



UNIVERSIDAD NAI
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado e Investigación
Hospital General "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

MANEJO DE LA SONDA FOLEY DURANTE EL POSTOPERATO-
RIO DE CIRUGIA VAGINAL EN EL SERVICIO DE GINE-
COLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO.

T E S I S

Que para obtener el Título en la Especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DR. CARLOS HECTOR BUSTOS MORALES



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

Noviembre 1989



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

INTRODUCCION	1
OBJETIVO	4
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS.....	6
ANALISIS.....	15
CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	17

INTRODUCCION.- Los cuidados postoperatorios de la vejiga en pacientes operadas para corregir incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.) son muy importantes, ya que ayudan en parte al éxito o fracaso de la misma.

Estos cuidados implican; el grosor de la sonda, ya que sondas muy gruesas pueden edematizar la mucosa de la uretra provocando secundariamente y en forma independiente del tipo de esquema de manejo de la misma, una retención aguda de orina.

El drenaje sin obstáculos (torciones, obstrucciones de cualquier tipo), son de suma importancia para el resto del éxito de la cirugía.

Señalamos de igual manera que al colocar la sonda ésta debe encontrarse en buen estado (probar el globo y permeabilidad de la sonda, previa a su colocación); para evitar el cambio repetido de la misma, ya que ésta es una de las principales causas de infección de vías urinarias.

Los esquemas que implican medición de orina residual es necesario hacerlo, inmediatamente después de la micción, de lo contrario este parámetro no es confiable.

Debemos informar a la paciente después de retirar la sonda, de los cambios en frecuencia y cantidad de la micción-dolor y secreción vaginal que podrán durar de 15 días a dos meses, tiempo necesario para que desaparezca la cistitis y cicatrización.

Todos los conceptos deben ser plenamente conocidos tanto por el residente como por el médico adscrito.

El hecho de que el manejo de sonda varíe según la institución y cirujano, nos motivó a realizar éste estudio comparativo entre dos esquemas, manejados en el servicio de ginecología y obstetricia de nuestro hospital.

A.- Dos días sonda abierta a permanencia y tercer día pinzamiento, así como el cuarto y retiro de la misma.

B.- Sonda abierta a permanencia 48 horas, retiro de la misma, en los dos esquemas se mide la orina residual.

El manejo de la I.U.E. tiene diferentes técnicas quirúrgicas a través de la historia y también diferentes cuidados de la sonda.

La aplicación original de Kelly fué descrita en 1911 y continúa vigente hasta la actualidad (1,5)

Kelly tiene el gran mérito de haber identificado los déficits anatómicos exactos de los mecanismos de sostén de la uretra posterior que ocasionan I. U. E. (1,5)

En el 20% de las pacientes que presentaron Kelly Dumm en 1914 no se obtuvo ninguna mejoría (la mayoría de ellas habían sido operadas previamente) 5.

Históricamente la operación de Kelly fué y sigue siendo elegida como tratamiento quirúrgico primario de los casos en que se demuestra relajación músculo-aponeurótica como consecuencia de el parto, esta técnica incluye sonda vesical con pinzamiento (1).

AMBROSIO PARE recomendaba las dilataciones uretrales en el tratamiento de lo que él llamaba carnosidades de la uretra (2).

En 1836 LEROY D ETIOLLIES (1789-1860) inventó candelillas de goma con una pequeña esfera en la extremidad interna (2), esto ha evolucionado hasta llegar al importante progreso con sondas de caucho galvanizado inventadas por AUGUSTO NELATON (1807-1873), (2) como sabemos éstas sondas fueron utilizadas cerca de un siglo; particularmente para vaciar la vejiga ya que tenían un canal y eran de varios tamaños.

Como es de esperar aparecen nuevas técnicas para corregir la I. U. E. tales como la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz la cual no ha variado desde su descripción en 1949 (6), en ésta técnica también se usa sonda foley con pinzamiento; además de su bajo índice de complicaciones y su sencillez, ésta es la operación de uretropexia retropubiana de elección para muchos cirujanos (10, 9).

En 1959 se describe la técnica de Pereyra (7) la cual aporta un beneficio adicional para la corrección de la I. U. E., y también utiliza la sonda foley con pinzamiento.

Actualmente existe una técnica denominada de Stamey (8) descrita por un ginecólogo Uruguayo, que también tiene la utilización de la sonda foley con pinzamiento.

MATERIAL Y METODOS.- Se incluyen 40 pacientes operadas por I. U. E. con técnica de Kelly, en el servicio de ginecología y obstetricia de el Hospital Dr. Darío Fernández Fierro, 20 se manejaron con pinzamiento, las restantes con el esquema de sonda sin pinzamiento.

Se contó también con la ayuda de los médicos adscritos a el servicio de ginecología.

Se utilizaron los expedientes correspondientes, medicamentos como la fenazoperidina y ácido nalidixico, sonda foley No. 16 y globo 5, material de laboratorio para efectuar los urocultivos y exámenes generales de orina, también se contó con la colaboración de el personal de enfermería, para la vigilancia de problemas de micción al retirar la sonda foley y administración oportuna de los medicamentos.

La orina residual se midió inmediatamente post-micción y se les vigiló por espacio de 12 horas independientemente que la orina residual fuera más de 100 cc o menor.

Solamente se manejaron pacientes con examen general de orina normal antes de la intervención, a todas se les practicó urocultivo post-retiro de sonda, se excluyeron también las pacientes con procesos recidivantes.

RESULTADOSGRUPOS DE EDADES
SONDA CON PINZAMIENTO

EDAD	No. PACIENTES	%
30-35	5	25
36-40	7	35
40-45	4	20
46-50	1	5
51-55	1	5
56-60	2	10
TOTAL	20	100

SONDA SIN PINZAMIENTO

EDAD	No. PACIENTES	%
30-35	0	0
36-40	7	35
40-45	8	40
46-50	2	10
51-55	2	10
56-60	1	5
TOTAL	20	100

(8)

MANEJO DE UROCULTIVO POST-RETIRO DE SONDA

URCULTIVO	No. CASOS	%
ANORMAL (escherichia coli)	1	2.5
NORMAL	39	97.5
TOTAL	40	100

CUADRO NO. 3

ORINA RESIDUAL
SONDA CON PINZAMIENTO

ORINA RESIDUAL	NO. CASOS	%
20-100 cc	17	85
100-140 cc	3	15
TOTAL	20	100

CUADRO NO. 4

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SONDA SIN PINZAMIENTO

ORINA RESIDUAL	No. CASOS	%
20-100 cc	18	90
100-140 cc	2	10
TOTAL	20	100

CUADRO NO. 5

EGRESOS CON SONDA DEBIDO A DIFICULTAD PARA
MICCIONAR Y RETENCION URINARIA.

SONDA	No. CASOS	%
EGRESA CON SONDA.	3	15
EGRESA SIN SONDA	17	85
TOTAL	20	100

CUADRO NO. 6

SONDA SIN PINZAMIENTO

SONDA	No. CASOS	%
EGRESA CON SONDA	2	10
EGRESA SIN SONDA	18	90
TOTAL	20	100

CUADRO NO. 7

La edad y el uso de las sondas no tienen ninguna relación (cuadro 1 y 2).

Reportamos un urocultivo positivo con escherichia coli, que representa el 2.5% de nuestro total con el 97.5% de normalidad que representan 39 pacientes, cuadro 3.

En el servicio de Uroginecología Hospital de Gineco-obstetricia Centro Médico Occidente IMSS, Guadalajara Jalisco, se reporta un porcentaje de infección urinaria de el 33% (4) y en el estudio realizado en el Hospital de Gineco-obstetricia IMSS No. 1 14 casos de infección y la más alta con escherichia coli (3).

De las pacientes manejadas con pinzamiento de sonda foley, 17 presentaron orina residual entre 20-100 cc representando un 85 % y solamente 3 entre los 100-140 cc, correspondiendo a el 15 %, entre las pacientes manejadas con sonda sin pinzamiento de 20, 18 resultaron con orina residual de entre 20-100 cc, dándonos un porcentaje de el 90 % y solamente dos pacientes con orina residual de 100-140 cc que nos representó un 10 % (cuadro No. 4 y 5).

En los estudios realizados en Guadalajara, Jalisco (4) y México D.F. (3) toda paciente que tuviera más de 100 cc de orina residual se le instalaba sonda foley, nosotros también lo efectuamos pero observamos por espacio de 12 horas su micción.

En el grupo de pacientes manejados con pinzamiento solamente se egresaron 3 con sonda, lo cual representó el 15% se egresaron 17 sin sonda que representó el 85%.

Por el contrario con el esquema de sonda sin pinzamiento solamente se egresaron 2 pacientes, que representan el 10% y 18 que no ameritaron la colocación de sonda 90% en comparación con los estudios mencionados, el de Guadalajara Jalisco (4) y México D.F. (3) fue mínimo de retención y dificultad para miccionar. Cuadros (6 y 7).

ANALISIS

1.- nuestro promedio de edad no varió con respecto a otros estudios.

2.- El esquema de antibióticos profilácticos, ácido nalidixico y la fenazoperidina disminuye el índice de infección postoperatoria hasta llevarlo a un 2.5% mejorando sustancialmente los estudios comparativos.

3.- La sonda que se maneja por más de 48 horas puede dar infección de vías urinarias aún con esquema de antibióticos profilácticos.

4.- La orina residual se debe medir postmicción inmediatamente para obtener un valor real y un parámetro confiable.

5.- Después de el retiro de sonda y medición de la orina residual toda paciente que tenga más de 100 cc de orina residual debe ser egresada con sonda foley.

6.- La sonda manejada con pinzamiento presenta más pacientes con retención urinaria.

CONCLUSIONES

El presente trabajo demostró que efectuando un manejo con antibióticos profilácticos; sonda sin pinzamiento y una buena valoración preoperatoria clínica; junto con la realización de exámen general preoperatorio de orina nos da pauta a comprobar que es la mejor rutina de manejo para nuestra sonda foley, y de ésta manera reducimos las molestias a la paciente y el día-cama en beneficio de nuestro servicio; sin olvidar que a toda paciente se debe medir orina residual postmiccional.

Cabe finalizar que el presente trabajo sirva para una norma a seguir en nuestro servicio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LINDES T.E. OPERATIVE GINECOLOGY, 6a Edición
Editorial El Ateneo. Págs. 2-10
1988.
- 2.- VILLANUEVA A. HISTORIA DE LA MEDICINA Y DESARROLLO DE
LA MEDICINA UROLOGICA EN LOS PAISES OCCIDENTALES.
3a. Edición. Editorial UNAM Págs. 90-95 113-117
120-123. Abril 15, 1986.
- 3.- DELGADO URDAPILLETA. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
EN LA MUJER. RUTINA DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO.
Rev. Mex. Urolog Vol. 27 (1).
Págs. 3 - 17
enero-febrero 1967.
- 4.- FLORES CARRERA OSCAR ESTUDIO COMPARATIVO DE DIVERSOS
METODOS DE DRENAJE VESICAL.
Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 56
Págs. 315-318 Noviembre 1988.
- 5.- KELLY H.A. . INCONTINENCE OF URINE IN WOMAN
Urol and Cutan 17:291.
1913.
- 6.- MARSHALL V.F. MARCHETTI AA . KRANTZ K.E.
THE CORRECTION OF STRESS INCONTINENCE BY SIMPLE VESICourethRAL
SUSPENSION.
Surg. Gynecol. Obstet.
88:509
1949

- 7.- PEREYRA A.J. SIMPLIFIED SURGICAL PROCEDURE FOR THE
CORRECTION OF STRESS INCONTINENCE IN WOMAN.
West. J. Surg. 67: 223
1959.
- 8.- STAMEY I.A. RECURRENT URINARY INFECTIONS IN ADULT
WOMAN THE ROLE OF INTROITAL ENTEROBACTERIA.
Calif. Med. 115: 1
1971.
- 9.- DIOKO A.C. BROCK B.M. PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE
AND OTHER UROLOGICAL SYMPTOMS IN THE INSTITUTIONALIZED
ELDERLY J.
Urology 136: 1022
1986.
- 10.- SOLOMS E.J. BAUMAN PYELOGRAFIC STUDY OF URETERIC INJURIES
SUSTAINED AFTER HYSTERECTOMY FOR BENING CONDITONES
SURG.
Gynecolog. Obst. 3:411-48
1960.