

54 20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

MANEJO DE SONDA TRANSURETRAL POST-PERINEOPLASTIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DR. JUAN MIRANDA MURILLO

1980 - 1983

DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSE LUIS BRISEÑO ZUÑIGA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1987.



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 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 :

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- JUSTIFICACION
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- RESUMEN ANATOMICO Y FISIOLOGIA DE LA MICCION
- 5.- CONCEPTOS:
 - a.- Micción involuntaria
 - b.- Retención de orina
- 6.- MATERIAL Y METODOS:
 - a.- Definición de población
 - b.- División de población
 - I. en estudio
 - II. control
 - c.- Criterio de conclusión
 - d.- Criterio de exclusión
 - e.- Antecedentes de manejo
- 7.- RESULTADOS
- 8.- DISCUSION Y CONCLUSIONES
- 9.- RESUMEN
- 10.- BIBLIOGRAFIA

1.- INTRODUCCION.

Dado que el manejo de las pacientes post operadas de -
colpo-perineoplastia anterior, hasta el momento ha tenido -
diferentes formas según diversos autores en cuanto al mane-
jo de la sonda transuretral, y teniendo en cuenta que en -
nuestro servicio se realiza en forma tradicional con lapso
de 3 a 5 días, encontrando que hasta el momento no hay estu-
dios que determinen el tiempo óptimo para tal hecho. Exis-
ten reportes desde hace más de 30 años en los que se mencio-
na la conveniencia de el manejo post operatorio, sin sonda
a permanencia; sin embargo, y probablemente basados en tra-
bajos publicados en los que se justifica este procedimiento
se sigue utilizando en forma rutinaria la sonda Foley a per-
manencia durante un lapso de 72 horas con diferentes varian-
tes en cuanto a la apertura total o intermitente; siendo ma-
nejada a permanencia a partir de 1950 a raíz de la complica-
ción de retención urinaria como consecuencia de la opera-
ción de Wertheim, que ocurre por la denudación extensa de -
la vejiga; proponiéndose el desuso del sondeo intermitente

en favor de la sonda Foley a permanencia por el eminente -
Urólogo Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, y desde ese momento
no se dió ningún cambio al manejo de las pacientes operadas
de la vejiga no importando la causa por la que se haya rea-
lizado.

2.- JUSTIFICACION.

Contrariamente a la rutina establecida de sondeo a permanencia, se encuentran reportes que indican que de uno a tres sondeos en forma intermitente conllevan a una frecuencia de 5 a 10% de infección sintomática de vías urinarias, y aumentando de un 95 a 98% con la permanencia de la sonda por más de 24 horas, además de los traumatismos directos en primer término a la uretra, el cuello vesical y al propio músculo detrusor, que llevan a: uretritis, cistitis y trigonitis con la consecuente retención aguda de orina, siendo además uno de los factores principales para infección de vías urinarias altas por vía ascendente por el mal manejo de la sonda, así como las molestias propias de su permanencia en la uretra y el mayor tiempo de estancia intrahospitalaria que conlleva.

3.- OBJETIVOS

Dada la escasez de material bibliográfico que justifique la permanencia de la sonda transuretral post-colpoperineoplastia anterior; por menos tiempo del habitual se pretende demostrar que no es necesaria la permanencia de la sonda por más de 24 horas, ya que la vejiga no pierde su dinámica; porque son varios los elementos que entran en juego para el evento de la micción espontánea, siempre y cuando el acto quirúrgico sea realizado por persona capacitada y no implique accidente alguno en el acto quirúrgico.

Se realiza además un análisis del concepto de micción voluntaria, involuntaria, retención urinaria y clasificación de cistocele.

4.- RESUMEN ANATOMICO Y FISILOGIA DE LA MICCION.

La vejiga urinaria no es un órgano extraño en la forma ción, posición y situación de los órganos genitales femeninos, contribuyendo en algunos casos a su fisiología, como sucede en ciertos casos de hermafroditismo, cuya vagina se abre en la uretra, sirviendo ésta última para dar paso a sangre del útero menstruante.

Vejiga, útero, uretra y vagina, aparecen en la misma etapa embrionaria, presentando y conservando sus relaciones de vecindad y de verdadera unidad anatómica por medio del seno urogenital conservando su vecindad en el individuo adulto.

a).- Relación y semejanza de vejiga y útero.

Vejiga y útero son órganos huecos, situados en la línea media de la cavidad pélvica, extraperitoneales y con una salida al exterior. Son únicos, quedando la vejiga cuando está vacía por delante del útero siguiendo su anteversión anatómica y guardando uretra y vagina un paralelo hacia el exterior. Cuando ésta se llena tiende a elevarse

en la cavidad abdominal influyendo sobre la posición normal del útero.

Ambos órganos tienen elementos de sostén y de suspensión comunes (diafragma urogenital y sus fascias en el piso pelviano).

El uraco y los ligamentos umbilicales son órganos de suspensión vesical quizás similares en sus funciones a los ligamentos redondos.

El retináculo úteri es base de sostén y de fijación de ambos órganos.

b).- Inervación de la vejiga.

La vejiga urinaria está inervada por fibras del simpático y parasimpático. Las primeras vienen representadas por filamentos nerviosos que se encuentran a lo largo de la aorta abdominal y cuya red se designa con el nombre de plexo preaórtico y que tiene su origen en el plexo celíaco y ganglios renales.

A cada lado de este plexo van otras fibras nerviosas originadas en los ganglios lumbares y que se fusionan con

las fibras del plexo pre-aórtico por delante de la quinta -
 vértebra lumbar y de la bifurcación aórtica, para formar en
 la vértebra siguiente; es decir, en la primera sacra, el -
 nervio pre-sacro que lo forma una raíz media y dos lateral -
 les. Este nervio se divide a su vez en dos porciones de fi
 bras (nervios hipogástricos) que siguen las paredes latera-
 les del recto hasta llegar a los ganglios hipogástricos en
 donde sufren una interrupción para continuar de este modo,
 a lo largo de los vasos, hasta los tejidos de las vísceras
 que inervan y que son: vejiga, útero, parte de trompa de Fal
 lopus y vagina.

Las segundas fibras nerviosas o sean las del parasimpát
 tico que inervan la vejiga, vienen del II, III, y IV nervios
 sacros, siendo el III el de mayor importancia. Estos nerv -
 vios forman los nervios erigentes que atraviesan los ganglios
 hipogástricos sin interrumpirse, yendo a terminar en "dimi-
 nutas estaciones celulares" en los órganos que inervan pre-
 sentando en ellos el antagonismo siguiente.

NERVIO SIMPATICO

NERVIO PARASIMPATICO

Inhibe el peristaltismo

Determina el peristaltismo.

Contrae los esfínteres de los órganos.	Relaja los esfínteres
Inhibe las secreciones	Aumenta las secreciones
Vasoconstrictor	Vasodilatador

c).- Fisiología de la micción.

Se cree que las fibras medias del nervio presacro son vasomotoras en parte y que sus raíces laterales obran sobre la musculatura de la vejiga. El estímulo del simpático produce contracción de los orificios ureterales, vasoconstricción en el trígono y contracción del esfínter interno de la vejiga.

El esfínter externo está innervado por nervios pudendos, sin embargo, si se secciona el simpático el esfínter interno permanece cerrado. Por este hecho Learmonth sugiere que el simpático únicamente refuerza el cierre del esfínter y - que éste posee "un tono inherente". En las resecciones del nervio pre-sacro a fin de evitar dolor en determinados pacientes, el dolor vesical disminuye pero no queda abolido y el control normal de la micción se restablece al poco tiempo. De todo ello se deduce que el simpático no es indispens

sable para el acto de la micción. En cambio, es un hecho - que la sección del parasimpático vesical vuelve incapaz al paciente para orinar voluntariamente, encontrándose paralizada la musculatura vesical. En consecuencia, el parasimpático por sí solo es necesario para el acto de la micción. - Por otra parte, es conocido que existe una inervación intrínseca vesical.

La micción en la infancia y en la edad adulta se diferencia por el origen del estímulo del centro nervioso. En la primera, el acto reflejo está constituido sencillamente por las ramas aferentes vesicales que llevan el estímulo de la distensión vesical a centros reflejos medulares. En la segunda y sucesivas épocas de la vida, este reflejo será auxiliado por la intervención de los centros superiores del encéfalo a los que quedará sometido en lo que se refiere a la voluntad.

La función de la micción reviste entonces dos aspectos: el primero, condicionado por la distensión paulatina y progresiva de este reservorio, cuya capacidad fisiológica corresponde al umbral de excitación en que se contrae el órga

no sincrónicamente, que como víscera hueca posee la vejiga. La contracción de su esfínter interno se opone al vaciamiento del órgano y este fenómeno es inconsciente.

En un segundo aspecto, la vejiga, después de adaptarse a un equilibrio sustentado principalmente por sus propiedades elásticas, queda en condiciones semejantes a la inicial, hasta que el volumen que paulatinamente aumenta, vuelve a despertar este fenómeno que sigue en el terreno de lo inconsciente hasta que se alcanza el umbral de excitación que transponiendo el de los centros medulares, se eleva a los centros superiores para ser auxiliado en caso necesario por el esfínter externo, músculos elevadores y perineales para oponerse o realizar la evacuación de dicho órgano.

5.- CONCEPTOS.

Micción involuntaria o incontinencia.

La micción involuntaria puede ocurrir en casos de in - continencia o en lesiones de la médula en las que participan los centros nerviosos que regulan la motilidad de la vejiga. También puede deberse a falta de tono de las paredes musculares o a la acción irritante de algunas sustancias o infla maciones de la vejiga. Un nerviosismo excesivo puede provo car el deseo de miccionar aun cuando solo exista una peque- ña cantidad de orina en la vejiga. Este deseo también es - despertado por impresiones visuales y auditivas, como cuan- do se ve o se oye el correr del agua. En los niños pequeños la incontinencia urinaria es normal. El niño orina cada - vez que la vejiga se ha llenado lo suficiente como para des pertar un estímulo reflejo. Cada niño responde de manera - diferente, en lo que se refiere a la facilidad para apren - der a dominar los actos de la micción y defecación.

Retención urinaria.

Las causas que producen retención urinaria o sea, la -

imposibilidad para miccionar son:

1. Obstrucción de la uretra o del cuello de la vejiga.
2. Contracción nerviosa de la uretra.
3. Pérdida de la sensación de manera que se pierde el deseo de orinar.

En estos dos últimos casos es frecuente vencer la re -
tención por estímulos mecánicos que provoquen los reflejos,
por ejemplo, se vierte agua tibia sobre la vulva o se hace
correr agua para que el ruido estimule el reflejo. Si la -
micción no se logra y no se hace un sondeo vesical, el órgao
no sufre gran distensión y es posible que se eliminen de man
nera involuntaria pequeñas cantidades de orina, sin vaciar
la vejiga. A este estado se le denomina micción por rebosam
iento.

6.- MATERIAL Y METODOS.

Del 1º de septiembre de 1982 al 30 de enero de 1983 se estudiaron 62 pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en el servicio de Ginecología del Hospital General Ignacio Zaragoza, con diagnóstico de cistocele en diferentes grados así como incontinencia urinaria de esfuerzo, bajo los siguientes criterios.

Definición: Cistocele, es la insuficiencia de la pared vesicovaginal anterior a nivel del trígono urogenital con prolapso o herniación del suelo de la vejiga, y eventualmente de la uretra al esfuerzo (Kasser), dependiendo de la distensión de los tejidos perineales de sostén; generalmente a consecuencia de partos anteriores, incurriendo a la vez en dos procesos que pueden ser: rectocele y prolapso uterino, por defecto en el plano aponeurótico pubocervical que sostiene la vejiga, deslizándose ésta hacia adelante encima y detrás del útero (Novak).

Diagnóstico: El cistocele se determinó mediante exploración vaginal solicitando a la paciente realizar maniobra

de valsalva, apreciándose el grado de herniación del suelo perineal y la incontinencia urinaria con este esfuerzo, así mismo se efectúa maniobra Boony-Marquetti.

Clasificación:

Cistocele Grado I.- descenso de la pared anterior de la vagina en su tercio inferior.

Grado II. descenso de la pared anterior de la vagina hasta su tercio medio.

Grado III. descenso de la pared anterior de la vagina hasta su tercio superior (AMGO).

La selección de las pacientes fué en la consulta externa de ginecología del Hospital General Ignacio Zaragoza; al azar dividiéndose en dos grupos de treinta y un pacientes, cada uno denominando grupo control y grupo testigo, tratados en el post operatorio en forma diferente.

Criterio de inclusión: pacientes con distopia genital e incontinencia urinaria de esfuerzo.

Criterio de no inclusión: pacientes que en el transoperatorio hayan tenido lesión vesical.

Criterio de exclusión: infección de vías urinarias, -
ginecológica, trastornos neurológicos y malformaciones con
génitas del tracto urogenital.

Condiciones prequirúrgicas que se analizaron:

- Edad
- Gestas
- Paras
- Fecha de última regla
- Fecha de último parto, en años
- Clasificación de cistocele
- Tratamientos previos a la cirugía
- Grado de incontinencia urinaria de esfuerzo
- Cirugía ginecológica previa
- Valoración cardiológica (pacientes de más de 40 años)
- Exámenes de laboratorio
- Técnica quirúrgica utilizada

A las pacientes de más de 40 años, se administraron es
trógenos naturales por vía vaginal quince días previos al -
acto quirúrgico.

Ninguna paciente tuvo evidencia clínica ni de laboratoo

rio de infección de vías urinarias o ginecológica.

Los exámenes de laboratorio y la valoración cardiológica fueron normales.

MANEJO POST QUIRURGICO.

- 1.- Deambulación dentro de las primeras 24 horas ambos grupos.
- 2.- Retiro de taponamiento vaginal (gasa furacinada) dentro de las primeras 24 horas, ambos grupos.
- 3.- Sonda de Foley número 18 F en ambos grupos, las primeras 24 horas.
- 4.- Medicación post quirúrgica.

MEDICAMENTOS	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
Trimetropin y Sulfatoxazol	27	31
Acido Nalidíxico	4	0
Fenazopiridina	31	31

Fuente: Hoja de análisis de casos según expediente.

- 5.- Líquidos parenterales las primeras 24 horas, ambos grupos.
- 6.- Manejo de sonda de Foley
GRUPO ESTUDIO.

- a.- Retiro de sonda dentro de las primeras 24 horas.
- b.- No se mide orina residual, sino hasta su egreso.
- c.- Se espera micción espontánea y se egresa de acuerdo a evolución quirúrgica, no importando la orina residual.
- d.- Si no hay micción espontánea se sondea en forma intermitente cada 6 u 8 horas.
- e.- Se maneja así hasta que la micción sea espontánea hasta por 3 días posterior al retiro, si no sucede ésto se reinstala la sonda y se egresa con cita en 3 días para retiro, esperando micción espontánea, - sin tomar en cuenta la orina residual, se egresa.
- f.- Cita en 21 días para control.

GRUPO CONTROL.

- a.- De 48 a 72 horas después de la cirugía, sonda intermitente día y noche durante 24 horas. (10 min. cada 3 horas), al término de ésto, se retira.
- b.- Posteriormente se mide orina residual si es menor de 100 cc. se egresa, previa micción espontánea.
- c.- Si hay retención de orina o es mayor de 100 cc., -

la residual, se reinstala la sonda, se egresa y se cita en 3 días para retiro, si falta la micción espontánea o la orina residual es mayor de 100cc., - se repite ésto cada 3 días hasta obtener el punto (b) en la consulta externa.

d.- Se cita en 21 días para control a la consulta externa.

RESULTADOS.

Se analizaron algunas variables que pueden influir el resultado como son:

C U A D R O 1

Pacientes del Hospital Ignacio Zaragoza según edad

1 9 8 3

GRUPO	ESTUDIO
E D A D	PACIENTES
21 - 30	3
31 - 40	10
41 - 50	10
51 - 60	6
61 - 70	2
TOTAL. -	31

GRUPO	CONTROL
E D A D	PACIENTES
21 - 30	1
31 - 40	10
41 - 50	15
51 - 60	4
61 - 70	1
TOTAL. -	31

Fuente: Hoja de análisis de casos, según expediente.

RESULTADOS.

C U A D R O 2

PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA

SEGUN GESTAS

1 9 8 3 .

C O N T R O L	
No. DE GESTAS	No. DE PACIENTES
1 - 5	9
6 - 10	15
11 - 15	6
16 - 20	1
T O T A L.	31

E S T U D I O	
No. DE GESTAS	No. DE PACIENTES
1 - 5	7
6 - 10	14
11 - 15	7
16 - 20	3
T O T A L	31

Fuente: Hoja de análisis de casos, según expediente.

RESULTADOS.

C U A D R O 3
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 SEGUN PARAS
 1 9 8 3

C O N T R O L	
No. DE PARAS	No. DE PACIENTES
1 - 5	15
6 - 10	15
11 - 15	1
16 - 20	0
T O T A L .-	31

E S T U D I O	
No. DE PARAS	No. DE PACIENTES
1 - 5	13
6 - 10	15
11 - 15	2
16 - 20	1
T O T A L .-	31

Fuente: hoja de análisis de casos, según expediente.

RESULTADOS.

C U A D R O 4
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 SEGUN ULTIMO PARTO EN AÑOS
 1 9 8 3 .

C O N T R O L	
ULTIMO PARTO	No. DE PACIENTES
1 - 5	9
6 - 10	11
11 - 15	6
16 - 20	2
21 - 25	2
26 - 30	1
T O T A L	- 31

E S T U D I O	
ULTIMO PARTO	No. DE PACIENTES
1 - 5	11
6 - 10	6
11 - 15	8
16 - 20	2
21 - 25	3
26 - 30	1
T O T A L	- 31

Fuente: Hoja de análisis de casos, según expedientes.

RESULTADOS.

C U A D R O 5
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 SEGUN ULTIMA REGLA EN AÑOS
 1 9 8 3

C O N T R O L	
ULTIMA REGLA	No. DE PACIENTES
1 - 5	27
6 - 10	2
11 - 15	1
16 - 20	0
21 - 25	1
T O T A L	- 31

E S T U D I O	
ULTIMA REGLA	No. DE PACIENTES
1 - 5	25
6 - 10	2
11 - 15	3
16 - 20	0
21 - 25	1
T O T A L	- 31

Fuente: Hoja de análisis de casos, según expedientes.

RESULTADOS.

C U A D R O 6
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 SEGUN ANALISIS DE MEDIA, DESVIACION
 ESTANDAR Y PROBABILISTICA.

1 9 8 3 .

VARIABLE	\bar{X} GRUPO CONTROL	Ds	\bar{X} GRUPO ESTUDIO	Ds	P
EDAD	42.74	10.78	43.56	8.39	NS
GESTAS	7.83	3.98	8.96	4.55	NS
PARAS	5.74	2.84	6.55	3.69	NS
F.U.P.	9.77	6.65	10.26	7.28	NS
F.U.R.	5.16	3.80	5.74	4.25	NS

\bar{X} = Media o moda

Ds= Desviación estandar

P = Probabilística

Ns= No significativa

Fuente: Cuadros de resultados del 1 al 5.

RESULTADOS.

C U A D R O 7

PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
SEGUN GRADO DE CISTOCELE

1 9 8 3

GRADO DE CISTOCELE	GRUPO CONTROL	%	GRUPO ESTUDIO	%
I			1	3.23
II	24	77.42	24	77.42
III	7	22.58	6	19.35
T O T A L .-	31	100.00	31	100.00

C U A D R O 8

PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
SEGUN GRADO DE INCONTINENCIA URINARIA

1 9 8 3

GRADO DE INCONTINENCIA	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
MINIMOS ESFUERZOS	31	31

Fuente: Hojas de análisis de casos, según expedientes.

RESULTADOS.

C U A D R O 9
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 SEGUN CIRUGIA GINECOLOGIA PREVIA
 1 9 8 3

CIRUGIA PREVIA	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	1	
HISTERECTOMIA VAGINAL	1	1
T O T A L . -	2	1

C U A D R O 10
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 SEGUN TECNICA QUIRURGICA REALIZADA
 1 9 8 3

TECNICA QUIRURGICA	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
KELLY-KENNEDY	16	16
KELLY	15	15
T O T A L . -	31	31

Fuente: Hoja de análisis de casos, según expedientes.

RESULTADOS.

C U A D R O 12
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 SEGUN TIEMPO DE RETIRO DE SONDA

1 9 8 3.

RETIRO DE SONDA	GRUPO CONTROL	%	GRUPO ESTUDIO	%
24 HORAS o MENOS	0		31	100.00
3 DIAS	7	22.6		
4 DIAS	11	35.5		
5 DIAS	12	38.7		
6 DIAS	1	3.2		
T O T A L .-	31	100.00	31	100.00

Fuente: hoja de análisis de casos, según expedientes.

RESULTADOS.

C U A D R O 13
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 SEGUN DIAS ESTANCIA

1 9 8 3.

DIAS DE ESTANCIA	GRUPO CONTROL	TOTAL DE DIAS	GRUPO ESTUDIO	TOTAL DE DIAS
3	0	0	1	3
4	1	4	8	32
5	7	35	16	80
6	17	102	5	30
7	6	42	1	7
T O T A L .	- 31	183	31	152

Fuente: Hoja de análisis de casos, según expedientes.

NOTA: Los días estancia 6 y 7 fue según criterio médico -
 siendo el tradicional de estancia de 4 a 5 días corres-
 pondiendo al mismo tiempo de instalación de la sonda
 Foley.

**ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA**

RESULTADOS.

C U A D R O 14

PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
SEGUN COMPLICACIONES Y MANEJO DE SONDA.

1 9 8 3 .

C O N C E P T O	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
RETENCION AGUDA DE ORINA	6	3
EGRESO CON SONDA	6	1
MANEJO DE EGRESADAS CON SONDA:		
- RETIRO AL 3er. DIA	5	1
- RETIRO AL 18º DIA	1	0
DISURIA AL EGRESO	21	1
DISURIA A LOS 21 DIAS	12	3
CONSULTAS NO PROGRAMADAS	11	0
MEDIA DE ORINA RESIDUAL AL EGRESO	38 cc.	8 cc.

Fuente: Hoja de análisis de casos, según expediente.

NOTA: En el grupo control de retención aguda de orina se incluyeron dos pacientes con orina residual de más de 100 cc. que se egresaron con sonda Foley. Cabe señalar, que las pacientes con histerectomía vaginal pre-

via en ambos grupos duraron más con sonda instalada - posterior a la retención aguda de orina, siendo en el grupo control de 18 días y en el grupo estudio 3 días. En ambos grupos no se observaron datos de infección, dehiscencias, hematomas, incontinencia urinaria de es fuerzo, ni reintervención en el tiempo propuesto, que fué de 21 días.

La evaluación estadística fué por el método "t" de - Student.

RESULTADOS.

C U A D R O 15
 PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA
 ANALISIS DE RETENCION AGUDA DE ORINA DE
 ACUERDO A LAS VARIABLES SIGUIENTES:

1 9 8 3

SEGUN EDAD	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
38-45	3	3
46-53	3	0
SEGUN GESTAS.		
2- 5	3	2
6- 9	1	1
10-13	1	0
14-18	1	0
SEGUN PARAS		
2- 5	3	2
6- 9	1	1
10-13	2	0
SEGUN FUP.		
1- 5	1	2
6-10	1	1
11-15	2	0
16-20	2	0
SEGUN FUR		
1- 9	4	3
10-19	2	0
SEGUN CISTOCELE		
GRADO II	6	3

SEGUN CIRUGIA PREVIA	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
VAGINAL	1	1
SEGUN TECNICA QUIRURGICA		
KELLY-KENNEDY	3	2
KELLY	3	1
SEGUN TRATAMIENTO POST-QUIRURGICO		
BACTRIM AC. NALIDIXICO	5	3
	1	
SEGUN TIEMPO DE RETIRO SONDA.		
24 HRS. o MENOS	0	3
5 DIAS	12	0

Fuente: Hoja de análisis según expedientes.

DISCUSION.

La aceptación por diversos autores, respecto a bacteriuria y trauma ureteral, con la consecuente infección ascendente de vías urinarias posterior a cateterismo transuretral, que es porcentualmente mayor mientras más tiempo dure, ha sido considerado en forma indiferente por más de 30 años, en el manejo de las pacientes post-operadas de colpoperineoplastia anterior, siendo el manejo tradicional en diferentes centros hospitalarios con cateter transuretral hasta por 5 días, siendo esto discutible ya que se propuso posterior a retención urinaria aguda por la denervación parasimpática parcial en la operación de Wertheim, no existiendo hasta el momento razones importantes desde el punto de vista fisiopatológico para precindir o disminuir el tiempo de instalación de la misma, enfatizándose como causa de gran trascendencia para la producción del síndrome a factores mecánicos por la presencia del cateter transuretral, que produce uretritis, edema del cuello vesical, trigonitis, bacteriuria y consecutivamente, retención urinaria aguda de orina.

Con el ánimo de dar un enfoque nuevo a este problema - se propone el presente trabajo, midiendo los resultados en función de retención urinaria aguda, secundaria al uso prolongado del cateter transuretral, y como estudio preliminar para futuros trabajos en donde los resultados se midan en función a bacteriuria y manejo sin cateter.

Realizándose el análisis de las variables ya comentadas, así como la comprobación de hipótesis por medio de la "t" de Student, siendo esta última por el cálculo estadístico: $p < 0.5$.

CONCLUSIONES.

Se estudiaron los resultados de un grupo de 62 pacientes, dividido en 2 subgrupos el control y el de estudio, con los parámetros de inclusión y exclusión descritos previamente a las que se sometió a colpoperineoplastia anterior con las técnicas mencionadas.

El grupo estudio se manejó en el post operatorio con sonda de Foley del No. 18 F.. a permanencia por tiempo máximo de 24 horas, midiéndose los resultados en función a retención urinaria aguda, lo cual ocurrió en 3 pacientes las cuales se manejaron con sondeo intermitente cada 8 horas, siendo ésto necesario en dos de ellas, en 3 ocasiones, con micción espontánea posterior, otra ameritó sondeo en 6 ocasiones y se reinstaló la sonda, debido a el antecedente de hysterectomía vaginal 6 años antes y retención urinaria aguda que ameritó sonda a permanencia durante 15 días. Se egresó con sonda retirándose en 3 días con micción espontánea en las siguientes 3 horas.

En el grupo control, se manejó la sonda transuretral en forma tradicional (4 a 5 días), hubo 6 pacientes con re-

tención urinaria, 2 de ellas con orina residual de 170 y 200 cc. que ameritaron egresarse con sonda de Foley 18F la cual se retiró en 5 pacientes a los 3 días con micción espontánea en un tiempo promedio de 6 horas, la restante continuó con sonda por espacio de 18 días, habiendo el antecedente de histerectomía vaginal 6 años antes.

En este grupo hubo un mayor número de días de internamiento (31), siendo mayor esta diferencia de días-cama por el hecho de que las pacientes del grupo estudio se egresaron al 2º ó 3er. día, pero por circunstancias propias del estudio, egresaron en promedio al 4º día.

La orina residual se encontró en mayor cantidad en este grupo ya que el grupo estudio tuvo mayor ejercicio vesical por el retiro temprano de la sonda. Además de un mayor número de consultas no programadas en las pacientes con sonda.

En el grupo estudio disminuyó en forma importante la disuria al egreso.

Conclusión: el manejo en el grupo estudio condicionó:

- Menor índice de infecciones de vías urinarias.
- Menor número de días cama.

- Menor gasto en material de consumo.
- Menor número de consultas no programadas.
- Mejoría en las condiciones generales de egreso.
- Menor cantidad de orina residual.
- Menos horas-trabajo al personal de enfermería.
- Manejo no recomendado para pacientes con cirugía ginecológica previa, tipo histerectomía.

RESUMEN.

Con el ánimo de dar un enfoque nuevo a este problema - en las pacientes post operadas de colpoperineoplastia anterior, se estudiaron los resultados de un grupo de 62 pacientes dividido en dos subgrupos: el control y el de estudio, tomadas al azar en el servicio de Ginecología del Hospital General Ignacio Zaragoza del ISSSTE, del 1º de septiembre - de 1982 al 30 de enero de 1983, con los criterios de inclusion y de exclusion ya comentados, analizándose los resulta dos de cada grupo.

En el desarrollo del trabajo se observaron los antecedentes gineco-obstétricos: edad, gestas, paras, fecha de último parto, fecha de última regla, las cuales fueron simila res en ambos grupos con $p=NS$.

La clasificación del cistocele se realizó de acuerdo - a la AMGO, encontrándose que el 77.42% de las pacientes pre sentó grado II y el 22.58% grado III en ambos grupos, con - incontinencia urinaria de mínimos esfuerzos en el 100% de - los casos.

Se incluyeron 3 pacientes con cirugía previa del tipo

de histerectomía abdominal y vaginal; en el grupo control - una paciente con cirugía de cada tipo, y en el grupo estu - dio, una paciente con histerectomía vaginal.

La técnica quirúrgica en ambos grupos fué Kelly-Kenne - dy en 16 casos y Kelly en 15 casos, administrándose a las - pacientes de más de 40 años, estrógenos naturales por vía - vaginal 15 días previos a la cirugía en ambos grupos, se - realizó valoración cardiológica a aquellas que sobrepasaban esta edad, siendo todas ellas clase I (bajo riesgo).

No se encontró evidencia clínica, ni por laboratorio - de infección ginecológica o urinaria.

Los exámenes de laboratorio BH, Q.S., E.G.O., Uroculti - vo, T.P., y TPT. fueron normales.

El manejo post quirúrgico en el grupo control fué el - tradicional con sonda de Foley abierta a permanencia 48 a - 72 horas, iniciándose posteriormente en forma intermitente (abierta 10 minutos cada 3 horas durante 24 horas); retiro del cateter y espera de micción espontánea. Habiendo ocu - rrido ésto y la orina residual fué menor de 100 cc. se egre - só a la paciente sin sonda, en caso contrario, o con orina

residual mayor de 100 cc., se egresa con sonda retirándola en 72 horas. Hubo 6 pacientes con retención urinaria; en 5 de ellas se retiró la sonda a las 72 horas con evolución - adecuada y una paciente requirió 18 días con sonda a permanencia, debido probablemente al antecedente de histerectomía vaginal 6 años antes.

Se manejó la sonda Foley a permanencia por un tiempo - promedio de 4 a 5 días.

En el grupo estudio se retiró la sonda Foley a las 24 horas con micción espontánea en un lapso de 8 horas en la - mayoría de los casos, solo 3 pacientes se manejaron con sondeo intermitente, requiriendo dos de ellas 3 sondeos presentándose la micción espontáneamente; una de ellas requirió 6 sondeos egresándose con sonda por el antecedente de histerectomía vaginal previa con retención urinaria aguda, se retiró la sonda a las 72 horas recuperando la micción espontánea a las 2 siguientes.

La orina residual en promedio en el grupo control fué de 38 cc. y en el estudio de 8 cc. al egreso.

Se cita a todas las pacientes en 21 días para control

postquirúrgico.

A los dos grupos se les administraron antibióticos en forma profiláctica del tipo Trimetropin y Sulfametoxazol en el grupo control a 27 y en el estudio a 31, al resto del grupo control se administró además ácido Nalidíxico hasta por 21 días.

Encontramos una franca disminución de la disuria en el grupo estudio ya que solo se presentó en una de 21 pacientes al egreso y en 3 de 12 pacientes a los 21 días.

El número de días cama fué menor en el grupo estudio (31 días); con un promedio de 183 en el grupo control y de 152 en el grupo en estudio, el cual en razón del estudio no pudo haber sido menor, ya que 48 horas de internamiento por paciente sería la forma ideal.

El número de consultas no programadas en la consulta externa o en urgencias, fué de 11 en el grupo control y de 0 en el grupo estudio.

La comparación de los resultados, así como la evaluación de los mismos en forma estadística, nos dió un valor

de $p < 0.5$ en el grupo estudio; habiendo sido ambos grupos si milares en cuanto a sus antecedentes por lo que se considera que el método propuesto es útil y valioso.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alvarez Bravo; Tratamiento del prolapso uterino. Rev. AMGO. II, 151 (1965).
- 2.- Asociación de Médicos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3. Ginecología y Obst.; I,653-905 1983.
- 3.- Andriole, V.T.; Hospital asquired urinari infections and the indwelling catheter. Urol. Clin. North. Am. - 2: 451 -(1975).
- 4.- Berger C., Dickeuterw; Reberh, Prevention of urinary tract infections with a sigle dose of Cotrimaxole in patients with a urinary catheter; Geburtshilfe Fraunhelkd; 1981 Ag. 41 (8); 544-7.
- 5.- B. Nanninga, John, B.N.; Care of the catheter dependent patient; Urologic Clinics of North Am. Vol. VII No. 1 Feb. 1980. pag. 41-44.
- 6.- Calvin M. Kudin; Detection, prevention and management of urinary tract infection; Lea & Febiger, Philadel_ - phia 1979. 3a. edición- 227-44.
- 7.- Clark, C.L.; Catheter care in the hom; Am. J. Norsing 72: 922-1972.
- 8.- Cuaresma Gutiérrez; Operación Wertheim y trastornos - vesicales; Rev. G. y Obst. de Méx. Vol. VIII ene-feb. 1953 pag. 46-48.
- 9.- Cope E.J.; Obs. & Gyneac British Com. 69:837-57 1962.
- 10.- Donald I., Barf W., Mc. Garry J.A.; Obst. & Gynecol -

British formn; 69: 837 1962.

- 11.- Gallo, D.; Rev. Gine. Obst. Méx. 5: 446-1950.
- 12.- Gallo, D.; Mem. III Cong. Mex. Gin. y Obst. Tomo II
Pag. 416-29-1958.
- 13.- Garibaldi, R.A.; Burke J.P., Dickman, M.L.; Factores
predisposing to bacteriuria during indwelling cathete
rización; New Engl. J. Med., 291: 215-1974.
- 14.- Goder. Cass a.s.; Riz, E.; Another aspect of acute -
urinary retention in young patients. Ann Emerg Med.-
Sept. 11 (9) 471-4 -1982.
- 15.- H.C. Falk y W. Polishok; Vaginal hysterectomy for -
uterine prolapse; Am. J. Obst. Gynec; V. 69 No. 2 -
333-37 Feb. 1955.
- 16.- Hawkins, D.P.; J. Obst. & Gynec. British, 69:585 -
1962.
- 17.- Kassery, H.A.; 10a. Ed. Técnica operatoria Ginecoló-
gica, Tomo I. Págs. 242-45, 491-94 -1976.
- 18.- Kunin, C.M.; Detection, prevention and management of
urinary tract infections; Philadelphia Lea Ana Febi-
ger 0 1974.
- 19.- K. Gureuch. I.; Selection criteria for closed urina-
ry drainage sisters; Supervisor Norse. 10:39 -1979.
- 20.- Lewis T. Dorgan; Vaginal Hysterectomy.- Am. J. Obst.
& Gynec. Vol. V., 69, No. 2 Pag. 320-33, feb. 1955.
- 21.- Netter, Aparato Reprodutor Ed. I: Pag. 146-1983.

- 22.- Novak. Ed. I: 288- 1983, Gynecology.
- 23.- Serva Pedro; Trat. de Prolapso Genital, Vol.V Pag. -
167-70, mayo-junio 1950.
- 24.- Stamm E.E., Wagner K.F., Amser R.; Causes of the ure
tral syndrome in women. N. Eng. J. Med. 1980, Aug. -
21:3030 (8) 409-15.
- 25.- Saldívar, Bernal; Colpoperineoplastía. Rev. Gynec. y
Obst. de Méx. Vo. V. pag. 413-28 - 1950.