11217
167

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"LUIS CASTELAZO AYALA".

F. DE MEDICINA
ABR. 26 1994
SECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

DERIVACION SUPRAPUBICA, EVALUACION DE DOS METODOS EN PACIENTES CON CISTOURETROPEXIA

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. ARTURO SANDOVAL SALGADO

ASESOR: DR. SEBASTIAN IRIS DE LA CRUZ

IMSS

MEXICO, D. F. 1994

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

IMSS ENSEÑANZA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
I.M.S.S.

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

Pág.

Resumen..... 1

Introduccion..... 2

Planteamiento del Problema..... 4

Hipótesis, Objetivo..... 6

Material y métodos..... 7

Resultados..... 10

Conclusiones..... 13

Tablas y Gráficas..... 15

Bibliografía..... 20

RESUMEN

La cistomia suprapubica con cystofix es un valor alternativo con el cateter de foley.

En el presente trabajo se comparan los dos métodos de derivación suprapubica en particular a las que se le realizó cistouretropexia en el perfodo comprendido entre Julio de 1993 y Enero de 1994. En el módulo de incontinencia urinaria y trastornos de la estática Pélvica.

Se analizaron los siguientes parámetros: Edad, tipo de cirugía, días del drenaje suprapubico, infecciones, hematuria macroscópica, orina residual, reacciones inflamatorias del trato urinario, fistula vesicoabdominal, complicaciones mecánicas, absceso de pared abdominal.

La mayoría de las pacientes tuvieron diagnóstico de I.U. y trastornos de la estática pélvica.

De las intervenciones realizadas, la operación de Pereyra mas colpos fue la más fruecuente (71.4%), seguida de Pereyra Clásica (16.6%), cabestrillo (5%), Burch (3.32), colpos mas Kelly (3.32%).

La incidencia de complicaciones mas frecuentemente encontradas fue la retención urinaria y la hematuria macroscópica, infección de vías urinarias.

INTRODUCCION

Ya desde años antes de Cristo, en escritos antiguos se-enunciaba este tipo de alteraciones en las mujeres de aque--llos tiempos y así podemos citar diferentes datos cronológicos como son:

En Egipto el papiro de Kahum 2000 A.C., en el cual se - mencionan enfermedades de los órganos genitales femeninos incluyendo lo que hoy en día sería la incontinencia urinaria - de esfuerzo. En el año 1500 A.C., el papiro de Ebers hace -- mención de la retención urinaria así como su tramiento.

En el siglo XIX Mario Sims describe el tratamiento para las fistulas vesico-vaginales.

En el año de 1881 Mosso y Pellacon realizaron una cis--tometría y desde entonces se considera el inicio de la etapa científica o inicio de la urodinamia. Así pues con el tiempo se han ido realizando diversas técnicas de estudio y su perfeccionamiento, reportándose para el año de 1911 a Kelly con su trascendente plegamiento vaginal para la corrección de la incontinencia de esfuerzo. En el año de 1923, Victor Bonney-describe una técnica para la corrección de la incontinencia-a través de una incisión suprapubica. Posteriormente en 1949 Marshall, Marchetti y Krantz, describen una técnica para la-suspensión vesico-uretral.

En 1959 Pereyra introduce su aguja larga, aportando su-

técnica la cual através de una incisión suprapubica eleva el cuello vesical, de esta manera en el año de 1961 Enhunning - y Donato demuestran que la presión uretral disminuye con la - edad.

En 1972 de Groat realiza estudios que demuestran la in-- fluencia del sistema nervioso sobre la vejiga. En 1973 Stamey describe su técnica con su propia aguja.

De esta manera podemos seguir mencionando avances en -- cuanto a las técnicas quirúrgicas que ya son más de 100 y -- los diversos avances en cuanto a conocimientos urodinámicos- y neurológicos de la continencia urinaria, sin que hasta la fecha exista el tramiento ideal para la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No existe una alteración más angustiosa que la incontinencia urinaria de esfuerzo, escurrimiento constante de la repulsiva orina que moja las ropas, las cuales se pegan, húmedas y frías a los muslos y vuelven molesta a la paciente consigo misma, y con sus familiares y además la aleja de la sociedad... (Howard Kelly 1928).

Uno de los síntomas más molestos que encontramos en forma predominante en mujeres de edad avanzada y en las multíparas, es la insidiosa y progresiva pérdida del control urinario, encontrándose que 50 de cada 100 mujeres han presentado pérdida involuntaria por lo menos en más de una ocasión en alguna etapa de su vida.

Si bien el problema comienza con la frecuente pérdida de la continencia urinaria, en casos donde hay aumento súbito de la presión sobre el diafragma pelviano, el problema aumenta gradualmente con la edad, hasta el grado en que la paciente debe usar un aposito en todo momento para no mancharse la ropa, en este momento se vuelve difícil para la paciente continuar negando este problema que ha venido a complicar su vida.

Es indudable que los traumatismos obstetricos constituyen una de las causas principales de incontinencia urinaria de esfuerzo, actuando directamente sobre el esfinter uretral

y la uretra como lo demostró Stokel y Kalisher por medio de-cistoscopias en el parto inmediato, por otra parte Lister en estudios radiológicos durante el parto, demostró que en las-distocias con desproporción cefalopelvicas, cuando la cabeza permanece detenida en la parte media de la pelvis, el cuello vesical se puede elevar hasta el borde superior del pubis,--distendiendo y rompiendo el ligamento pubouretral y la ure--tra en la misma proporción

La ginecología ha alcanzado una impresionante evolución en esta última década con respecto a la neurofisiología de - la continencia urinaria; métodos diagnósticos, técnicas de - manejo y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuer-zo, así como de trastornos de estática pelvigenital logrando así un diagnóstico más preciso de la causa de la incontinen-cia urinaria, por lo que cuando se realiza corrección quirur gica de la misma, el porcentaje de recidiva es menor, ya que se elige la técnica adecuada para la alteración que presenta la paciente.

HIPOTESIS

Existen ventajas del drenaje suprapubico con cystofix,- en comparación con el drenaje suprapubico con cateter de foley.

OBJETIVO

Identificar las ventajas y desventajas del drenaje su-- prapubico con cystofix, comparado con el drenaje suprapubico con cateter de foley.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en el Módulo de Incontinencia Urinaria y Trastornos de la Estática Pelvigenital del Servicio de Ginecología en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se hizo un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo, en pacientes que asistieron a nuestro módulo y a las cuales se les diagnósticó Incontinencia Urinaria de esfuerzo y trastornos de estativa pelvigenital (El tipo de cirugía realizada fue la cistouretropexia).

Se captaron 60 pacientes, a las cuales se les realizó cistouretropexia. Se hicieron 2 grupos, cada uno con treinta pacientes. Al primer grupo se le realizó la derivación suprapubica con el método de Robertson.

El segundo grupo se realizó derivación suprapubica con cystofix 10F, la recolección de datos se inició a partir de Julio de 1993, fecha en que se colocó la primera derivación suprapubica y se terminó en Enero de 1994. Los parámetros que seleccionamos de cada paciente fueron los siguientes:

1) Edad
2) Tipo de cirugía
3) Derivación Suprapubica con cystofix o sonda de foley
4) Días del drenaje.

5) Infecciones

6) Hematuria Macroscópica

7) Orina Residual

8) Reacciones inflamatorias del tracto urinario

9) Fistula vesicoabdominal

10) Complicaciones mecánicas

11) Absceso de pared

Los datos recabados se tabularon de acuerdo a los resultados obtenidos en cada uno de los (2) grupos.

DESCRIPCION DE LAS TECNICAS

METODO DE ROBERTSON:

Se llena la vejiga con 300 cc de solución salina, se -- realiza una incisión suprapubica a 1 cm. por arriba de la -- operación de Pereyra, se introduce una pinza de Voseman y se palpa el extremo distal y se pasa atrávez de la incisión abdominal a manera de exteriorizar dicha pinza por la incisión previamente realizada para evitar distender la uretra, el -- extremo de la pinza de Voseman, se separa con una pinza de - Kelly o de campo y se coloca una sonda de foley # 14, la --- cual se retrae atravês de la pinza uterina hasta una distancia en que se considere quede dentro de la cavidad vesical,- se checa drenaje de orina, se retira la pinza uterina y se - infla el globo de la sonda para evitar que se expulse la misma.

CISTOFIX:

Se llena la vejiga con 300 cc sol. salina se introduce- el trocar del dispositivo que incluye el cateter retraído -- 10 F hasta obtener salida de líquido, una vez hecho esto, se introduce el resto del cateter retraído hasta la medida que- tiene impresa, se retira el trocar hasta el tope y mediante la disposición se dobla hacia adentro para extraerlo y evi-- tar el corte del cateter, el cual se fija en la piel y se -- conecta al tubo de derivación con anexo al cistofix.

RESULTADOS

Se captaron un total de sesenta pacientes a las cuales se les hizo el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y trastornos de la estática pelvica, el cual fue realizado en el consultorio del mismo módulo del servicio.

Un 33-36 % de las pacientes tenían un promedio de edad entre los 46 y 50 años para ambos grupos (ver tabla I).

La tabla II que corresponde al total de cirugías efectuadas por el servicio y a las cuales se les realizó derivación suprapubica, la operación de Pereyra mas colpos corresponde al mayor número de casos con un total de 43, seguido de la Pereyra clásica con 10 casos, cabestrillo con 3 casos, colpos mas Kelly y Burch con 2 casos cada uno de ellos, haciendo un total de sesenta pacientes, se hicieron dos grupos cada uno con treinta pacientes, al primer grupo se le realizó derivación suprapubica con Cystofix F 10, al segundo grupo se le realizó derivación suprapubica con el método de Robertson, (Ver técnica hoja 9).

La tabla III corresponde a la mortalidad y morbilidad en pacientes a las cuales se les aplicó Cystofix F 10, mortalidad no la hubo y no existen casos reportados en la literatura mundial. La morbilidad que se presentó con mas frecuencia de acuerdo a los parametros estudiados fue la retención urinaria con nueve pacientes que corres ---

ponde al 29.9% del total de los casos, se tomó como parametro de retención urinaria 14 días o más.

El segundo lugar lo ocupó la hematuria macroscópica con ocho pacientes que correspondió al 26.6% del total de los casos.

El tercer lugar lo ocupó la infección de vías urinarias con sólo dos casos que correspondió al 6.6% de las complicaciones mecánicas sólo un caso con lesión de vejiga al pasar la aguja de Pereyra por el espacio de Retzius, un absceso de pared abdominal en una paciente la cual era diabética.

No hubo reacciones inflamatorias del tracto urinario ni fistula vesicoabdominal.

En la tabla IV que corresponde a la mortalidad y morbilidad, en pacientes con derivación suprapubica con sonda de foley.

Mortalidad no hubo y no existen casos reportados por este método.

La morbilidad fue mayor en este grupo de pacientes y la retención urinaria ocupa el primer lugar con doce pacientes que corresponde al 39.9% del total de los casos de este grupo, seguido de la hematuria macroscópica con diez pacientes que correspondió al 33.3%, se presentaron cinco casos de reacción inflamatoria del tracto urinario que correspondió al 16.6%, esto es debido a la técnica

utilizada con este método de Robertson, hubo tres casos de infección de vías urinarias que correspondió al 9.9%, un - abceso de pared abdominal en una paciente diabética, no hubo complicaciones mecánicas y al igual que en el grupo - anterior no hubo fistulas vesicoabdominales.

Todas las pacientes tuvieron una estancia hospitalaria de cincos días, en el grupo de pacientes con cystofix sólo ocho pacientes se fueron sin cateter suprapubico que co--- rrespondió al 26.6% las restantes 22 pacientes se les retiró el cateter en un promedio de 15 a 30 días. Se tomó como parámetro la medición de orina residual menos de -- 50 cc una vez que se les cerró el cateter y tomaron agua - y miccionaron en tres ocasiones para medir orina residual.

En el grupo de pacientes con derivación suprapubica con el método de Robertson sólo cinco pacientes se fueron -- sin sonda de foley suprapubica al egreso que corres--- pondió al 16.6% las restantes veinticinco pacientes se - les retiró la derivación con foley en un promedio de 15 a 45 días.

Se tomó como parámetro la medición de orina residual el que se utilizó con las pacientes con Cystofix.

CONCLUSIONES

En la actualidad la incontinencia urinaria de esfuerzo y los trastornos de la estatica pelvigenital son una patología por la cual la mujer moderna consulta con mayor frecuencia y nuestro país no es la excepción, de igual forma han surgido avances en cuanto a las técnicas quirúrgicas como tratamiento para esta patología y podríamos decir -- con gran facilidad que ya son más de 100 las técnicas -- quirúrgicas, siendo un valor alternativo para esta patología la cistouretropexia.

Una de las principales complicaciones presentadas en este tipo de pacientes es la retención urinarias por el tipo de cirugía realizado de igual forma han surgido otro tipo de complicaciones como la infección de vías urinarias, la -- hematuria macroscópica.

La cistotomía suprapubica con cystofix es un valor alter-- nativo con el cateter con foley. Las ventajas de la cistotomía suprapubica son principalmente una reducción de las infecciones del tracto urinario, menos reacciones infla--- matorias en el tracto urinario y evitar muchas veces es-- tructuras uretrales después del cateterismo transuretral - (Método de Robertson).

Hay muy pocas contraindicaciones que deberán ser conside-- radas, principalmente en vaciar la vejiga y trastornos -- de la coagulación.

La cistotomía con cystofix es tan útil para drenajes urinarios terminales cortos como para drenajes terminales largos.

TABLA I

DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	D. Cystofix	D. Foley
31 - 35	1	0
36 - 40	3	4
41 - 45	4	4
46 - 50	10	11
51 - 55	4	5
56 - 60	4	2
61 - 65	3	2
66 - 70	0	2
71 - 75	0	1
76 - 80	1	1
	30	30 = 60

DERIVACION SUPRAPUBICA, EVALUACION DE DOS METODOS EN PACIENTES CON CISTOURETROPEXIA

Distribución por edad

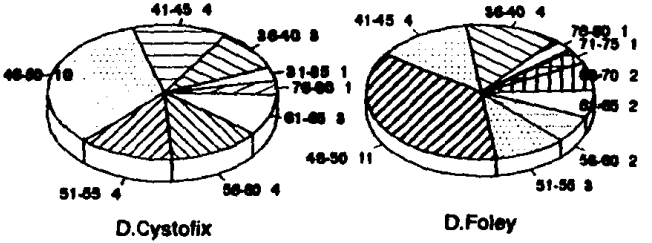


Fig. I

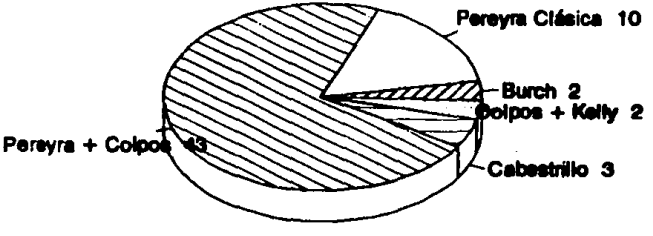
TABLA II

Tipos de cirugías y número de casos efectuadas en el módulo de incontinencia urinaria y trastornos de la estática pélvica y genital, a las cuales se les realizó derivación --- suprapubica posterior al procedimiento de cistouretropexia.

TIPO DE CIRUGIA	NUMERO DE CASOS
Pereyra clásica	10
Pereyra Mas colpos	43
Cabestrillo	3
Colpos Más Kelly	2
Burch	2
	60 TOTAL

DERIVACION SUPRAPUBICA, EVALUACION DE DOS METODOS EN PACIENTES CON CISTOURETROPEXIA

Tipo de Cirugía



Mortalidad 0

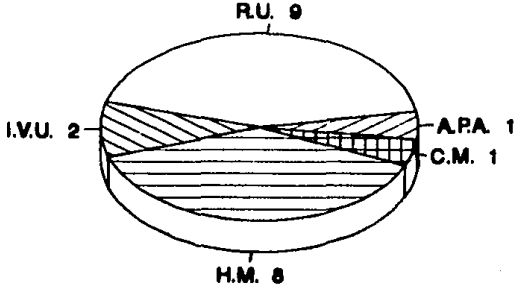
Fig. II

TABLA III

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON DERIVACION CON CISTOFIX

	NUMERO DE CASOS	%
MORTALIDAD	0	0
MORTALIDAD		
- Retención Urinaria	9	30
- Infección de Vías Urinarias	2	6
- Hematuria Macroscópica	8	26
- Reacciones Inflamat. del tracto U.	0	0
- Fistula Vesicoabdominal	0	0
- Compliaciones	1	3
- Absceso pared abdominal	1	3

DERIVACION SUPRAPUBICA, EVALUACION DE DOS METODOS EN PACIENTES CON CISTOURETROPEXIA
Morbimortalidad en pacientes con Cystofix



Mortalidad 0

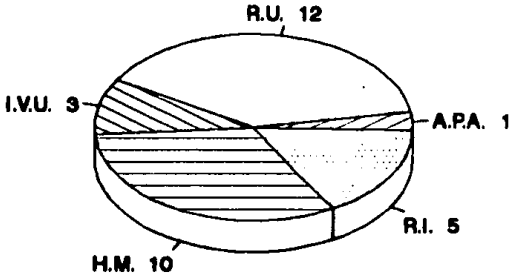
Fig. III

TABLA IV

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON DERIVACION CON FOLEY

	NUMERO DE CASOS	%
MORTALIDAD	0	0
MORTALIDAD		
- Retención Urinaria	12	40
- Infección de Vías Urinarias	3	10
- Hematuria Macroscópica	10	33
- Reacciones Inflamatorias del Tracto U.	5	33
- Fistula Vesicoabdominal	0	0
- Complicaciones Mecánicas	0	0
- Absceso de pared abdominal	1	3

DERIVACION SUPRAPUBICA, EVALUACION DE DOS METODOS EN PACIENTES CON CISTOURETROPEXIA
Morbimortalidad en pacientes con Foley



Mortalidad 0

Fig. IV

TABLA V

DRENAJE VESICAL SUPRAPUBICO EN PACIENTES
CON CISTOURETROPEXIA

TIPO DE CIRUGIA	No. CASOS	CYSTOFIX AL EGRESO	
		SIN	CON
Cistouretropexia	30	8	22
TIPO DE CIRUGIA	No. CASOS	FOLEY AL EGRESO	
		SIN	CON
Cistouretropexia	30	5	25

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DERIVACION SUPRAPUBICA, EVALUACION DE DOS METODOS EN PACIENTES CON CISTOURETROPEXIA

Cistouretropexia

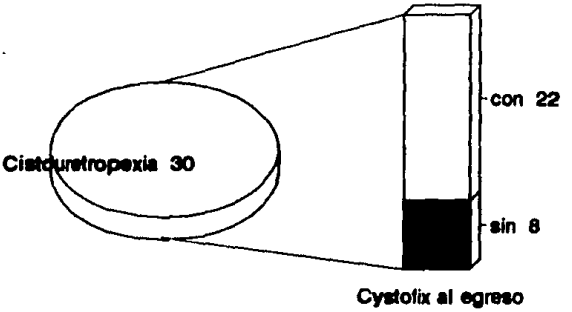


Fig. V A

DERIVACION SUPRAPUBICA, EVALUACION DE DOS METODOS EN PACIENTES CON CISTOURETROPEXIA

Cistouretropexia

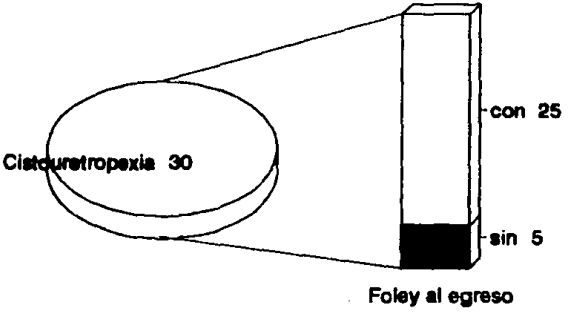


Fig. V B

BIBLIOGRAFIA

1.- L.C. Powell, Jr. M.D. Retropubic uretrocystopexy: Vaginal approach. Am. J. Obstet. Gynecol 1981;140: 91-8.

2.- Joseph A. Riggs, M.D. Retropubic Cystouretropexy: A Re-- view of two operative procedures with long-term follow-- up. Obstet. Gynecol. 1986; 68: 98-105.

3.- Emil A. Tanagho Colpocystourethropexy: The way do it. -- The way we do it. The J. of Urology 1976; 116:751-3.

4.- Dr. S.I. de la Cruz, Dr. M. Villalobos, Dr. M. Peña, Cols. Cistouretropexia retropubica en incontinencia urinaria - de esfuerzo. Ginec. Obstet. Méx. 1986;54:329-337.

5.- Dr. M. Peña, Dr. G. Silva, Dr. S.I. de la Cruz, Cols. -- Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de - esfuerzo III. Ginec. Obstet. Méx. 1988;56:39-44.

6.- Dr. S.I. de la Cruz. Evaluación de la paciente con incon tinencia urinaria. Ginec. Obstet. Méx. 1988;56:5-12.

7.- Klinik fur Urologie, Kantonsspital St. Gallen. Suprapub urinary diversión using Cystofix-an alternative to he - urethral indwelling catheter. The-Umsch 1992;49:27-31.

8.- Flantl J., Cols. Postmenopausal urinary incontinence: -- Comparison betwen Non-estrogen-suplemented women. Obstet. Gynecol. 1988;71:813-28.

9.- H. Tadashi, C. Christos. The effect of of Alha 2 agonists and antagonists on the lower Urinary Tract of the Rat. J. Urol. 1993;149:159-64

10.- Baker G., Glening P., Treatamente of the unestable --- bladder with propan theline and imipramine. Aust. NZ J. obstet. Gynaecol. 1987;27;152-4.

11.- Robertson J.R. Clin. Obstet. Gynecol 1973;115:976.

12.- Robertson J.R. AM. J. Obstet. Gynecol 1973;29:107.

13.- Clin. Obstet. Ginecol. 1990;2:301-15.

14.- Clin. Obstet. Ginecol. (Temas actuales) 1980;4:779-86.