

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

Hospital de Gineco-Obstetricia

"Luis Castelazo Ayala"

I. M. S. S.

11
2ej

FACULTAD DE MEDICINA

JUN. 7 1993

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES

MANEJO DEL DRENAJE VESICAL SUPRAPUBICO
COMPARADO CON EL TRANSURETRAL EN
PACIENTES POSTOPERADAS DE
CISTOURETROPXIA

TESIS DE POSTGRADO

Curso de Especialización en

GINECO - OBSTETRICIA

DR. JOSE ALFREDO ASTUDILLO SANDOVAL

Asesor: Dr. José Luis González Sánchez
Médico de Base. Servicio de Ginecología



TESIS CON
México, D. F. FALLA DE ORIGEN

1993



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.

I N D I C E

I)	INTRODUCCION.....	5
II)	HISTORIA.....	8
III)	SONDEO VESICAL POSTOPERATORIO.....	12
IV)	MATERIALES Y METODOS.....	15
V)	RESULTADOS.....	23
VI)	DISCUSION.....	28
VII)	CONCLUSIONES.....	31
VIII)	BIBLIOGRAFIA.....	33

I) INTRODUCCION

Las alteraciones de la uretra y la vejiga se ven tan frecuentemente en la práctica de la ginecología y de la obstetricia que un conocimiento amplio de ambos sistemas orgánicos es un requisito para tener la suficiente competencia clínica y quirúrgica en esta disciplina.

La integración de la urología femenina en la enseñanza y entrenamiento ginecológicos se basa no solo en los precedentes históricos, sino también en la lógica médica práctica, en las relaciones funcionales, embriológicas y anatómicas del tracto urinario inferior y genitales femeninos.

Se ha insistido en las estrechas relaciones de los signos y síntomas tanto urológicos como ginecológicos, al mismo tiempo que en el contraste entre los sistemas urinarios masculino y femenino (11): 1) Los síntomas que proceden del tracto urinario a menudo estimulan las manifestaciones clínicas que pueden surgir a veces en los órganos genitales femeninos. También, los síntomas urinarios definitivos pueden ser el resultado de anomalías de los órganos genitales sin la presencia de una enfermedad urológica en esos momentos; esto puede conducir a una confusión, y

en dichos casos se requieren procedimientos urológicos y ginecológicos muy cuidadosos para que sea posible llegar a un diagnóstico exacto. 2) La uretra femenina es bastante diferente desde el punto de vista anatómico, de la masculina. Esta diferencia anatómica da como resultado enfermedades y disfunciones en este órgano, que raramente o nunca se ven en el varón. 3) El estasis urinario es un factor de primera importancia en muchas alteraciones urológicas, las causas pueden ser muy diferentes en los dos sexos y a menudo resultan de enfermedades que surgen de los órganos genitales o de procedimientos terapéuticos aplicados para la corrección de dichas anomalías genitales. 4) Las infecciones urinarias, especialmente aquéllas que implican al tracto inferior, vejiga y uretra, aparecen mucho más frecuentemente en las mujeres que en los hombres. Estas infecciones, a menudo ocurren como complicaciones de una enfermedad ginecológica o de su tratamiento, y del embarazo y puerperio, pero también con frecuencia ocurren espontáneamente. 5) La incontinencia de la orina aparece con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, siendo las causas más comunes el traumatismo del parto y las agresiones del tracto urinario resultantes de la cirugía ginecológica o de la radioterapia.

Así pues, en base a lo anterior hemos visto que la gi

necología y la urología femenina no pueden estar separadas, siendo necesario un amplio conocimiento del aparato urinario femenino por parte del gineco-obstetra, para un mejor ejercicio de su especialidad

La antigüedad de la asociación de la ginecología y de la urología en la medicina ha sido descrita por Vousoeff. Este autor cita el texto ginecológico más antiguo conocido, el papiro de Kahum, del antiguo Egipto, que fue escrito hacia el año 2000 a. de J.C. y está dedicado exclusivamente a enfermedades de la mujer. En este trabajo, las enfermedades de los órganos genitales femeninos son consideradas en compañía de las enfermedades de la vejiga urinaria. El papiro de Ebers (1550 a. de J.C.) es un texto médico organizado sobre la base de los sistemas orgánicos. La sección 67 de este papiro versa sobre las alteraciones de la micción como su frecuencia, la retención y la "quemazón", y describe el tratamiento para la mujer que sufre "enfermedades de su orina y utero". La sección 24, está dedicada a alteraciones ginecológicas y obstétricas, y contienen prescripciones sobre el tratamiento de las úlceras y de la inflamación de la vulva, del prolapso, de la esterilidad, y de las memorragias, al igual que prescripciones sobre varias alteraciones urinarias.

En Estados Unidos de América, la relación histórica de la urología y de la ginecología es bien conocida por el trabajo de Marion Sims en el tratamiento de la fístula ve-

sicovaginal hacia mediados del siglo XIX. El eminente higienista y torcedor médico Fielding H. Garrison cita a Sims, junto con Ephraim McDowell, como "los descubridores de la ginecología operatoria". Mientras que la fama de McDowell descanza en la realización con éxito de la ovariectomía en 1809, Garrison debe su reconocimiento contemporáneo a sus habilidades urológicas, especialmente en la realización de la litotomía en 22 ocasiones sin pérdida de ninguna paciente.

El reconocimiento formal de mayor influencia en la relación integral de la ginecología y de la urología femenina hay que atribuirlo al doctor Howard A. Kelly con la organización del departamento de ginecología en el Johns Hopkins Hospital, en 1889. El doctor Kelly tenía la firme convicción de que la ginecología y la urología femenina no podían estar separadas y él hizo de la urología un servicio dentro del departamento. El primer trabajo del doctor Kelly en urología incluía el desarrollo de la cistoscopia de aire, la realización de la primera cateterización uretral bajo visualización directa, y la primera sonda anatómica para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Bajo la influencia posterior de los doctores Hunner, Everett y TeLinde, el departamento del Johns Hopkins asumió un mayor papel en el desarrollo de la

urología femenina sin influencia de la ginecología, mediante el esfuerzo de la "colonización" directa de otros departamentos académicos en los que se mantenía esta filosofía. En esta época, sin embargo, hubo un declive general de las enseñanzas urológicas en el entrenamiento ginecológico, aunque este declive no fue acompañado por una disminución en la frecuencia con la que eran realizadas las operaciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Se puede especular que la laudable tendencia general de unificación de los departamentos de obstetricia y ginecología, son separación de la ginecología de la cirugía general, fomentaban una separación concomitante de la urología femenina de la ginecología, dejándola para su inclusión dentro de una subespecialidad quirúrgica (11).

El término "incontinencia urinaria de esfuerzo" fue empleado por primera vez por Sir Eardley Holland, y se indicaron las primeras recomendaciones para su tratamiento en 1864. El tratamiento médico consistía en una serie de maniobras que incluían baños de pies en agua fría, duchas hipogástricas frías, baños aromáticos y duchas vaginales. Schatz sugirió la aplicación de inyecciones de agua estéril 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, fue sugerido por

Neveu en 1880. Neveu recomendó la ligadura del prepucio del clitoris y el pintado del meato uretral con colodium. Hacia 1900, se recomendaron gran variedad de operaciones, incluyendo la escisión de diversas porciones de la pared vaginal e incluso la completa rotación de la uretra. En 1901, Kelly describió el fruncimiento del cuello vesical, y durante los siguientes años se han ido introduciendo una importante variedad de operaciones, algunas de las cuales utilizaban la vía vaginal solo, o combinando con una histerectomía, y otros empleaban un cabestrillo, bien de fascia o de material artificial, y el último fue el acceso retropúbico descrito por primera vez por Marshall, Marchetti y Krantz. Hoy en día se han recomendado más de un centenar de diferentes procedimientos quirúrgicos para controlar la pérdida involuntaria de la orina, lo cual testifica la ineficacia de la mayoría de ellos (10).

III) SONDEO VESICAL POSTOPERATORIO

Como se mencionó anteriormente, existen múltiples procedimientos quirúrgicos para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, algunos con buenos resultados y otros ineficaces, pero independientemente de esto, se debe también, tener un manejo adecuado del postoperatorio, con especial atención del drenaje vesical, siendo esto, un constante reto para el ginecólogo que efectúa estos procedimientos, ya que se requiere de una cateterización prolongada (más de 24 horas), incrementándose por lo tanto, la incidencia de infecciones del tracto urinario, causando además inconveniencia e incomodidad para la paciente, agregándose el costo de la hospitalización e inversión del tiempo y desatención del personal de enfermería.

Con motivo de mejorar lo anteriormente descrito se han utilizado varios métodos, los cuales han creado controversia de acuerdo a sus ventajas y desventajas. Tales métodos van desde la utilización de la sonda de Foley transuretral tradicional permanente, drenaje transuretral intermitente, drenaje transuretral de 3 vías, (3) y el drenaje suprapúbico.

La cateterización suprapúbica está ganando amplia aceptación.

tación en el manejo del postoperatorio de la paciente que requiere un prolongado drenaje urinario. (1,2,5,12). Siendo las ventajas del drenaje suprapúbico contra el transuretral (mencionadas por algunos autores) las siguientes:

- a) Evaluación más fácil de la orina residual postoperatoria, ya que no se tiene que retirar el drenaje.
- b) Gran aceptación de la paciente.
- c) Menos incomodidad para la paciente.
- d) Disminución del requerimiento de la enfermera.
- e) Disminución de las infecciones postoperatorias del tracto urinario.
- f) Disminución de la morbilidad febril.
- g) Pronta restauración de la micción normal, y con es
to
- h) Menor estancia hospitalaria.
- i) Disminución del costo.

Aunque estos últimos cinco puntos son más controversia les, ya que algunos autores no lo aceptan. (3,8).

La cateterización suprapúbica tiene también desventa -
jas, las cuales hacen más vacilante su empleo para algunos
ginecólogos, como son: (3,4,6,7).

- a) El ser un método invasivo.

- b) Provocar hematuria leve transitoria, la cual se corrige entre 12 y 24 horas.
- c) Catéteres pequeños se pueden enroscar u obstruirse con coágulos sanguíneos.
- d) Complicaciones debidas a la falta de familiaridad con la técnica, como su colocación en lugar inapropiado o traumas severos a estructuras pélvicas y abdominales, sobretodo en obesos y en personas con cirugías previas. Esto aunque es raro se debe mencionar.

Muchos estudios independientes han sido efectuados comparando la técnica del drenaje suprapúbico con el transuretral, y en la mayoría se ha demostrado la disminución de la morbilidad del tracto urinario en el postoperatorio de este tipo de cirugías, encontrándose en realidad pocas complicaciones. (1,2,5,12).

En relación a lo antes citado, se realiza el presente estudio haciendo la comparación de estos dos métodos (suprapúbico y transuretral) en el hospital de gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala", IMSS. En el periodo comprendido de junio-octubre de 1987.

IV) MATERIALES Y METODOS

El estudio fue limitado a personas que fueron sometidas a intervención quirúrgica en el periodo de junio a octubre de 1987, las cuales necesitaron corrección de su problema de incontinencia urinaria de esfuerzo, utilizando cualquiera de los procedimientos quirúrgicos para su corrección, aceptándose para dicho estudio a personas de cualquier edad y paridad, con estudios de laboratorio y urocultivos en límites normales, y las que habían presentado positividad en urocultivos o estudio de secreciones genitales recibieron tratamiento específico previo a la cirugía, hasta la negatividad del mismo.

Se incluyeron en el estudio 49 pacientes, las cuales se dividieron en dos grupos: El grupo I, con pacientes en las que se utilizó drenaje vesical suprapúbico, las cuales fueron 21. Y, grupo II, con pacientes en las que se utilizó drenaje vesical transuretral, las cuales fueron 28.

GRUPO I

Constituido por 21 pacientes, incluyéndose mujeres con edades de 31 a 70 años (media de 44.8), ver cuadro 1. Con paridad oscilante entre 0 y 11 (media 4.9), ver cuadro 2.

De estas pacientes 7 eran menopáusicas (33.3%), el resto - continuaban con ciclos menstruales normales. A 2 de las pa- cientes se les había efectuado histerectomía total abdomi- nal anteriormente (9.5%). Una paciente tenía el anteceden- te de tuberculosis renal (4.8%), la cual fue tratada y se encontraba inactiva en el momento de la cirugía. 3 pacien- tes tenían el antecedente de diabetes millitus controlada con hipoglucemiantes orales (14.3%). 5 pacientes padecían hipertensión arterial sistémica controlada (23.8%), ver cua- dro 3. Todas las pacientes tenían el diagnóstico previo de cistocele grado II (cuadro 4), agregado a la incontinencia urinaria de esfuerzo, la cual fue corroborada clínica y uró- dinámicamente. A todas las pacientes (100%) de este grupo se les efectuó cirugía de Pereyra (cuadro 5) y la anestesia administrada fue regional (Bloqueo peridural), y la técnica empleada para la colocación de la sonda suprapúbica fue la siguiente: Llenado vesical con 400 cc de solución salina por sonda transuretral, posterior al cierre de la colpecto- mía anterior y anudación de los puntos de Pereyra; se reti- ra la sonda transuretral; se introduce una pinza uterina a través de la uretra, dirigiendo la punta hacia la inscisión abdominal a 2 cm por arriba del nudo en su parte media y u- tilizando como guía dos dedos de la mano contraria del ciru- jano. Se efectúa inscisión con bisturí en la aponeurosis, en el sitio mencionado anteriormente. Se pasa la pinza a través de la inscisión tomando el extremo distal de la sonda

de Foley traccionándola hasta su introducción en la cavidad vesical. Se llena el balón con solución. Se cierra la herida abdominal, dejando la sonda a través de la misma.

La sonda se retiró al cuarto día postoperatorio si la paciente no presentaba retención urinaria (orina residual mayor de 100 cc).

GRUPO II

Constituido por 28 pacientes, incluyéndose mujeres con edades entre 27 y 77 años (media 46.6), ver cuadro 1, con paridad oscilante entre 0 y 14 (media 5.1), ver cuadro 2. De estas pacientes 12 eran menopáusicas (42.8%) y el resto presentaban ciclos menstruales normales. En 4 de estas pacientes se les había efectuado histerectomía total abdominal anteriormente (14.3%). En una paciente se le había efectuado previamente colporrafia anterior por incontinencia urinaria de esfuerzo (3.6%). Una de ellas padecía diabetes mellitus controlada con hipoglucemiantes orales (3.6%). De estas pacientes 4 eran hipertensas crónicas controladas (14.3%). Una de ellas tenía hipotiroidismo y ésta misma tenía el antecedente de haber padecido de tuberculosis renal, la cual fue tratada y se encontraba inactiva en el momento de la cirugía (3.6%). Una de ellas tenía el antecedente de habersele efectuado con biopsia anteriormente por

NIC (3.6%), ver cuadro 3. La incontinencia urinaria de esfuerzo fue corroborado tanto clínica como urodinámicamente, y los diagnósticos agregados a este problema fueron los siguientes: Una paciente tenía cistocele grado I (3.6%). 16 pacientes tenían cistocele grado II (57.1%). 6 pacientes (21.4%) tenían cistocele grado III. 3 pacientes tenían cistocele más prolapso uterino (10.7%). Y, 2 pacientes tenían cistocele leve más miomatosis uterina (7.1%), ver cuadro 4. Las cirugías efectuadas fueron las siguientes: Pereyra en 11 pacientes (39.2%). Kelly en 11 pacientes (39.2%). Kelly más histerectomía vaginal en 4 pacientes (14.3%). Burch más histerectomía total abdominal en 2 pacientes (7.1%), ver cuadro 5. En 3 pacientes se utilizó anestesia general y en 25 anestesia regional (bloqueo peridural). El manejo del drenaje vesical fue igual al del grupo anterior, con retiro de la sonda al cuarto día postoperatorio si no existía retención urinaria..

La comparación de ambos métodos fue hecha por las manifestaciones clínicas de alteraciones urinarias postoperatorias tanto inmediatas como mediatas, así como urocultivos los cuales fueron tomados al retirarse la sonda o al cuarto día postoperatorio. También se tomó en cuenta los días de permanencia de sonda y de estancia hospitalaria, con seguimiento de estas pacientes hasta el mes de la cirugía, y en pacientes que presentaron datos de infección urinaria se

les instaló entibioticoterapia específica.

CUADRO 1. Grupos de edad

EDAD (años)	SUPRAPUBICA	TRANSURETRAL
20 a 29		2
30 a 39	9	8
40 a 49	6	7
50 a 59	4	7
60 a más	2	4
TOTAL	21	28

CUADRO 2. Paridad.

Nº DE PARTOS	SUPRAPUBICA	TRANSURETRAL
0 a 1	3	1
2 a 4	8	17
5 a 7	6	2
8 a más	4	8
TOTAL	21	28

CUADRO 3. Antecedentes

ANTECEDENTES	SUPRAPUBICA	TRANSURETRAL N = 28
MENOPAUSIA	7	12
DIABETES MELLITUS	3	1
HIPERTENSION ARTERIAL	5	4
Tb. RENAL	1	1
HISTERECTOMIA	2	4
CISTOURETROPXIA	-	1
CONO BIOPSIA	-	1

CUADRO 4. Diagnóstico agregado a la incontinencia urinaria

DIAGNOSTICO	SUPRAPUBICA	TRANSURETRAL
CISTOCELE I	-	1
CISTOCELE II	21	16
CISTOCELE III	-	6
CISTO + PROLAPSO	-	3
CISTO + MIOMATOSIS	-	2
TOTAL	21	28

CUADRO 5. Procedimiento quirúrgico empleado

CIRUGIA	SUPRAPUBICA	TRANSURETRAL
PEREYRA	21 (100%)	11 (39.2%)
KELLY	-	11 (39.2%)
KELLY + HTV	-	4 (14.3%)
BURCH + HTA	-	2 (7.1%)
TOTAL	21 (100%)	28 (100%)

CUADRO 6. Infección urinaria

TECNICA	INFECCION		NO INFECCION		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
SUPRAPUBICA	5	23.8	16	76.2	21	100
TRANSURETRAL	10	35.7	18	64.3	28	100

V) RESULTADOS

GRUPO I

De las 21 pacientes de este grupo, 5 presentaron infección urinaria corroborada por manifestaciones clínicas o por urocultivo positivo, para dar un porcentaje de 23.8% (ver cuadro 6). Coincidiendo en 3 pacientes urocultivo positivo con manifestaciones clínicas, y en 2 pacientes únicamente el urocultivo positivo. La paciente con antecedente de tuberculosis renal presentó infección urinaria, con sintomatología y urocultivo positivo, sin embargo, la detección de BAAR en orina fue negativa. El microorganismo que se aisló con mayor frecuencia fue la *Klebsiella ozaenae* en 4 de las muestras, y en una se aisló *K. oxitócica*. Estas pacientes fueron tratadas de acuerdo al antibiograma con resultados satisfactorios posteriores. Una de las pacientes presentó hematuria postoperatoria inmediata la cual se corrigió en forma espontánea a las 24 horas. En cuanto a la morbilidad febril solo una paciente presentó fiebre coincidiendo con urocultivo positivo e incluyéndose en las pacientes con infección (4.8%), ver cuadro 7. De los días de permanencia de sonda a una paciente se le retiró al tercer día (4.7%). 9 al cuarto día (42.8%). A 3 (14.2%) al quinto día. Una (4.7%) al sexto día. Y 7 permanecieron con la sonda por más de 8 días (33.3%), ver cuadro 8. En cuanto a

la estancia hospitalaria, la mayoría de las pacientes (12 = 57.1%) permaneció cuatro días en el hospital, y solo una permaneció por más de 8 días (4.8%), ver cuadro 9. En el seguimiento al mes, 18 de las pacientes tenían evolución satisfactoria (85.7%), y 3 continuaban con sintomatología urinaria (14.3%), ver cuadro 10. No se encontraron complicaciones en cuanto a la técnica de colocación del drenaje suprapúbico, únicamente la paciente con hematuria que se mencionó anteriormente.

GRUPO II

De las 28 pacientes de este grupo, 10 presentaron datos de infección urinaria, con un porcentaje de 35.7% (ver cuadro 6), 9 de ellas con manifestaciones clínicas sin urocultivo positivo, y una de ellas con urocultivo positivo agregándose manifestaciones clínicas, esto debido a la iniciación de antibioticoterapia previa a la toma de la muestra de orina. La paciente con antecedente de tuberculosis renal presentó infección urinaria, por manifestaciones clínicas, e incluyendo en este grupo, sin embargo, la detección de BAAR en orina fue negativa. El microorganismo aislado fue *Staphylococcus epidermis*. Estas pacientes fueron tratadas con antibioticoterapia, utilizándose diferentes medicamentos. 3 de estas pacientes cursaron con fiebre (10.7%), ver cuadro 7. En cuanto a los días de permanencia de la sonda, a 6 pacientes se les retiró al tercer día postoperatorio (21.4%). A 8 (28.6%) al cuarto día. 2 al quinto día (7.1%). A 2 al sexto día (7.1%). Y 10 permanecieron con sonda por más de 8 días (35.7%), ver cuadro 8. En cuanto a la estancia hospitalaria solo 2 pacientes (7.1%), permanecieron por más de 8 días, ver cuadro 9. En cuanto al seguimiento al mes, 22 pacientes tuvieron evolución satisfactoria (78.6%), y 6 permanecieron con sintomatología urinaria (21.4%), ver cuadro 10.

CUADRO 7. Morbilidad febril

TECNICA	FIEBRE		NO FIEBRE		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
SUPRAPUBICA	1	4.8	20	95.2	21	100
TRANSURETRAL	3	10.7	25	89.3	28	100

CUADRO 8. Tiempo de permanencia de sonda

TECNICA	MAS DE 8 DIAS		MENOS DE 8 DIAS		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
SUPRAPUBICA	7	33.3	14	66.7	21	100
TRANSURETRAL	10	35.7	18	64.3	28	100

CUADRO 9. Tiempo de estancia hospitalaria

TECNICA	MAS DE 8 DIAS		MENOS DE 8 DIAS		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
SUPRAPUBICA	1	4.8	20	95.2	21	100
TRANSURETRAL	2	7.1	26	92.9	28	100

CUADRO 10. Evolución al mes

TECNICA	SATISFACTORIA		NO SATISFACTORIA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
SUPRAPUBICA	18	85.7	3	14.3	21	100
TRANSURETRAL	22	78.6	6	21.4	28	100

VI) DISCUSION

El vaciamiento vesical postoperatorio prolongado es ne cesario después de la cirugía correctiva de incontinencia urinaria de esfuerzo, y uno de los mayores riesgos de esta cateterización prolongada son las infecciones urinarias y la morbilidad febril, teniendo esto como un factor predisponente hasta en un 80%, incrementándose este porcentaje de 6 a 7.5% por cada día que pasa la paciente cateterizada. (2,9) La bacteriuria uretral es debida particularmente a gérmenes que colonizan el meato urinario, los cuales as - cienden a través del catéter puesto.

Desde que el drenaje vesical suprapúbico fue introducido, se han tenido desacuerdos concernientes a sus ventajas y desventajas, muchos autores concuerdan con la disminución de las infecciones del tracto urinario en el postoperatorio de cistourethropexia con la utilización de este método, (1,2,5,12) sin embargo, algunos otros no están de acuerdo con dicha afirmación. (3,8).

Nosotros en el presente estudio, observamos una dismi nución de la infección urinaria con la utilización del dre naje suprapúbico, la cual fue de 23.8%; comparado con un 35.7% con el drenaje transuretral. Ver cuadro 6.

En cuanto a la morbilidad febril, se observó en un - 4.8% cuando se utilizó el drenaje suprapúbico, comparado

con el transuretral que fue de 10.7%. Cuadro 7.

El tiempo de permanencia de sonda, se observó con un porcentaje similar para ambos métodos, siendo para el suprapúbico un 33.3% de pacientes que requirieron drenaje por más de 8 días, contra un 35.7% para el transuretral. - Cuadro 8.

El tiempo de estancia hospitalaria por más de 8 días fue de 4.8% para el método suprapúbico, contra un 7.1% para el transuretral. Cuadro 9.

La evolución satisfactoria al mes también mostró una diferencia leve, de un 85.7% para el método suprapúbico, contra un 78.6% para el método transuretral. Cuadro 10.

De las demás ventajas que se mencionaron anteriormente, la evaluación de la orina residual es definitivamente más fácil con la sonda suprapúbica, ya que no se tiene que retirar y reinstalar nuevamente para su medición, como se hace con el drenaje transuretral y aunado a esto están los demás puntos como son la mejor aceptación por parte de la paciente, menos incomodidad y disminución del requerimiento de la enfermera.

No se encontraron complicaciones en cuanto a la técnica, únicamente la paciente con hematuria, la cual se corri

gio espontáneamente a las 24 horas, con un porcentaje de 4.8%.

VII) CONCLUSIONES

En base a lo anterior podemos concluir lo siguiente:

- 1.- Se realiza el presente estudio en pacientes con cirugía correctiva para incontinencia urinaria de esfuerzo, valorándose la utilidad del manejo del drenaje vesical postoperatorio, transuretral y suprapúbico.
- 2.- En el Hospital "Luis Castelazo Ayala", IMSS. En el periodo comprendido de junio a octubre de 1987, estudiándose a 21 pacientes con drenaje suprapúbico y 28 pacientes con drenaje transuretral.
- 3.- Se observó disminución de la infección del tracto urinario, cuando se utilizó el drenaje suprapúbico, con un porcentaje de 23.8% contra un 35.7% para el transuretral.
- 4.- La morbilidad febril también fue menor con un 4.8% para el método suprapúbico, contra 10.7% en el transuretral.
- 5.- El tiempo de permanencia de sonda tuvo un porcentaje similar en ambos métodos.
- 6.- La estancia hospitalaria fue menor cuando se utilizó drenaje suprapúbico, de 4.8% contra 7.1% del transuretral, en pacientes que requirieron drenaje por más de 8 días.

- 7.- La evolución satisfactoria al mes, fue mejor cuando se utilizó drenaje suprapúbico con un porcentaje de 85.7% contra un 78.6% para el transuretral.
- 8.- Con la utilización del drenaje suprapúbico fue más fácil la medición de la orina residual, con una mejor aceptación de la paciente, menor incomodidad y menor requerimiento de la enfermera.
- 9.- Las complicaciones con el empleo de este método fueron mínimas, con solo una paciente que presentó hematuria leve, corrigiéndose espontáneamente a las 24 horas, y con un porcentaje de 4.8%.

VIII) BIBLIOGRAFIA

- 1.- Andersen JT, Heisterberg L, Hepjorn S, et al. Suprapubic versus transurethral bladder drainage after colposuspension/vaginal repair. Acta Obstet Gynecol Scand. 1985; 64: 139-143
- 2.- Bergman A, Matthews L, Ballard CA, Roy S, Suprapubic - versus transurethral bladder drainage after surgery for stress urinary incontinence. Obstet Gynecol; April 1987; 69 (4): 546-549.
- 3.- Broberg C. Catheter drainage after gynecologic surgery: A comparison of methods. Am J Obstet Gynecol, May 1984; 149 (1): 18-23.
- 4.- Drutz HP, Khosid HI, Complications with Bonanno suprapubic catheters. Am J Obstet Gynecol, July 1984; 15: 685-686.
- 5.- Frymire LJ. Comparison of suprapubic versus Foley drains. Obstet Gynecol, August 1971; 38 (2): 239-244.
- 6.- Hebert DV, Mitchell GW. Perforation of the ileum as a complication of suprapubic catheterization. Obstet Gynecol, November 1983; 62 (5): 662-664.
- 7.- Hilton P, Stanton SL. Suprapubic catheterisation. B Med J. November 1980; 281: 1261-1263.
- 8.- Hofmeister FJ, Martens WE, Strebel RL. Foley catheter or suprapubic tube?. Am J Obstet Gynecol, July 1970; 107 (5): 767-779.
- 9.- Kunin CM. Genitourinary infections in the patient at risk: extrinsic risk factors. Am J Med, May 1984; 15: 131-139.
- 10.- Marchant DJ. Evaluación clínica de la incontinencia urinaria y de la anatomía y patofisiología anómalas. En Ed. Interamericana. Clin Obstet y Ginecol de NA, 1984; 2; 555-568.

- 11.- Warenski JC. Papel de la urología ginecológica en la ginecología. En Ed. Interamericana. Clin Obstet y Ginecol NA; 1984; 2: 551-554.
- 12.- Wiser WL, Morrison JC, Loveday GL, et al. Management of bladder drainage following vaginal plastic repairs. Obstet Gynecol, July 1974; 44 (1): 65-71.