

11217
166
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE SALUD



OPERACION DE PEREYRA EN LA INCONTINENCIA URINARIA
RECIDIVANTE DURANTE 1988 - 1990 RESULTADOS
EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MEXICO DE LA S.S.

Handwritten signature

S. S. A.
"HOSPITAL DE LA MUJER"
DEPTO. DE ENSEÑANZA MEDICA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO
ILDEFONSO UGALDE OLVERA



PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D.F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

257699 *



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE SALUD

OPERACION DE PEREYRA EN LA INCONTINENCIA URINARIA
RECIDIVANTE DURANTE 1988 - 1990 RESULTADOS
EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MEXICO DE LA S.S.

TESIS

QUE PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO

ILDEFONSO UGALDE OLVERA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD

EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D.F.

1997

A mi esposa

Lucia de Jesús Quien siempre me ha apoyado en mis proyectos y
anhelos profesionales. Para ella todo Mi cariño admiración y respeto

A mis Hijos

Ana Lucia , Samuel Ulises, Carlos Ildelfonso y Alejandro Baruch,
por los que siempre lucharé para su formación integral.

A mis Padres y Hermanos

a quienes agradezco su apoyo incondicional en mi formación
profesional.

A mis Queridos maestros y condiscípulos

a quien les doy las gracias por la enseñanza y consejos en tiempos de
vicisitudes, que en forma desinteresada me brindaron; especialmente
para mí querido maestro el Sr. Doctor Arturo Zarate Santamaria
Para ellos mí gratitud imperecedera.

UNAS PALABRAS PREVIAS

Sres. Sinodales

Después de un tiempo de dedicarme a la Gineco/Ostetricia ha llegado el momento de comparecer ante un jurado para demostrar suficiencia en la Especialidad. Pues heme aquí, dispuesto a comparecer ante vosotros, sin que sea un sueño sino una realidad., Sin embargo no tengo ningún temor porque cuento de antemano con vuestra benevolencia. Ustedes, en cambio, como representantes del Hospital de la Mujer cuentan con mi gratitud y afecto.

En los tres años de formación académica de la especialidad logre identificarme con Mi Hospital de la Mujer y del que me considero un Ginecólogo digno de representarlo en donde profesionalmente fuese necesario.

Esta es la razón por la que hace tiempo aspiraba a poseer el título Universitario de Ginecólogo del Hospital de la Mujer, y aquí estoy ante ustedes como el mas modesto de los discípulos , para que si lo consideran justo, me lo otorguen. Yo estoy seguro, que habiendo sentido siempre alguna indiferencia hacia los documentos oficiales, este título de Gineco-Ostetra, lo tendré siempre ante mi, lleno de intima satisfacción, legitimo orgullo y gratitud imprecadera.

Los saluda el mas entusiasta, modesto y agradecido de sus discípulos.

Ildefonso Ugalde Olvera

Quiero expresar mi agradecimiento por la colaboración que ha prestado para la elaboración de ésta tesis, al Dr. Juan Arturo Chavarría Baños , que sin su valiosa ayuda y conocimientos no hubiese sido posible éste trabajo.

INDICE

	Pagina
• Índice	1
• Resumen	2
• Introducción	3
• Planteamiento del problema	13
• Hipótesis	14
• Objetivos	15
• Justificación	16
• Diseño de Investigación	17
• Metodología (Muestra, criterios, inclusiones, exclusión y variables)	18
• Cédula de Recolección de datos.	19
• Análisis de los resultados / gráficas	20
• Discusión	36
• Conclusiones	37
• Recursos	38
• Bibliografía	39

RESUMEN

La operación de Pereyra es una técnica que resuelve la IUR, el presente estudio pretende ver los resultados de dicha operación. Se realizó estudio descriptivo a pacientes con operación Pereyra Modificada, una se excluyó por complicación cardiovascular preoperatoria; la edad promedio fué de 49 años, gran multiparas promedio de 9.5 hijos con un tiempo de evolución en promedio de IUR de 5.5 años. De las pacientes que se egresaron en forma normal al 60% se corrigió la IUR al tercer día de la cirugía, y el restante 40% se egresaron con sonda Foley, la cual se retiró, miccionando normalmente en promedio de 6.5 días, presentando corrección de la IUR; tuvieron una estancia hospitalaria de 3-7 días, las complicaciones observadas fueron de 6.6% (absceso de pared), en plazo corto de 3 días se recuperaron el 96.67%, con corrección inmediata de IUR en un 70%. Se concluye que la operación de Pereyra Modificada es un recurso para tratar las IUR en forma satisfactoria en aquellas pacientes con cirugías previas para incontinencia, en las que no se les había resuelto su problema.

INTRODUCCION :

Definición.

La sociedad Internacional de continencia, define la incontinencia Urinaria (I.U.) como la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable y que ocasiona problema social o higiénico (2,).

La incontinencia urinaria puede ser signo, síntoma o condición; los signos o síntomas por sí solos, no pueden diferenciar la causa de la incontinencia; para realizar un diagnóstico preciso se requiere de un cuidadoso interrogatorio, exámen físico ordenado y metódico además de un estudio de urodinamia. (2,)

ETIOLOGIA.

Se describen dos grupos de I.U. : intra y extrauretral. (2,9 y 12)

Intrauretral.

a) Incontinencia urinaria de esfuerzo genuina (I.U.E.G.).

Es la pérdida involuntaria de orina que se presenta con el esfuerzo físico en ausencia de contracción del detrusor. Puede ser causada por la pérdida de soporte anatómico de la uretra y de la unión uretrovesical, lo cual hace que la porción proximal de la uretra se desplace abajo del plano de los músculos pubococcígeos quedando así fuera de la zona de presión intraabdominal; de ésta manera un aumento súbito de la presión vesical debido al esfuerzo no es transmitido a la uretra; se invierte así el gradiente normal y la presión intravesical de orina. En el 95% de los casos éste defecto anatómico es consecuencia de traumatismo obstétrico; por atrofia de los tejidos por la edad avanzada (hipoestrogenismo); en otras es el resultado de cirugías previas efectuadas para corregir defectos del piso pélvico.

La I.U.E.G. también puede ser debida a deficiencia del esfínter uretral, lo que se observa con frecuencia después de cirugía pélvica, suspensión vesicouretral, o como resultado de denervación de la musculatura pélvica. En algunos casos ésto se ha reportado después de parto vaginal por lesión del nervio pudiendo.

Los cambios en el sistema genitourinario por hipoestrogenismo postmenopáusico pueden contribuir a la I.U.E.G. por disminución de la vascularidad uretral, atrofia de la mucosa y componentes musculares de la uretra así como del tejido conectivo lo que ocasiona baja de la presión máxima uretral y en consecuencia la pérdida de orina con el aumento súbito de presión intravesical por el esfuerzo.

b) Incontinencia de Urgencia.

Es la pérdida involuntaria de orina acompañada de deseo intenso y súbito de miccionar (urgencia).

Se divide en motora, la cual se asocia a contracciones no inhibidas del detrusor, o inestabilidad sensorial en la que no se presenta ésta, sino sí el deseo imperioso de la micción. Cuando se asocia a alteraciones neurológicas (A.V.C., Parkinson, esclérosis múltiple) se denomina hiperreflexia del detrusor.

c) Incontinencia por Rebosamiento.

Es la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima, debido a una elevación de la primera asociada a sobredistensión vesical con o sin actividad del detrusor.

d) incontinencia Mixta.

Cuando se asocian dos tipos de incontinencia. La más frecuente es la I.U.E.G. y la de Urgencia Motora, la cual, puede presentarse hasta en un 70% de los casos, lo que hay que tener en cuenta para el tratamiento de éstas pacientes.

Extrauretral.

Lo constituyen las fistulas genitourinarias generalmente traumáticas, postquirúrgicas o postradioterapia, (ureterovaginal, vesicovaginal y uretrovaginal, uréter ectópico y en casos de divertículo uretral). Estos tipos de incontinencia no serán tratados en el presente trabajo. (2,7)

INCONTINENCIA RECIDIVANTE

Es aquella observada tras fracasar uno o varios tratamientos destinados para ello, ésta es poco frecuente pero los problemas diagnósticos y terapéuticos que conllevan son delicados. Su evaluación es difícil, la entrevista y el examen clínico, aún siendo muy completos resultan insuficientes.

Un balance paraclínico completo es indispensable, ya que su causa es múltiple y se cuenta con varios tratamientos diferentes. Las principales etiologías de la recidiva son las siguientes:

- 1) El fracaso real de una intervención anterior (rotura del material de suspensión, sujeción no sólida, fracaso técnico); la incontinencia urinaria recidivante aparece como típica en el examen y exploraciones urodinámicas que lo confirman.
- 2) Una importante alteración esfinteriana como consecuencia de intervenciones reiteradas que desembocan en una incontinencia al más mínimo esfuerzo y al cambiar de posición. Las exploraciones urodinámicas y las electromiografías ponen de manifiesto un ureter bloqueado (durante los esfuerzos), la insuficiencia esfinteriana se detecta entre el 20 y 50% de los casos de tratamiento quirúrgico fracasado.
- 3) La inestabilidad vesical puede ser secundaria a una obstrucción uretral inducida por una intervención quirúrgica anterior. (2)

EPIDEMIOLOGIA.

La prevalencia de la incontinencia urinaria es difícil de definir, los estudios de la literatura aportan cifras que convergen el 30 y 50%. Por ejemplo en Francia se reporta una incontinencia Urinaria (IU) de un 39%, en Gran Bretaña la IU de un 8.5% para la edad entre 15 y 69 años y el 11.6% para las que están más allá de los 64 años, en Estados Unidos se registra un 34% de pacientes con IU., mientras que en Inglaterra es de 41%, en Nueva Zelanda la IU fue de 21% en pacientes de 80 años. La frecuencia de IU de esfuerzos aumentaría en función de la edad, el 12% antes de los 30 años, el 31% entre los 30 y 50 años, el 36% entre los 51 y 70 años. (2,8).

El problema de la IU de esfuerzo se encuentra en el 26% de todas las mujeres, pero el 14% se quejan realmente de problema de higiene o social. Organizaciones como la Fundación Simón y Ayuda para la Gente Incontinente, reconoce que éste problema público se ha incrementado. (3)

Se tiene conocimiento que un tipo de cirugía como la Marshall Marchetti Krantz (M.M.K.), que es un procedimiento tradicional para tratar la Incontinencia Urinaria de esfuerzo (IUE) da resultado satisfactorio en el 80% a largo plazo. (10)

ANTECEDENTES HISTORICOS

A través del tiempo se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para corregir la IUE genuina o anatómica; los objetivos de los distintos procedimientos persiguen básicamente la elevación del cuello vesical y de la uretra proximal, de tal manera que queden dentro de la zona de influencia de la presión intraabdominal. La finalidad de la uretrosuspensión del cuello vesical por vía percutánea tiene tres objetivos:

- 1.- Reduce la morbilidad de Retención Urinaria, síntomas irritativos urinarios, dolor.
La mayoría de los pacientes elegidos para la cirugía curaron y retornaron rápidamente a su estilo de vida normal.
- 2.- Mejoría a largo plazo.
- 3.- Mejoría reproducible que más pacientes curaron al practicar la operación.
(3,10)

Se han utilizado tres vías de abordaje para obtener la resolución de la IUE:

- 1.- Vía vaginal para la elevación de la unión uretrovesical a través de la musculatura del diafragma pélvico.
- 2.- La vía abdominal retropúbica para suspender dicha unión vía abdominal.
- 3.- Mixta, vía combinada abdominal y vaginal.

Los informes en cuanto a cada uno de los grupos en relación a resultados óptimos muestran del 50 al 97% con seguimiento de pacientes de 6-10 meses a 10 años.

Los resultados publicados y la experiencia de los diferentes autores se basan en criterios de elección quirúrgicos ya normados en cada institución, conforme a los resultados obtenidos a través de la evaluación constante, e influidos éstos principalmente por la metodología de estudio, la selección preoperatoria, la técnica quirúrgica elegida, y la habilidad y experiencia del cirujano.

Actualmente existe consenso general en cuanto a la utilización de la cistoretropexia retropúbica como procedimiento con mejores resultados en el seguimiento a largo plazo, y con respecto a esto se ha establecido que el seguimiento promedio postoperatorio adecuado para valorar el índice de éxito es de 2 a 5 años. (1,4)

La publicación de la operación de Pereyra en 1959, marcó el inicio de una diferente tendencia quirúrgica en el tratamiento de Incontinencia Urinaria genuina de esfuerzo. El objetivo de ésta técnica es el mismo de las operaciones retropúbicas: Reponer la unión uretrovesical a una posición intraabdominal. Las ventajas aparentes del procedimiento son minimizar el trauma quirúrgico de las operaciones con insición abdominal y aprovechar la misma ruta vaginal para corregir la patología del prolapso genital coexistente; sus indicaciones incluyen, tratamiento primero de la IUE, tratamiento secundario, cuando existe prolapso de la unión uretrovesical a pesar de intervención quirúrgica previa, como parte de una operación integral del prolapso genital cuando muestra la IUE al corregir la masa prolapsada.

En base a su mecanismo de acción, ésta técnica tiene las mismas limitaciones que las de suspensión retropúbicas, es decir, su pobre efecto en aquellos casos en que la incontinencia es producto de falla intrínseca del esfínter uretral, posteriormente a la operación de Pereyra surgieron diferentes operaciones a la técnica original.

En 1959 Armand J. Pereyra publicó la primera técnica quirúrgica con aguja para tratar la IUE. Durante 20 años trabajó en colaboración con otro ginecólogo Thomas B. Lebhers, perfeccionando su procedimiento original; Pereyra y Lebhers experimentaron diversos tejidos: materiales de sutura, refuerzos de material, plásticos, instrumentos, etc., hasta que finalmente consolidaron la técnica que ellos mismos denominaron Modificada de Pereyra. La técnica original publicada en 1959 Pereyra utilizó su primera aguja y alambre, eventualmente cortaban la pared vaginal y los tejidos parauretrales que provocan la recurrencia de la incontinencia, Pereyra y Lebhers intentaron mejorar la resistencia de tejidos reforzando éstos por el método de plegamiento

que incluía una mayor disección suburetral y una doble suspensión de la unión uretrovesical mediante asa de tejido parauretral usando como material de sutura Acido Polyglicólico. Esta primera modificación, sin embargo, tampoco pasó la prueba del tiempo; ya que se observó una incidencia de recurrencia del 16% a 5 años. (2)

Los autores Pereyra y Lebbers en 1978 publicaron su segunda modificación, el procedimiento revisado de Pereyra. En éste presentaron la primera descripción de acceso vaginal al espacio de Retzius. Con ésta modificación la operación mejoró en seguida, ya que el paso de la aguja dejó de ser ciego, usaron una nueva aguja y descubrieron la sutura helicoidal, utilizando material inabsorbible (prolene 0). Finalmente Pereyra incluyó en la sutura a los ligamentos puburetrales posteriores, con éste método publicó sus dos últimos artículos quedando descritos como Procedimiento Modificado de Pereyra; el cual reportó un porcentaje de curación a 4 a 6 años de 85%. (2)

Desde 1910 Goebell, Stroekl y Frangenheim introdujeron la suspensión uretral retropública para tratar la IUE; desde entonces varias técnicas quirúrgicas se han descrito con la finalidad de reducir la morbilidad, asociadas con la uretropexia retropública. (10)

En el año de 1972 Simmons describió una uretrosuspensión de Marshall Marchetti Krantz (M.M.K.), que ofrecía una alternativa a la colposuspensión de Burch; otro estudio realizado por Colombo en 1988 con 80 mujeres, en un período de 2 a 7 años comparó la colposuspensión de Burch contra la uretropexia de Marshall Marchetti Krantz, para tratar la IUE, lo cual concluyó que de los procedimientos, la operación de Burch es la preferida para tratar la IUE, por tener una alta tasa de curación, corto tiempo de vaciamiento urinario, corta estancia intrahospitalaria y baja morbilidad asociada. (4)

En 1984 Zorsos en un estudio de 151 pacientes tratadas de IUE para conocer la calidad de vida, utilizó por vía de correspondencia en aquellas pacientes con Operaciones de Marshall Machetty Krantz, concluyó que dicha operación es efectiva para pacientes después de 5 años de operados.(6)

En 1988 a 1991 se realizó un estudio a 51 pacientes con la operación de Pereyra Modificada, en donde se concluye que el 77% de las pacientes quedaron satisfechas con la operación teniendo una edad promedio de 56 años. (14)

La literatura reporta un estudio durante 1969-1993 para revisar la operación de Pereyra Modificada con un total de 988 pacientes, donde se pretendía

determinar los efectos del material de sutura en la operación; se obtuvo que de 191 pacientes con sutura permanente tuvieron fracaso el 13.9%, el la sutura absorbible de 479 pacientes el fracaso fué de 24.8%. , se concluye que la sutura permanente mejora los resultados sobre la IUE. (15)

En el Instituto Nacional de Perinatología durante 1991-1994 se revisaron 401 expedientes de mujeres con IUE que se sometieron a tratamiento quirúrgico a las que se les realizaron operaciones de Pereyra Modificada (195 pacientes) el 34.3% tuvieron retención urinaria; en la operación de Burch (131 pacientes) el 19.08% tuvieron retención urinaria; en la piclatura de Kelly (70 pacientes) el 12.85% tuvieron retención urinaria, y en la operación con cabrestillo (5 pacientes) el 40% tuvieron retención urinaria.(13)

Entre Enero de 1986 y Junio de 1987 se sometieron a cirugía a 127 mujeres para tratar su IUE, se les realizaron tres procedimientos quirúrgicos, (operación de Pereyra Modificada, Aplicación de Kelly y Operación de Burch). El seguimiento fué de cinco años, el resultado fué de 82% para la operación de Burch, el 43% para la operación de Pereyra y el 37% para la Kelly. (11)

En un estudio con 100 pacientes que tenían IUE se les realizó Operación de Pereyra Modificada con drenaje urinario suprapúbico, encontrándose una tasa de infección del 12%, recuperación de la función de vaciamiento de 7 a 8 días, estancia promedio intrahospitalaria de 5.5 días, y se concluye que el catéter suprapúbico es un procedimiento seguro, sencillo y que ofrece ventajas con respecto al drenaje uretral desde el punto de vista médico y económico. (12)

Otro estudio con 46 pacientes que tenían IUE se les realizó Operación de Burch por laparoscopia, se encontró que el promedio de tiempo operatorio fué de 196 minutos, el sangrado promedio fué de 96.3 ml., la estancia intrahospitalaria fué de 3.2 días, el 14.1% tuvieron complicaciones postoperatorias, de ellas 5 persistieron con IUE postoperatoria. (5)

TECNICA DE LA OPERACION DE PEREYRA

Pacientes en posición ginecológica, se coloca sonda foley 18 en vejiga. Se práctica incisión de 4-5 cm., de longitud en pared vaginal anterior cuyo centro corresponda a la unión uretrovesical, se diseca la pared vaginal de la fascia subyacente hasta su inserción púbica en cada lado; se perfora la fascia endopélvica en su unión con la rama púbica, en ambos lados de la unión uretrovesical; éste túnel se amplía suficientemente para permitir el paso del dedo índice al espacio de Retzius, se explora éste y se libera la pared anterior de la vejiga de sus adherencias con la cara posterior del pubis. El dedo índice de la mano derecha se extiende por detrás y al lado izquierdo del ligamento pubouretral, el cual se toma con una pinza de Allis y se hace lo propio del lado opuesto. Cada ligamento pubouretral es tomado con una sutura de prolene del 0 la sutura es insertada dos veces en el ligamento y dos a cuatro veces a la fascia endopélvica. En cada penetración de la aguja en ésta estructura se va alejando la línea media, los extremos de cada sutura se toman independientemente con una pinza Kelly; se práctica incisión transversal suprapúbica de aproximadamente 4 cms., de longitud. Se introduce la aguja a través de la fascia abdominal a 3 cms. de distancia de la sínfisis del pubis y cerca del reborde púbico. El cirujano introduce el dedo índice izquierdo bajo el músculo recto del abdomen con el cual guía y protege la aguja y la uretra, hasta que la punta de la aguja se exterioriza por vía vaginal. Los dos extremos de la sutura unilateral se pasan a través del ojo de la aguja y la sutura se extrae por vía suprapúbica, se lleva a efecto necesario y se sutura la pared vaginal. Los dos extremos de la sutura unilateral se pasan a través del ojo de la aguja y la sutura se extrae por vía suprapúbica, se lleva a efecto la misma maniobra del mismo lado, se practica reparación de cistocele si fuere necesario y se sutura la pared vaginal. Se retira la sonda de Foley y se introduce un hisopo hasta la unión uretrovesical. Este hisopo funcionará como control objetivo del grado de tracción a realizar con las suturas suprapúbicas. Una vez logrado el efecto deseado (menos de 10 grados); se fija cada sutura a la aponeurosis de los rectos del abdomen y se sutura la piel. Se piensa que la operación de Pereyra funciona en base a un proceso adherencial que se establece entre la pared posterior del púbis y la superficie musculofacial del conjunto que integra los ligamentos pubouretrales y la fascia endopélvica. (7,9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Incontinencia Urinaria es causa frecuente de consulta en los servicios de Ginecología; pero para el Ginecologo es preocupante cuando las pacientes se presentan con recidivancia de la IUE (previamente tratadas quirúrgicamente).

De ésta manera es valorable conocer alguna técnica quirúrgica para éstos casos de IUE, como podría ser la Operación de Pereyra.

OBJETIVOS

1.- Demostrar que la Operación de Pereyra resuelve la Incontinencia Urinaria Recidivante Genuina.

2.- Conocer las complicaciones de la Operación de Pereyra.

JUSTIFICACION

Tomando en cuenta la frecuencia de IUR en las pacientes del hospital de la Mujer, es conveniente retomar una de las técnicas quirúrgicas como es la Operación de Pereyra y observar si ésta resuelve realmente la problemática de éste tipo de pacientes como se menciona en la literatura.

METODOLOGIA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las pacientes con Incontinencia Urinaria Recidivante tratadas con la Operación Pereyra de 1988-1990.

MUESTRA

31 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSION.

-Pacientes que acudieron a consulta al Hospital de la Mujer con Incontinencia Urinaria Recidivante.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

I. Aquellas pacientes que se negaron a ser tratadas de su IUR con la Operación Pereyra.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Pacientes con Incontinencia Urinaria Recidivante que no acudieron a la Operación el día de su programación.

Pacientes que presentaron complicación independiente del procedimiento quirúrgico.

VARIABLES

Variable Independiente:

Técnica de Pereyra.

Variable Dependiente:

Resolución de la Incontinencia Urinaria Recidivante.

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.**PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

Operación de Pereyra en la Incontinencia Urinaria Recidivante durante 1988-1990 en el Hospital de La Mujer de Mexico S.S.

CEDULA RECOLECTORA DE DATOS

Nombre de la Paciente: _____

Edad de la Paciente: _____

No. de Expediente: _____

Fecha: _____

Antecedentes Quirúrgicos: _____

Antecedentes Ginecoobstétricos: _____

Síntomas de la Paciente: _____

Exploración clínica de la Paciente: _____

RESULTADOS

Dentro de las características que se encontraron en las 31 pacientes estudiadas podemos ver que la edad que predominó fue de 49 años la cual correspondió a un 22.58% . (Figura 1)

Se encontró que dentro de los antecedentes quirúrgicos, las pacientes que contaban con plastia de Kelly Kennedy y colpoplastia posterior eran el 67.74%, mientras que las pacientes con Marshall Marchetti Krantz (M.M.K.) tenían el 25.8%., para las de Burch fue el 3.22%. (Figura 2)

Se apreció que de las 31 pacientes el número de embarazos que predominaron fue de 9.5 , observadas entre una y tres correspondió el 12.9%, de 4 a 6 gestaciones el 38.76%, de 7 y más gestaciones el 48.38% y ésta última fue la de mayor porcentaje. (figura 3)

A su vez la paridad reflejada en el cuadro 4, mostró que las pacientes con 3 partos el 25.8%, de 4 a 6 el 35.48%, de 7 a 9 el 22.58% y más de 10 partos el 16.12%. (figura 4)

A su vez encontramos que la menarca promedio en nuestras pacientes fue de 13 años y que la vida sexual activa la iniciaron a los 17 años.

En lo referente al tiempo de evolución que presentaban las pacientes con IUE se notó lo siguiente:

El promedio fue de 5.5. años, en menores de 1 año fue de 12.9%, de los 3 años el 54.83%, de 4 a 6 años el 9.67%, de 7 y más años el 22.58%. (figura 5)

De las pacientes del presente estudio se excluyó una por presentar paro cardiorespiratorio a la inducción de la anestesia , el cual fue revertido. Al termino de la Operación de Pereyra a todas las pacientes se les colocó una sonda de Foley la cual se manejo abierta el primer día de la operación, el segundo día en forma intermitente se abría cada tres horas hasta evacuar totalmente la vejiga; el tercer día se retiró la sonda y al presentar la primera micción espontanea se midió orina residual, y cuando esta fue menor de 50 ml. Se egresaron las pacientes sin sonda vesical y cuando el volumen fue mayor de 50 ml. Se recolocó la sonda vesical repitiendo el procedimiento a los dos o tres dias. De las pacientes que se egresaron (30) el 60% correspondientes egresaron con micción espontánea normal y el 40% ameritaron sonda Foley; además vemos que los días en que presentaron función de micción normal ,el promedio fue de 6.5 días, y se notó que en 3 días presentaron función de micción normal el

63.3%, en 4 días el 6.66%, en 8 días el 3.33%, el mismo porcentaje para 10 días. (figura 13)

De las pacientes a las que se les realizó operación de Pereyra Modificada la estancia Hospitalaria hasta de 13.5 días, notándose que de 3 a 7 días se encontraron el 83.33%, de 8 a 12 días el 13.33% y más de 13 días el 3.33%. (Figura 12)

En las pacientes con antecedente de operación previa de Kelly, se observó que el 66.6% presentaron función de micción normal en 3 días, en 6 días el 19.04%, para 8 y 10 días la función de micción normal fué 4.76%, respectivamente. (Figura 6)

Para las pacientes con antecedente de operación previa con la técnica Marshall Marchetti Krantz (M.M.K.) que miccionarán en forma normal, se observó que el 50% ocurrió en 3 días, el 12.5% para 4 y 6 días respectivamente, y el 25% en 7 días. (Figura 7)

Una paciente postoperada y con antecedente de cirugía previa de Burch presentó función de micción normal en 4 días. (Figura 8)

De las pacientes con antecedente de plicatura previa de Kelly y que contaba con 3 partos, éstas mostraron función de micción normal en un 75% al 3er día posoperatorio, también se notó que las que tenían 5 partos el 50% tuvieron función de micción normal al 3er día. (Fig.8)

También en las pacientes con antecedente de operación previa de Marshall Marchetti Krantz (M.M.K.), las que tenían 6 partos el 33% presentó función normal al 3er día, de igual forma ocurrió 33% para las que tenían 6 y 7 días; en las que contaban con 8 partos el 100% tuvo función de micción normal en 3 días. (Figura 9).

En aquellas pacientes con antecedente de operación previa de Kelly, los días de estancia hospitalaria para 3-7 días fué el 76% , de 8 a 12 días el 19% y en más de 13 días el 5%. (Figura 7)

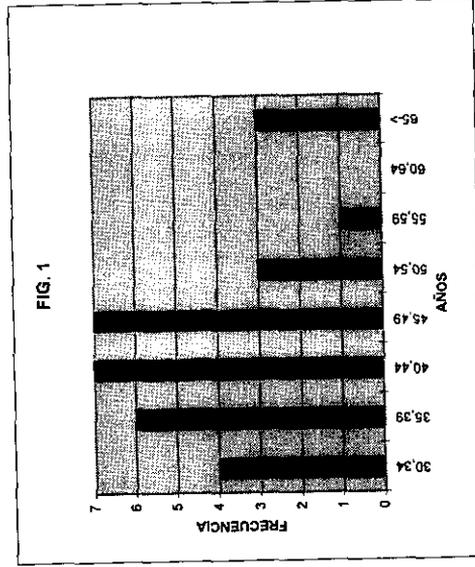
Para las pacientes con antecedente de operación previa de Burch se egresaron en 4 días. Dentro de las complicaciones que presentaron las pacientes con antecedente de operación previa de Kelly 2 presentaron absceso de pared. Además se notó que 2 pacientes con antecedente de operación previa de Kelly, tenían edades mayores de 50 años, multíparas de las cuales presentaron función de micción normal en 3 y 7 días, su estancia hospitalaria fué de 5 y 6 días.

De las pacientes que se egresaron con sonda Foley se encontró que en 7 días presentaron función de micción normal el 29%, en 10 días el 22%, en 4 días el 14%, éste mismo porcentaje para 6 y 8 días y para 2 días 17 %.

(Figura 6)

GRUPOS ETARIOS

EDAD	FRECUENCIA	%
30,34	4	12,90%
35,39	6	19,35%
40,44	7	22,58%
45,49	7	22,58%
50,54	3	9,68%
55,59	1	3,23%
60,64	0	0,00%
65->	3	9,68%
Total	31	100%



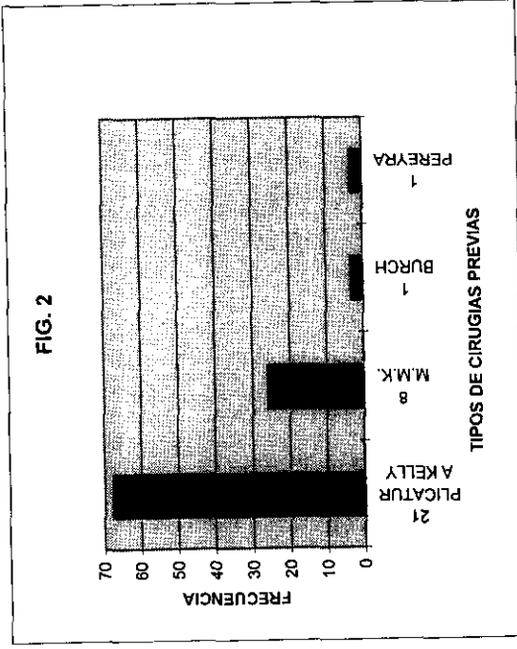
FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990



ANTECEDENTES QUIRURGICOS
DE CIRUGIAS PREVIAS

TIPO	FRECUENCIA	%
PLICATURA KELLY	21	67.64
M.M.K.	8	25.81
BURCH	1	3.23
PEREYRA	1	3.23

M.M.K.: Marshall Marchetti Krantz



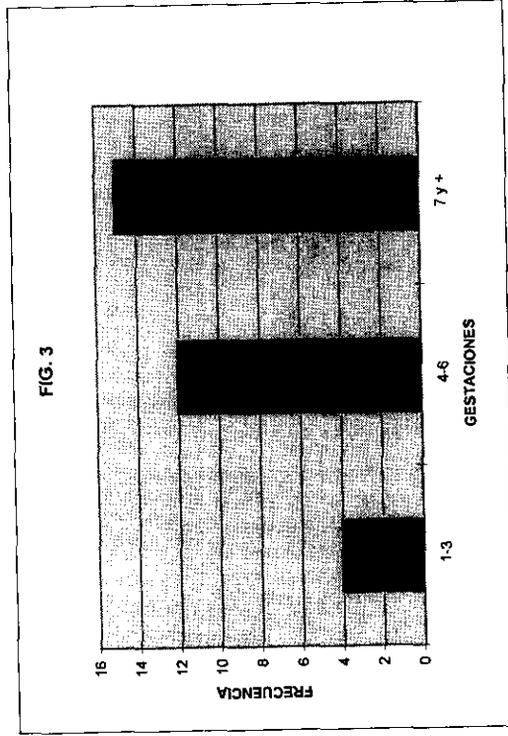
FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990



No. DE GESTACIONES

GESTACIONES	FRECUENCIA	%
1-3	4	12.9
4-6	12	38.71
7 y +	15	48.39
Total	31	100%

FIG. 3

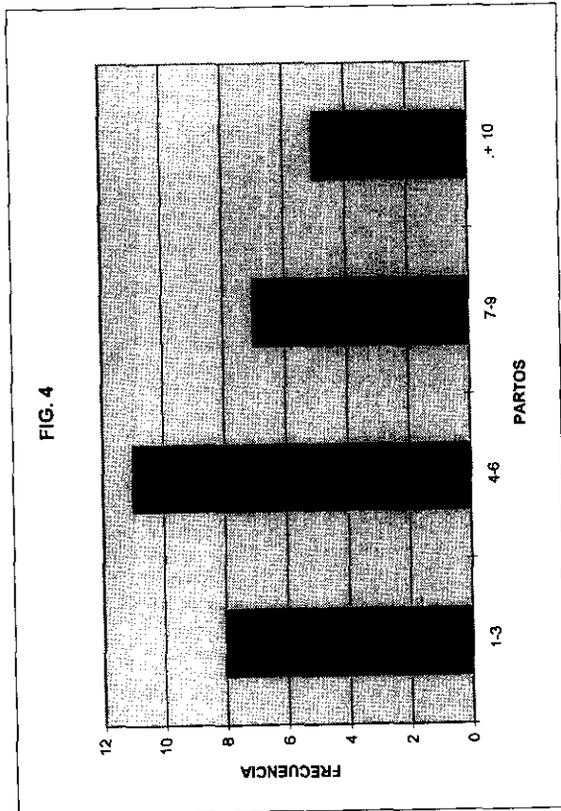


FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990



No. DE PARTOS

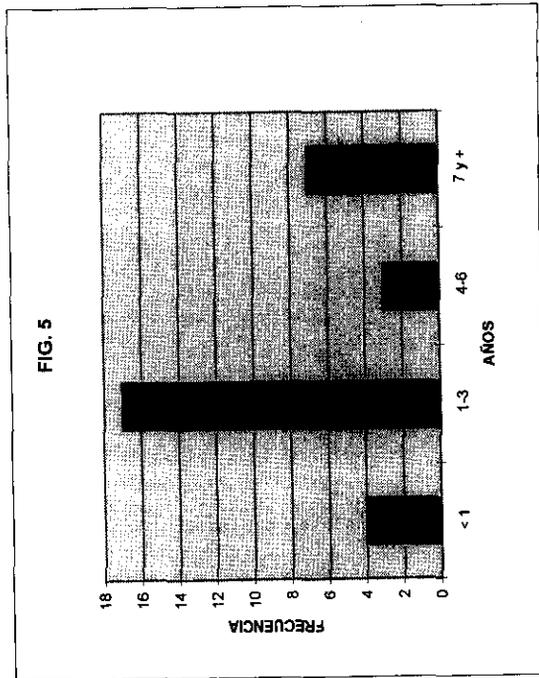
PARTOS	FRECUENCIA	%
1-3	8	25.81
4-6	11	35.48
7-9	7	22.58
+ 10	5	16.13
Total	31	100%



FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990

EVOLUCION DE IUE

AÑOS	FRECUENCIA	%
< 1	4	12.9
1-3	17	54.84
4-6	3	9.68
7 y +	7	22.58
Total	31	100%



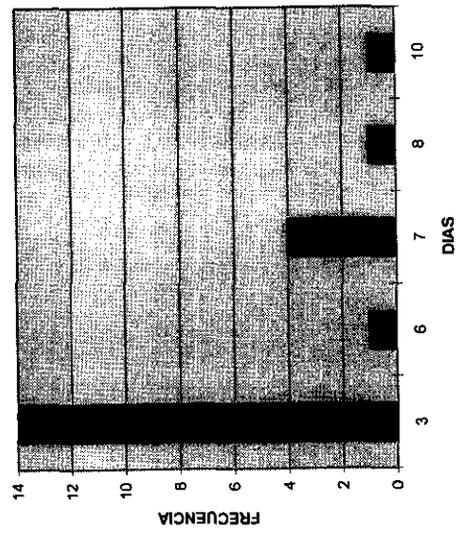
FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990

OPERACIÓN PREVIA
 KELLY KENNEDY Y EVOLUCION
 URESIS

OPERACIÓN PREVIA
 KELLY KENNEDY Y EVOLUCION
 URESIS

DIAS	FRECUENCIA	%
3	14	66.67
6	1	4.76
7	4	19.05
8	1	4.76
10	1	4.76
Total	21	100%

FIG. 6



OPERACIÓN M.M.K. PREVIA
Y EVOLUCION
URESIS

DIAS	FRECUENCIA	%
3	4	50.00
4	1	12.50
6	1	12.50
7	2	25.00
Total	8	100%

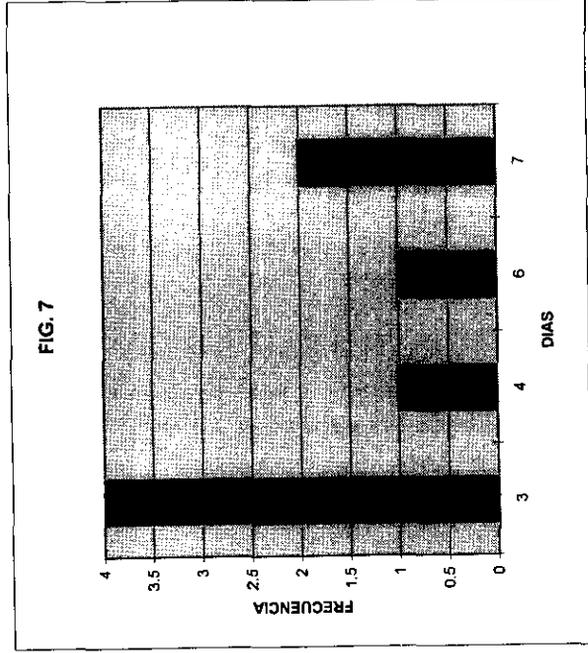


FIG. 8

OPERACIÓN BURCH Y EVOLUCION URESIS		
DIAS	FRECUENCIA	%
4	1	100

FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990

FIG. 9

PACIENTES OPERACIÓN KELLY, PARTOS Y URESIS		
PARTOS	%	DIAS
6	75	3
8	50	3

PACIENTES CON M.M.K., PARTOS Y URESIS		
PARTOS	DIAS	%
6	3	33
8	3	100

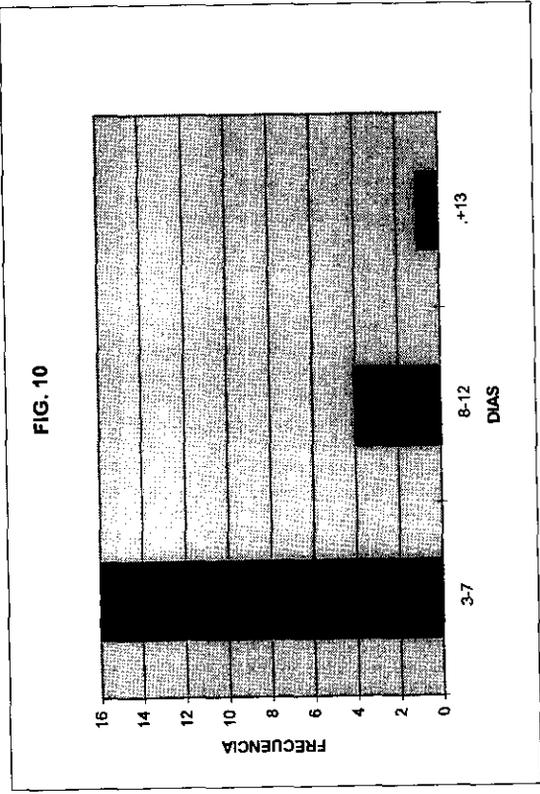
PACIENTES CON BURCH
EN 4 DIAS MICCIONO LA UNICA PACIENTE



**OPERACIÓN KELLY
Y DIAS ESTANCIA
HOSPITALARIA**

DIAS FRECUENCIA	%
3-7	76.19
8-12	19.05
+13	4.76
Total	21
	100

FIG. 10



FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990

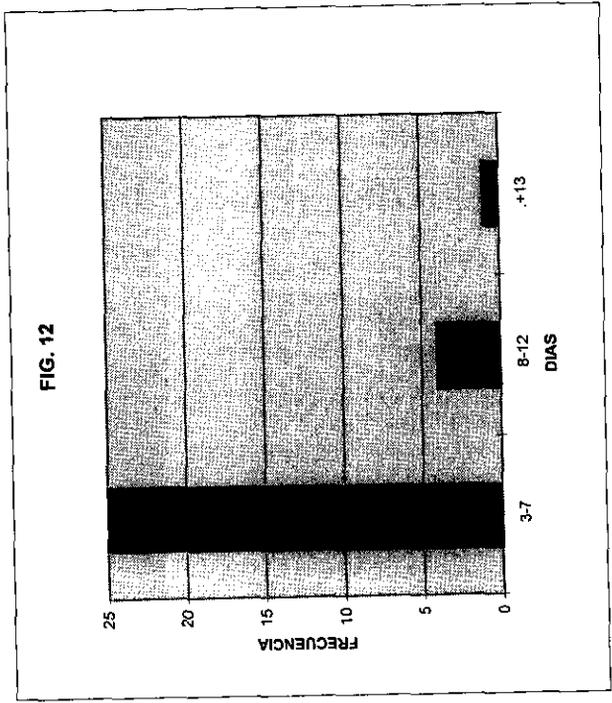
FIG. 11

PACIENTES EGRESADAS CON SONDA FOLEY Y EVOLUCION URESIS	
DIAS	%
7	29
10	22
8	14
6	14
4	14
2	7

FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990

ESTANCIA HOSPITALARIA
OPERACIÓN PEREYRA

DIAS	FRECUENCIA	%
3-7	25	83.33
8-12	4	13.33
+13	1	3.33
Total	30	100%

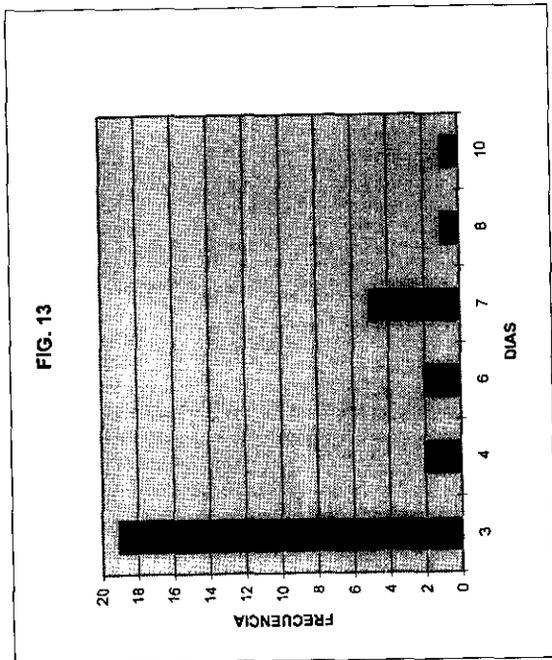


FUENTE: Archivo Clínico Hospital de la Mujer S.S. 1988-1990

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 1988-1990

EVOLUCION DE URESIS

DIAS	FRECUENCIA	%
3	19	63.33
4	2	6.67
6	2	6.67
7	5	16.67
8	1	3.33
10	1	3.33
Total	30	100%



DISCUSION Y COMENTARIOS

De acuerdo a la literatura (2,8) que menciona un fracaso de la IUR del 20 al 50 %, nosotros encontramos que solamente se presentó un 3.5% de éstos casos.

La literatura refiere un 34% de IUE en algunos países, nosotros no tuvimos un parámetro para contemplar éste porcentaje, pero en relación a la edad, algunos autores mencionan un 30% de IUE entre los 51 y 70 años (2,8) ; nosotros encontramos en éste estudio un 22.58% entre los 45 y 49 años; por lo que se puede observar que fué mucho menor.

Es notable que algunos autores internacionales (1,4) reportan un porcentaje de curación de 85% y más entre los 2 y 5 años de evolución., en éste estudio no es punto de comparación por el tiempo, pero da pauta a una continuidad a otra investigación; la satisfacción inmediata fué del 70% en los pacientes postoperados, similar a lo que reporta la literatura mundial que es del 77% . (14)

Dentro de las complicaciones que marca la literatura (12) el 12% corresponde a infecciones; nosotros observamos el 6.66% que fué menor a lo reportado en la literatura mundial.

En un estudio realizado reportado por la literatura (12) marca un promedio la micción normal de 7 a 8 días, nosotros encontramos un porcentaje que fué menor en 3 días y corresponde al 63.3%.

En relación al promedio de estancia hospitalaria algunos autores (12) reportan un promedio de 5.5. días, nosotros encontramos un % menor de 3 a 7 días el 83.4% y un promedio de 5 días.

CONCLUSIONES

I .- La Operación de Pereyra resuelve el 96.67 % de la Incontinencia Urinaria Recidivante.

II .- Se presentaron complicaciones en el 6.6 % de los casos

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

Apoyaron para éste estudio tres encargados de Archivo Clínico del turno matutino del Hospital de la Mujer S. S., dos enfermeras del servicio de Recuperación del Quirófano Central del Hospital de la Mujer S. S.

FISICOS:

Expedientes clínicos del Archivo del Hospital de la Mujer.

Sala de recuperación del Hospital de la Mujer.

Consultorios del Hospital de la Mujer.

Sala de Espera del Servicio de consulta externa del Hospital de la Mujer.

Laboratorios de Análisis Clínicos del Hospital de la Mujer.

Departamento de Patología y Citología del Hospital de la Mujer.

Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de la Mujer S. S.

Banco de sangre del Hospital de la Mujer S. S.

BIBLIOGRAFIA

ESTR
SALIR LA LA BIBLIOTECA
TICIS NO DEBE

- 1.- Benderev T. Amodified percutaneous outpatiend blandder neck suspension system.
The journal of Urology vol. 152, 1994 pp 2316-2320.
2. Bergman A. Et al. Three surgical procedure for genuine stress incontinence: five year follow up of a prospective randomized study. Am. J Obstet Gynecol. volume 173 number 1. July 1995 pp 66-70.
3. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Editorial Interamericana. Urología ginecológica volumen 4 1989 pagina 702 .
- 4.- Colombo et. al. Burch colposuspension versus modified Marshall-Marchetti-Krantz-Urethropexy for primary genuine stress urinari incontinence: A prospective, randomized clinical Trial. Am.J. Obstet Ginecol. 1994 June.pp 1573-1579.
5. Flores y cols. Drenaje urinario suprapúbico posterior a cirugía correctiva de incontinencia urinaria de esfuerzo con la tecnica de pereyra. Ginecologia y obstetricia de México: Volúmen 63 Julio 1995 pp 297-331.
- 6.- Himan F. Atlas de cirugía urológica. Editorial Interamericana Mexico 1993. pp 445-448.
7. Iris de la Cruz S. y Cold. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Comparación de cuatro metodos de cistourethropexia. Seguimiento a dos años. ginecología y obstetricia de México. Volumen 62 Octubre de 1994 pp 287-291.
- 8.- Korman H. et. al.
Access rate or modified Pereyra Bladder Neck suspension determined by out come analysis.
The Journal or Urology. vol. 152 November 1994 pp 1453-1457.
9. Korn a. Does use of permanen suture material affect autcome or the modified Pereyra procedure.
Obstetrics and Gynecology col. 83 No. 1 January 1994 pp 104-107.
10. Lanfort A. ginecologia y obstetricia. enciclopedia Médico quirúrgica. 1996 Tomo 1 pp 300-310.
11. Ortiz L y Cols. Retención urinaria secundaria al tratamiento quirúrgico de Incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecologia y obstetricia de México. vol 63 Mayo 1995 pp 214-216.
12. Polascik T. Et Al. Comparison of Laparoscopic and open retropubic urethropexy for treatment of Stress Urinary Incontinence. Urology. april 1995 Vol. 45 No. 4 pp 647-648.
13. Radomski et. al. Laparoscopic Burch Bladder Neck suspension: Early results. The Journal of Urology vol. 155 February 1996 pp 515-518.

14. XI congreso Mexicano de ginecología y Obstetricia 1995. Prof. titular Iris De la Cruz Sebastian.

Auspiciado por la Federación Mexicana de Ginecologia y Obstetricia A.C. y la asociación

Mexicana de Ginecología y Obstetricia AC. pp 21-22-23.

15. Zorzos I. Et al. *Quality of life after a Marshall-Marchetti-Krantz procedum for stress Urinary*

Incontinence. Vol. 155 *The Journal Urology*. January 1996 pp 259-262.