5
23		100.00

Tabla III

NO RETENCION URINARIA POSTOPERATORIA COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA		
No. pacientes	tiempo permanencia (dias)	porcentaje
7	2	23.4
7		23.4

Tabla IV

INFECCION URINARIA POSTOPERATORIO COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA FRECUENCIA EN EL PROCEDIMIENTO		
No. cirugias	IVU	porcentaje
30	10	33
30	10	33

Tabla V

INFECCION URINARIA POSTOPERATORIA
COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA
ESTUDIO DE ORINA

Microorganismo	No. estudios positivos
Escherichia coli	10
Total	10

Tabla VI

INFECCION URINARIA POSTOPERATORIA
COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA

Sintomatología	Más frecuente	Porcentaje
Disuria	10	33
Urgencia	6	20
Pólaquiuria	4	13
Tenesmo	3	10
Fiebre	3	10
Lumbalgia	2	7
Piuria	2	7
Total		100%

Tabla VII

INFECCION URINARIA POSTOPERATORIA
COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA

TRATAMIENTO		
Antimicrobiano	Tx primario	Ts. secundario
Acido nalidixico	5	2
Gentamicina	3	2
Nitrofurantoína	2	1
Total	10	5

Tabla VIII

EDAD	NO. DE PACIENTES	%
31 -40	10	33.3
41 -50	12	40.0
51-60	7	23.3
61 - 70	1	3.4
Total	30	100.0 %

Tabla IX

POSTOPERATORIO COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA
CISTOCELE PREOPERATORIO

GRADO	NO. CASOS	PORCENTAJE
I	I	3.5
II	29	96.5
III	-	-
TOTAL	30	100.00%

Tabla X

POSTOPERATORIO COLPOVESICO-SUBURETROPLASTIA
INCONTINENCIA URINARIA PREOPERATORIA

TIPO	NO. CASOS	PORCENTAJE
L	3	10
M	15	50
G	15	40
TOTAL	30	100%

CONCLUSIONES

En nuestro estudio a manera de conclusiones encontramos las siguientes:

1.- La utilización de sonda de foley en el postoperatorio de colpovesicosuburetroplastia resultó ser útil. En nuestro estudio observamos retención urinaria aguda en el 76.6% de las pacientes.

2.- Debido al empleo de sonda de foley a permanencia en el postoperatorio de la colpovesicosuburetroplastia, estas pacientes se encontraron propensas a la adquisición de infección de las vías urinarias. Encontrando una frecuencia en el procedimiento de 10 pacientes (33%). El microorganismo aislado por frecuencia fue la *Escherichia coli*.

3.- La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 40 años.

4.- La sintomatología encontrada en forma decreciente fue la siguiente: disuria, urgencia, polaquiuria, tenesmo, fiebre, lumbalgia y piuria.

5.- En 10 casos, el urocultivo fue positivo a más de 100,000 col/mL de *E. coli*.

6.- Ante la presencia de sintomatología, se inició tratamiento con antimicrobianos, básicamente se utilizaron tres medicamentos; ácido nalidíxico, gentamicina y nitrofurantoina con retratamiento en el 40% de los casos.

7.- Las pacientes que no utilizaron sonda de foley el 23.4% egresadas del Servicio de Ginecología a los dos días sin presentar infección postoperatoria tardía. En comparación con el 76.6% que se les reinstaló la sonda de foley con permanencia en el hospital de tres días en el 86.9%; de cuatro días en el 8.6% y de seis días en el 4.5% de los casos; tiempo que permanecieron con sonda de foley las pacientes.

COMENTARIO

Dado lo anterior y entrando en el terreno de los comentarios, hay que hacer mención inicialmente que nuestro estudio nos da información acerca de la necesidad de la utilización de la sonda de foley y de aumento en la frecuencia de infección de las vías urinarias en las pacientes postoperadas de colpovesicosuburotroplastia, así como del seguimiento y tratamiento de todas las pacientes sometidas a este procedimiento. Con base en esto, pensamos que nuestro trabajo aunque modesto aporta los siguientes comentarios:

1.-El lugar más afectado por las infecciones intrahospitalarias es el tracto urinario sometido a sondeo vesical.

2.-Debido al empleo de sonda de foley a permanencia en el postoperatorio de la colpovesicosuburotroplastia, estas pacientes se encuentran propensas a la adquisición de infección de vías urinarias .

3.-La frecuencia de infección en las pacientes sometidas al sondeo vesical a permanencia se incrementa conforme aumenta el tiempo de permanencia de la sonda, lo cual se ve confirmado por los hallazgos obtenidos en donde el 76.6% se mantuvo con sonda de foley por 72 horas en promedio desarrollando la infección el 33% de las pacientes en comparación con el grupo no sometido a sondeo vesical (23%).

4.- El seguimiento estricto de procedimiento adecuado de control es necesario si se quiere reducir la incidencia y las secuelas de la infección asociadas al empleo de sonda de foley .

5.- Es necesario que el procedimiento quirúrgico, realizado por diversos cirujanos, se obtenga un mismo criterio del manejo de la sonda de foley en las pacientes postoperadas de colpovesicosuburotroplastia; utilizando el tiempo más corto, de dos días, evitando además el trauma y edema de la uretra .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abrams MS, Paul Frcs. Consultant Urologist. Department of Urology, Southmead Hospital. Westbury-on-Trym, Bristol BS10 5NB. Interamericana, Urología Ginecológica 2. 1985.
- 2.- Astorquiza, J. y col: Cistouretropexia de Pereyra en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Rev. Chil Obstet Gynecol 41:353-360 . 1976 .
- 3.- Child SJ Well. Mirelman S: Antibiotic prophylaxis for genito urinary surgery in community hospitals. J Urol 130-305-308-1983.
- 4.- De la Cruz y cols. Infección de vías urinarias en el postoperatorio tardío de cistouretropexia. Ginec Obstet Mex. 56 : 51-56. 1988.
- 5.- Daifuku R. Stamm V: Association of rectal and urethral colonization with urinary tract infection in patients with indwelling catheters. JAMA 252:2028-2030:1984.
- 6.- Iris de la Cruz y col: Cistouretropexia retropública en incontinencia urinaria de esfuerzo. II Operación de Pereyra modificada. Ginec Obstet Mex, 54:329-337:1986.
- 7.- Lee RA, Symmonds RE, Goldstein RA: Surgical complications and results of modified Marshall-Marchetti-Krantz procedure for urinary incontinence. Obstet Gynecol 53:447-450:1979.
- 8.- Peña S MS y col: Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. III. Operación de Burch. Ginec Obstet Mex, 56:39:44:1988.
- 9.- Powell LC: Retropubic uretrocistopexy: vaginal approach. amJ Obstet Gynecol 140:91-98:1981.
- 10.- Parnell JR. Marshall VF, Vaughan D: Primary management of uri-

mary stress incontinence by the Marshall-Marchetti-Krantz vesico-uretroplexy. J. Urol 127:679-682. 1982.

- 11.- Pereyra A. Lebhertz TB, Growdon WA: Pubourethral support in - perspective: codified Pereyra procedure for urinary incontinence. Obstet Gynecol: 59:643:648:1982.
- 12.- Roy M. Pitkin, MD. Citugía ginecológica en el paciente de edad avanzada. Clínicas Ginecológicas de Norteamérica 2:586-588: 1986 .
- 13.- Sahagún Q. JA. y col: Incontinencia urinaria de esfuerzo. Ténica vaginal modificada por tunelización. Ginec Obstet Mex - 55:149:155-1987.
- 14.- Stamm W. Wagner KP, Amsel R y col: Causes of the acute ure - - thral syndrome in women. N Eng J Med 303:409-414.
- 15.- Stamm W: Guidelines for prevention of catheter-association urinary tract infection. Ann Intern Med 82:386-390. 1975.
- 16.- Villalobos RM y col: Uretrocistopexia retropúbica por vía - vaginal. Informe preliminar. Ginec Obstet Mex, 54:311-315:1986
- 17.- Wade JC, Schimff SC, Newman KL y col: Staphylococcus epidermidis an increasing cause of infection in patients with granulocytopenia. Ann Intern Med. 97:503-508:1982.