

11217  
73  
2.2.2



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECO OBSTETRICIA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

## "INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO"

COMPARACION DE CUATRO METODOS  
DE CISTOURETROPExIA.  
SEGUIMIENTO DE DOS AROS.

### TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

**GINECO OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

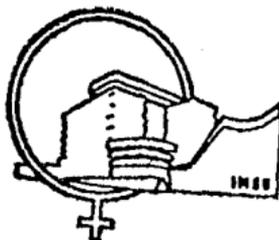
**DR. HUMBERTO B. LELEVIER RICO**

ASESOR: DR. SEBASTIAN IRIS DE LA CRUZ



INSTITUTO MEXICANO  
DE ENSEÑANZA  
Y CIENTIFICAS  
"LUIS CASTELAZO AYALA"  
MEXICO, D.F. I.M.S.S.

1988



Vobu- H

FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## C O N T E N I D O

	PAGS.
- Introducción . . . . .	1
- Historia . . . . .	4
- Definición . . . . .	6
- Objetivo . . . . .	8
- Material y Métodos . . . . .	9
- Resultados . . . . .	14
- Discusión . . . . .	21
- Conclusiones . . . . .	22
- Bibliografía . . . . .	24

## INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

## Comparación de cuatro métodos de Cistouretropexia

## Seguimiento de dos años

## INTRODUCCION.

Pocos temas en el campo de la medicina han recibido tanta atención y concentrado tan diversos puntos de vista sobre: Etiología, Diagnóstico y Tratamiento, como las alteraciones de la micción: específicamente, la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. (6)

Con más de 100 procedimientos quirúrgicos disponibles para el tratamiento de este defecto anatómico, no existe un procedimiento quirúrgico ideal que permita la corrección de ésta alteración. Se ha utilizado la vía vaginal, abdominal o la combinada. Asimismo se han empleado múltiples elementos de sutura y fijación. (11)

La mayoría de los autores, (1,2,28) concuerdan que con el advenimiento de las pruebas urodinámicas es posible describir casos en donde la etiología de la incontinencia urinaria no es anatómica y requieren tratamiento médico. En las últimas décadas parece existir el consenso de que se obtienen mejores resultados con las técnicas suprapúblicas que fijan la unión uretrovesical y el tercio proximal de la uretra a la cara posterior del pubis. Asimismo, todos los investigadores (14,18) concuerdan en que para hablar de un determin

nado porcentaje de éxitos o fracasos, se requiere de un período de seguimiento mínimo de dos años.

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) es una entidad que ha sido objeto de estudio permanente. En las últimas dos décadas se ha logrado un avance en el conocimiento de la fisiología de la micción y de las alteraciones responsables de la misma. La nueva tecnología ha permitido la exploración de la contracción del músculo detrusor, que junto con la medición de las presiones intravesical, uretral y tisular ha permitido diferenciar la IUE por alteraciones anatómicas, de la disinergia del detrusor. Se han establecido básicamente dos entidades responsables de la IUE y que requieren tratamiento específico: a) La inestabilidad del detrusor y b) las alteraciones anatómicas con descenso del cuello vesical, que producen la incontinencia de esfuerzo genuina.(9)

Una vez identificada esta última, o excluida la participación de la primera en la génesis de la incontinencia, el tratamiento es quirúrgico.

Los objetivos que los distintos procedimientos persiguen básicamente son:

a) La elevación del cuello vesical y de la uretra proximal, para que queden dentro de la zona de presión intraabdominal.

b) Reforzamiento del cuello de la vejiga para prevenir su distensión y apertura durante los períodos de aumento de

la presión intraabdominal.

c) Mejorar el mecanismo de esfínter.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es encontrada comunmente en la edad media de la mujer con debilidad del piso pélvico. El mecanismo de esfínter intrínseco en la mujer está constituido por el músculo liso de la uretra y el esfínter voluntario estriado situado alrededor del segmento-medio uretral. Este mecanismo intrínseco depende indirectamente de la integridad de todo el piso pélvico el cual provee soporte adecuado en la posición normal y permite un rango limitado de movilidad cuando aumenta la presión intraabdominal. Estudios fisiológicos extensos revelan que en casos de incontinencia urinaria de estress pura, el mecanismo de esfínter intrínseco está absolutamente intacto pero su suficiencia está menoscabada debido a una debilidad en el soporte y un concomitante exceso de movilidad, posición anormal o ambas.

Se ha sugerido que la resistencia elástica pasiva ofrecida por la pared uretral es el factor aislado más importante que rige el cierre del cuello vesical y uretra proximal en la mujer continente.

## HISTORIA.

El término Incontinencia Urinaria de Esfuerzo fué empleado por primera vez por Sir Eardley Holland, y se indicaron las primeras recomendaciones para su tratamiento en 1864 por Baker Brown.

El tratamiento médico consistía en una serie de manobras que incluían baños de pies en agua fría, duchas hipogástricas frías, baños aromáticos y duchas vaginales. Schatz sugirió la aplicación de inyecciones de agua esteril en la teca espinal y en el espacio epidural. El primer procedimiento quirúrgico aunque no estaba dirigido contra la pared vaginal anterior o la uretra fué sugerido por Neveu en 1880 quien recomendó la ligadura del prepucio del clitoris y el pintado del meato uretral con colodium. En 1900, se recomendaron gran variedad de operaciones e incluyendo la escisión de diversas porciones de la pared vaginal. Hacia 1901 Kelly describió el fruncimiento del cuello vesical. En 1914 Kelly y Dumm describieron una operación usando plicatura del tejido parauretral para estrechar el lumen uretral, apretando las fibras del "esfinter" y elevando el cuello vesical. Ellos reportaron una tasa de curación de hasta 80%. Después de casi 50 años el procedimiento de Kelly permaneció con algunas modificaciones como la operación más comunmente usada por ginecólogos. Durante las últimas dos décadas ha sido aparente que la colporrafia anterior, por sí misma, puede no siem-

pre alargar la uretra, elevar el ángulo uretrovesical posterior arriba del diafragma pélvico o devolver a la uretra proximal a su posición intraabdominal, en la forma como lo hacen los procedimientos de cistouretropexia repropública.

Aunque hay una escasez de estudios a largo plazo del procedimiento de Kelly, se ha implicado que la tasa de éxito por algunos ginecólogos no es mayor de 60-70% (20). Otros autores han desarrollado técnicas completamente diferentes para corregir el problema. Marshall, Marchetti y Krantz, en 1949 (12) reportaron un procedimiento abdominal de cistouretropexia retropública la cual ha tenido mucho éxito y altas tasas de curación. (11,13).

También Pereyra en 1959 (16) desarrolló una cistouretropexia retropública por vía vaginal y, después de modificaciones los resultados a largo plazo han sido tan efectivos (17,18,8) como el procedimiento de Marshall-Marchetti-Krantz (M.M.K.). Burch en 1961 (3) publicó su técnica de fijación uretrovaginal al ligamento de Cooper para corrección de incontinencia urinaria, cistocele y prolapso. Powell en 1981 reportó una modificación de la clásica operación de MMK la cual incluía la suspensión de la unión uretrovaginal al pubis por vía vaginal. (19).

**DEFINICION.**

Para estandarizar las variaciones en la nomenclatura, el comité internacional sobre continencia ha producido las siguientes definiciones de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. (5).

La Incontinencia Urinaria es un trastorno en la cual la expulsión involuntaria de orina constituye un problema social o higiénico y que puede ser demostrada objetivamente. La salida de orina por conductos distintos a la uretra constituye la incontinencia extrauretral. La pérdida de orina puede estar asociada con el ejercicio o sea la incontinencia de esfuerzo o bien puede obedecer a otras causas.

La Incontinencia de Esfuerzo denota:

- a) Un síntoma
- b) Un signo
- c) Una condición

El Síntoma "Incontinencia de Esfuerzo" indica que la mujer afirma expulsar involuntariamente orina cuando realiza algún ejercicio físico.

El Signo "Incontinencia de Esfuerzo" denota la observación de la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra inmediatamente después de un incremento de la presión abdominal.

La Condición "Incontinencia de Esfuerzo Genuina" implica

la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesi-  
cal excede la presión uretral máxima en ausencia de activi-  
dad del detrusor. Es un trastorno en el cual se produce des-  
censo anormal de la uretra proximal cuando aumenta la pre-  
sión intraabdominal, como ocurre al toser o hacer esfuerzo.-  
Como la uretra proximal desciende el incremento de la pre --  
sión abdominal no se transmite por igual a vejiga y uretra.-  
La presión intravesical resulta mayor que la intrauretral y-  
se produce escape de orina. El propio esfinter es relativa -  
mente normal, lo que pasa es que no puede resistir\_los efec-  
tos de una presión aumentada. Por este motivo casi todas las  
intervenciones quirúrgicas destinadas a evitar el descenso -  
de la uretra proximal suelen dar buen resultado y logran la-  
curación.

**OBJETIVO.**

Mostrar la experiencia del Hospital Luis Castelazo Ayala con la utilización de las técnicas de Powell, Marshall -- Marchetti-Krantz, Pereyra modificada y Burch; así como establecer la efectividad de las mismas en el tratamiento de las pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo genuino, en un período de seguimiento mínimo de dos años.

## MATERIAL Y METODOS.

En el Hospital Luis Castelazo Ayala del IMSS funciona - un módulo de IUE y trastornos de la estática pélvica genital (TEPG) dentro del servicio de ginecología.

Del 16 de febrero de 1984 al 30 de julio de 1987 se ope- raron 643 pacientes. Todas las enfermas fueron captadas en - una hoja de captación de datos especiales (fig. 1).

La metodología y estudio se basó en: (fig. 2)

1. Exámenes básicos, urocultivo estudio de secreciones- genitales y citología vaginal. Si algunos de los estudios - resultaba positivo se daba tratamiento hasta lograr la nega- tización del mismo.

2. Datos de incontinencia urinaria de esfuerzo (tos, ri- sa, estornudo, cambio de posición, etc.), que constituyera - para la enferma un problema social (requiriera protección - continua) o higiénico con irritación vulvar o mal olor y que en la exploración se demostrara:

- a) Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, teniendo la veji- ga llena parcialmente.
- b) Descenso del cuello vesical con el esfuerzo.
- c) Prueba del Q-tip positiva. Normalmente en decúbito - dorsal.

La introducción de un hisopo (Q-tip) en la uretra tiene una dirección horizontal y en el esfuerzo de pujo se eleva - sin rebasar los 30° sobre la horizontal. Si lo hace, la prue- ba se considera positiva. (15).

## HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS I U E

(Fig.1)

Nombre \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_  
 Inestabilidad del detrusor: Incontinencia de esfuerzo:  
 Enuresis \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ al correr, estornudar,  
 Polaquiuria \_\_\_\_\_ Nicturia \_\_\_\_\_ subir escaleras,  
 Chorro débil \_\_\_\_\_ Goteo posterior cambios de posición  
 Sugestivas de infección: Dismenorrea congestiva,  
 cistitis de repetición, disuria, Dispareunia,  
 incontinencia de urgencia. Dolor pélvico variable.

EXPLORACION

Con vejiga ocupada: Inspección: Incontinencia: Mediata al toser  
 Cistocèle: I Uretrocèle Inmediata al toser  
 II III Protrusión del cuello vesical  
 Rectocèle: I Palpación bimanual, Dolor en:  
 II III Vejiga Trigono  
 Ureter D I Cuello  
 Cuello de vejiga en forma de embudo  
 Calibre uretral: 20 F leve Prueba del Q tip: + -  
 16 F moderada 12 F severa  
 Cistoscopia: Trigonitis Trabeculación Oclusión de cuello: Si No  
 Cistometría: Presión base 15 15 Orina residual: Si No  
 Concentración de detrusor no terminal inhibida.  
 Sensación de urgencia sin contracción de detrusor.  
 Cistouretrografía: \_\_\_\_\_ EGO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Urocultivo: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO

Dilatación: \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Corrección quirúrgica cuello vesical:

Vaginal Abdominal.

Resultados:	BUENO	MEDIANO	MALO
6 meses	_____	_____	_____
1 año	_____	_____	_____
2 años	_____	_____	_____

Complicaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

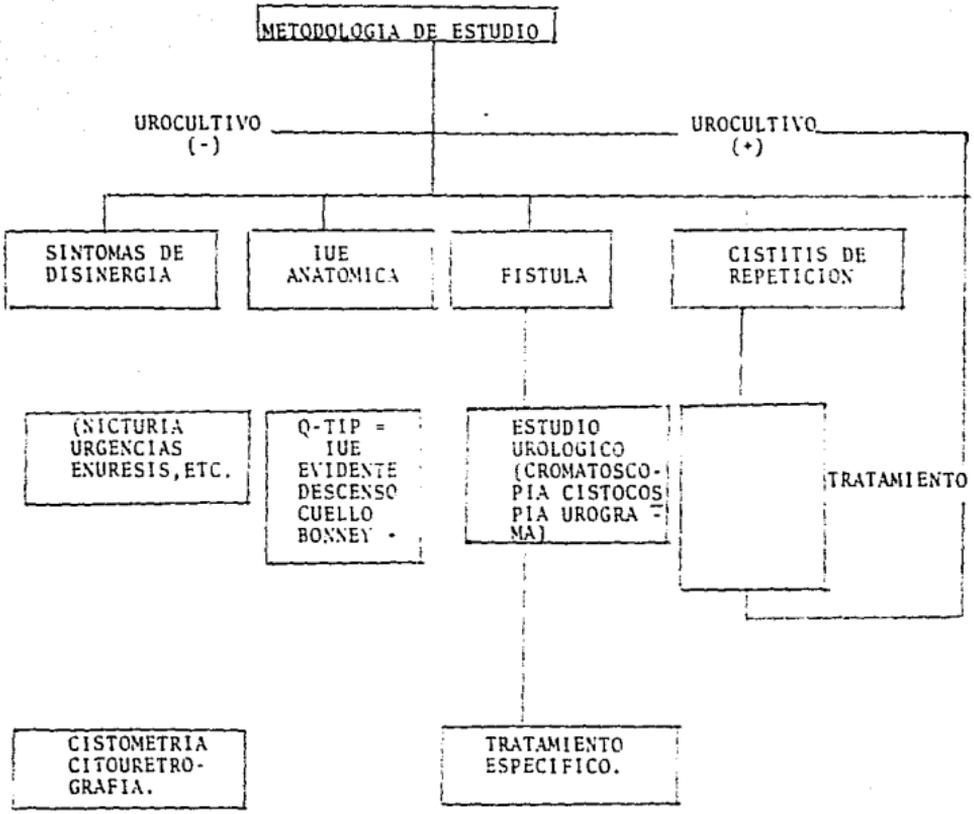


Fig. 2

- d) Prueba de Bonney positiva.
- e) Descenso y ensanchamiento del cuello vesical en el esfuerzo evidenciado por el uretrocistograma de esfuerzo.
- f) En caso de sinstomatología sugestiva de participación de otra etiología (urgencia, nicturia, enuresis incontinencia de urgencia, dificultad para la micción chorro, débil, goteo postmiccional, Q-tip negativo, etc.). Se completa el estudio con medición del calibre uretral, cistoscopia y cistouretrometría.

Para la selección de la técnica quirúrgica se tomaron en cuenta los siguientes datos: (fig.3) a) presencia de alteraciones de la estática pélvica genital. b) Presencia deafección uterina o anexial que ameritara Laparotomía.

La vía vaginal se indicó en los casos de: pacientes con o sin alteraciones de la estática pelvigenital sin patología uterina y en ellos se realizó uretrocistopexia retroúbica por vía vaginal (operación de Powell o Pereyra).

La vía abdominal se indicó en pacientes con patología uterina o anexial que ameritaran laparotomía.

- a) Sin cistocele: operación de MMK
- b) Con cistocele: operación de Burch

En el postoperatorio se dejó sonda vesical por tres días al cabo de los cuales se retira. Si la orina residual es más de 100 ml. o no hay micción espontánea, se instala y se retira siete días después. Se indica ácido nalidixico en tanto tenga la sonda vesical.

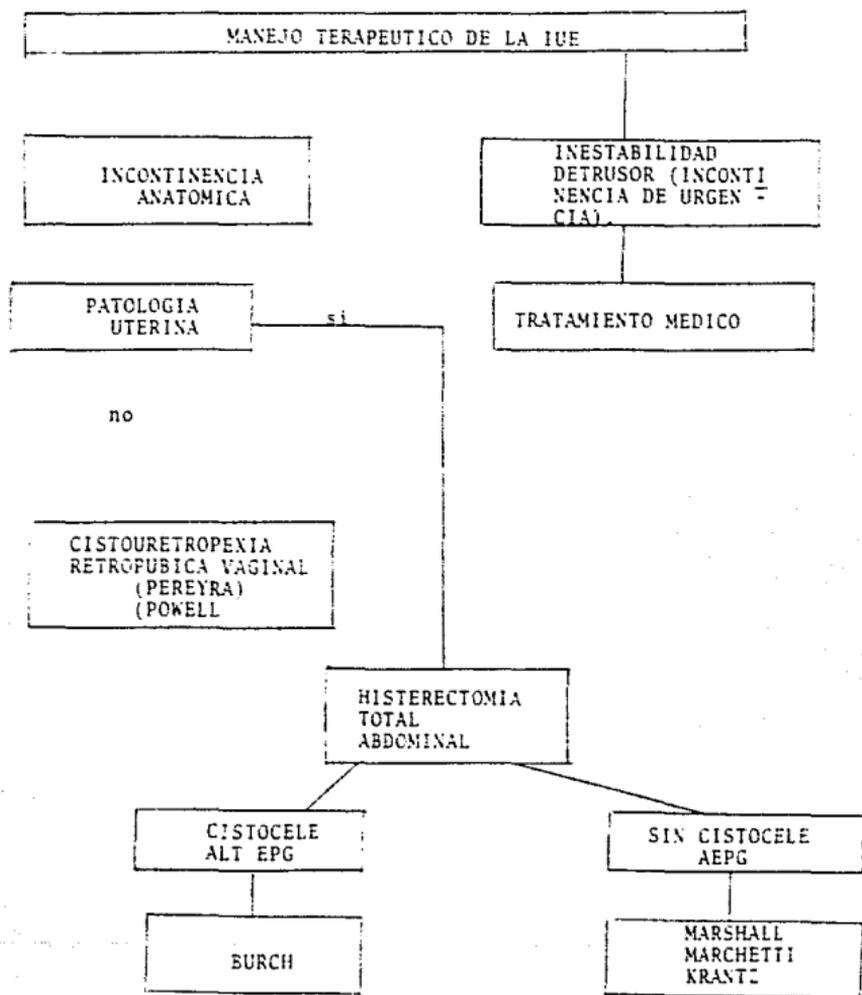


Fig. 3

**RESULTADOS:**

En el período de un poco más de tres años que comprendió el estudio, se realizaron 643 cirugías de cistoureteropexia, 132 de las cuales se excluyeron por diversos motivos como el no acudir al control postoperatorio en consulta externa, o por depuración del expediente por el departamento de archivo clínico.

En total se tienen en control a 511 pacientes de las cuales han completado el período mínimo de seguimiento que se ha propuesto de 2 años, 288 enfermas, 151 correspondieron a la técnica de Pereyra, 68 a la operación de Powell, 47 a la de MMK y 22 a la de Burch (Tabla 1).

Con las operaciones que se obtuvieron las mejores tasas de éxito fué con la de Pereyra de 89.4% y MMK 89.4%. En total se obtuvo una tasa de éxitos con las 4 técnicas de 85%.

El porcentaje global de complicaciones fue de 28.9%, correspondiendo a la técnica de Powell el mayor número hasta de 41.1% y la de MMK con menor morbilidad con una tasa de 25%.

Dentro de la morbilidad se encontró que la más frecuente fue la retención urinaria con un porcentaje global de 12.8%, correspondiéndole a la técnica de Powell el porcentaje mayor, del 17.7% y a la operación de Burch la menor con 10.8% (tablas III, V, VII y IX).

Le siguió en frecuencia la infección de vías urinarias, con un promedio de 8% para las cuatro técnicas, encontrándose en la operación de Pereyra más frecuentemente hasta en un 10.5% y con menor frecuencia con la de Burch en 5.4%.

El 18.4% de los pacientes, egresaron del Hospital en el postoperatorio con sonda, el mayor porcentaje le correspondió a los de la técnica de Pereyra en 31.4% y los de menor frecuencia a los de la operación MMK en 11% (Tablas II, IV, VI y VIII).

Tabla 1

EVALUACION DE CUATRO TECNICAS DE CISTOURETROPEXIAN = 643RESULTADOS GLOBALES:

<u>T E C N I C A</u>	<u>No. CASOS</u>	<u>SEGUIM. 2 AÑOS.</u>	<u>EXITOS (%)</u>	<u>FRACASOS (%)</u>	<u>COMPLIC. (%)</u>	<u>I.V.U. (%)</u>
° PEREYRA	350	151	89.4	10.6	27.0	10.5
° POWELL	68	68	79.4	20.6	41.1	7.3
° M.M.K.	56	47	89.4	10.6	25.0	8.9
° BURCH	37	22	81.8	18.2	27.0	5.4
<b>T O T A L E S</b>	<b>511</b>	<b>288</b>	<b>85.0</b>	<b>15.0</b>	<b>28.9</b>	<b>8.0</b>

P R O M E D I O S

Tabla II  
OPERACION DE PEREYRA

		( % )
No. TOTAL DE CASOS	430	100.0
CASOS EXCLUIDOS	80	18.6
No. NETO DE CASOS	350	81.4
EGRESARON SIN SONDA	240	68.6
EGRESARON CON SONDA	110	31.4
SEGUIMIENTO DE DOS AÑOS	151	43.1
° EXITOS	136	89.4
° FRACASOS	15	10.6

Tabla III  
 OPERACION DE PEREYRA

N = 350

COMPLICACIONES

T I P O	No.	( % )
RETENCION URINARIA	42	12.0
INFECCION DE VIAS URINARIAS	37	10.5
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	6	1.7
DEHISCENCIA DE H. Q. ABDOMINAL	6	1.7
LESION VESICAL	2	0.5
INTOLERANCIA AL PROLENE	2	0.5
SINEQUIAS EN VAGINA	1	0.1
T O T A L	<u>96</u>	<u>27.0</u>

Tabla IV

OPERACION DE BURCH

		( % )
No. TOTAL DE CASOS	45	100.0
CASOS EXCLUIDOS	8	17.8
No. NETO DE CASOS	37	82.8
EGRESARON SIN SONDA	32	86.5
EGRESARON CON SONDA	5	13.5
SEGUIMIENTO DE DOS AÑOS	22	59.7
° EXITOS	18	81.8
° FRACASOS	4	18.2

Tabla V

OPERACION DE BURCHN = 37COMPLICACIONES

T I P O	No. CASOS	( % )
RETENCION URINARIA	4	10.8
INFECCION DE VIAS URINARIAS	2	5.4
MONONEURITIS TRAUMATICA	2	5.4
LESION VESICAL	1	2.7
FIJACION DE SONDA CON PUNTO	1	2.7
T O T A L	10	27.0

Tabla VI

19

## OPERACION DE MARSHALL MARCHETTI KRANZ

		( % )
No. TOTAL DE CASOS	68	100.0
CASOS EXCLUIDOS	12	17.6
No., NETO DE CASOS	56	82.4
EGRESARON SIN SONDA	50	89.0
EGRESARON CON SONDA	6	11.0
SEGUIMIENTO DE DOS ASOS	47	83.9
° EXITOS	42	89.4
° FRACASOS	5	10.6

Tabla VII

## OPERACION DE MARSHALL MARCHETTI KRANZ

N = 56COMPLICACIONES

T I P O	No. CASOS	( % )
RETENCION URINARIA	6	10.9
INFECCION VIAS URINARIAS	5	8.9
DEHISCENCIA HERIDA QUIRURGICA	2	3.5
INFECCION HERIDA QUIRURGICA	1	1.7
T O T A L	<u>14</u>	<u>25.0</u>

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

		( % )
No. TOTAL DE CASOS	100	
CASOS EXCLUIDOS	32	32.0
No. NETO DE CASOS	68	68.0
EGRESARON SIN SONDA	56	82.3
EGRESARON CON SONDA	12	17.7
SEGUIMIENTO DE DOS AÑOS	68	100.0
° EXITOS	54	79.4
° FRACASOS	14	20.6

Tabla IX

OPERACION DE POWELL

N = 68

COMPLICACIONES

T I P O	No.	( % )
RETENCION URINARIA	12	17.7
INFECCION VIAS URINARIAS	5	7.3
LESION VESICAL	5	4.4
HEMORRAGIA VAGINAL	3	4.4
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	2	2.9
RETENCION FRAGMENTOS DE AGUJA	2	2.9
FISTULA URETROVAGINAL	1	1.5
T O T A L	28	41.1

## DISCUSION:

Ya ha sido comunicado por múltiples reportes (4,5,7) - que el grupo etario predominante con incontinencia urinaria - de esfuerzo corresponde a la quinta década de la vida, la ma yoría de los pacientes son multíparas, respaldando que la - causa primordial que condiciona la IUE es el trauma obstétrico.

También se ha documentado la presencia de IUE en pacien tes nulíparas jóvenes (22,28).

Los porcentajes de éxito obtenidos corresponden con los reportados en la literatura por diferentes autores para las - diferentes técnicas (10,21,24,25).

La frecuencia global encontrada de infección urinaria - en el postoperatorio de las cuatro técnicas de cistourethrope xia del 8% queda dentro del rango permitido de infección - postoperatoria para la cirugía limpia contaminada, determina do por el Consejo Nacional de Investigación de la Academia - Nacional de Ciencia de los Estados Unidos de hasta el 10% (29) Por otra parte la frecuencia encontrada varía con respecto - a otras publicaciones (10,18,19) donde se reportan frecuen - cias desde el 1.4% al 35.3%, el amplio rango reportado es de bido al gran número de variantes entre las poblaciones bajo - estudio como son: duración de sondeo vesical método de drena je utilizado, tipo de cirugía y modificaciones de la técnica quirúrgica, empleo de antibióticos en el pre y postoperato - rio, estrato socioeconómico, etc.

**CONCLUSIONES:**

- 1.- El buen resultado quirúrgico de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo depende de la selección adecuada de las mismas.
- 2.- No existe hasta el momento actual una operación ideal aplicable a todas las pacientes por igual. La selección del procedimiento que cumpla los objetivos terapéuticos debe ajustarse al caso en particular según la existencia de alteraciones de la estática pelvigénital y la patología ginecológica asociada, procurando efectuar la solución de los problemas en un acto quirúrgico y por una sola vía.
- 3.- En las últimas décadas parece existir el consenso, de que se obtienen mejores resultados con las técnicas suprapúbicas que fijan la unión uretrovesical y el tercio proximal de la uretra a la cara posterior del pubis.
- 4.- En el actual estudio se obtuvo el mayor porcentaje de éxitos, con las técnicas de MMK y Pereyra, con una tasa de 89.4 y un promedio global de éxito de 85% con las cuatro técnicas.
- 5.- Las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico para corrección de IUE deben contar con un seguimiento mínimo de dos años o hasta cinco en forma ideal, para afirmar curación efectiva, por lo que sería conveniente con

tinuar este estudio y valorar los resultados de éstas técnicas a largo plazo.

- 6.- La frecuencia de infección urinaria en el postoperatorio de la cistouropexia fue de un promedio de 8%, y de retención urinaria de 10.2%.
- 7.- Ante la necesidad de utilizar sonda vesical en el postoperatorio de cistouropexias, con el empleo de técnicas adecuadas, en la inserción y cuidados de la sonda y el uso de un sistema cerrado de drenaje, la frecuencia de infección de vías urinarias se disminuirá.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bhatia N.N. Ostergard DR.: Urodynamic in Women with stress urinary incontinence. *Obstet. Gynecol.* 67: 258, 1986.
- 2.- Benson J.T.: Gynecologic and urodynamic evaluation of women with urinary incontinence. *Obstet. Gynecol.* 66: 691, 1985.
- 3.- Burch C.J.: Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Amer J. Obstet. Gynecol.* 81, 281, 1961.
- 4.- Burch C.J.: Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 100: 64, 1968.
- 5.- Comité de estandarización de terminología de la función del tracto urinario bajo y urodinamia. *Sociedad Internacional de Continencia.* 1979. *Journal of Urology.* 121: 551, 1979.
- 6.- Green T. H.: Urinary stress incontinence: Differential-diagnosis, Pathophysiology, and Management. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 122: 368, 1975.
- 7.- Hilton P., Stanton S.L.: A clinical and urodynamic assessment of the Burch colposuspension for genuine stress incontinence *Br. J. Obstet. Gynecol.* 90: 934, 1983.

- 8.- Iris de la Cruz. y Col.: Cistouretropexia retropúbica - en incontinencia urinaria de esfuerzo. Operación de Pe-reyra modificada. Ginec. Obstet. Mex. 54: 329, 1986.
- 9.- Iris de la Cruz: Incontinencia urinaria de esfuerzo. - Ginec. Obstet. Mex. 56: 5-12, 1988.
- 10.- Lee R.A. y Col.: Surgical complications and results of modified Marshall-Marchetti-Krantz procedure for urinary incontinence. Obstet. Gynecol. 53: 447, 1979.
- 11.- Marchetti A.A., Marshall V.F. y Shuttis L.D.: Simple - vesicourethral suspension: Amer J. Obstet. Gynecol. 74: 57, 1957.
- 12.- Marshall V.F., Marchetti A.A., Krantz K.E.: The correction of stress incontinence by simple vesicourethral - suspension. Surg. Gynecol. Obstet. 88: 509, 1949.
- 13.- Marshall V.F. y Segaul R.M.: Experience with suprapubic vesicourethral suspension after previous failures to correct stress incontinence in women. J. Urol. 100: 647,- 1968.
- 14.- Matingly R.F., Davis L.E.: Tratamiento primario de la-- incontinencia urinaria de stress anatomica. Clin.Obstet. Ginec. 1984; 27: 569.
- 15.- Montz F.J., Stanton S.L.: Q-Tip test in female urinary- incontinence. Obstet. Gynecol. 67:258, 1986.

- 16.- Pereyra A.J.: A simplified procedure for the correction of stress incontinence in women. West J. Surg. Obstet.-Gynecol. 67:233, 1959.
- 17.- Pereyra A.J., Leber: T.B.: Combined urethrovesical suspension and vaginourethroplasty for correction of urinary stress incontinence. Obstet. Gynecol. 30: 537,1967.
- 18.- Pereyra A.J. y Col.: Pubourethral supports in perspective: Modified Pereyra procedure for urinary incontinence Obstet. Gynecol. 59: 643, 1982.
- 19.- Powell L.C.: Retropubic ureterocystopexy: Vaginal approach Am. J. Obstet. Gynecol. 140: 91, 1981.
- 20.- Quigley G.J., King S.K.: Transvaginal retropubic urethropey. The revised Pereyra procedure. Am. J. Obstet. Gynecol 139: 268, 1981.
- 21.- Riggs J.A.: Retropubic cystourethropexy: A review of two operative procedures with long-term follow-up. Obstet. Gynecol. 68: 93, 1986.
- 22.- Scott J.C.: stress incontinence in nulliparous women. - J. Reprod. Med. 2: 96, 1969.
- 23.- Scotti R.J. y Col.: Urodynamic changes in urethrovesical function after radical hysterectomy. Obstet. Gynecol. -- 68: 111, 1986.

- 24.- Staskin D.R. y Col.: Fisiopatología de la incontinencia de esfuerzo. *Ginec. Obstet. Temas actuales*. 2:385, 1985.
- 25.- Stamey T.A.: Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in females. *Ann. Surg.* 191: - 465, 1980.
- 26.- Tanagho E.A.: Colpocystourethropexy: The way we do it.- *J. Urol.* 116; 751, 1976.
- 27.- Villalobos R.M. y Col.: Uretrocistopexia retropúbica - por vía vaginal. *Ginec. Obstet. Mex.* 54:311, 1986.
- 28.- Wolin L. H.: Stress incontinence in young, healthy -- nulliparous female subjects. *J. Urol.* 101:545, 1969.
- 29.- Child S.J., Wells, Mirelman S.: Antibiotic prophylaxis for genitourinary in community hospitals. *J. Urol.* 130: 305 - 308. 1983.