

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN LEÓN**



**TESIS
PARA OPTAR AL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**RETENCIÓN URINARIA EN PACIENTES POSTHISTERECTOMÍA
VAGINAL Y/O COLPOPLASTÍA ANTERIOR EN LA SALA DE
GINECOLOGÍA, ENERO 2003 – DICIEMBRE 2003, HEODRA - LEÓN.**

**AUTOR: DR. RICARDO ANTONIO QUINTANA PERDOMO
RESIDENTE IV AÑO DE GINECO-OBSTETRICIA**

**TUTOR: DR. ERICK MARTÍN ESQUIVEL MUÑOZ
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASESOR: DR. FRANCISCO TERCERO
MÁSTER EN SALUD PÚBLICA UNAN LEÓN**

**LEÓN, NICARAGUA
2005**

DEDICATORIA

A mi familia, a mis padres, hermanos, a mi esposa y a mis queridos hijos, que gracias a su apoyo incondicional han hecho posible la realización de esta obra y la culminación de mi carrera como profesional de la salud y a DIOS sobre todas las cosas.



INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
MARCO TEÓRICO	3
DISEÑO METODOLÓGICO	11
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	13
CONCLUSIONES	18
RECOMENDACIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS	22

INTRODUCCIÓN

Las pacientes que presentan relajación del piso pélvico urogenital están predispuestas a prolapsos de órganos pélvicos o a trastornos de la estática pélvica, los cuales pueden ser debidos a la sobrecarga de actividad física, partos vaginales múltiples, enfermedades crónicas como EPOC y diabetes, así como edad avanzada entre otras. El tratamiento para la corrección de este defecto puede ser médico y/o quirúrgico en dependencia de: edad de la paciente, deseo de descendencia y severidad o grado del prolapso de órganos pélvicos.¹⁻⁸

La retención urinaria puede ser una complicación posquirúrgica de la reparación de un cistocele o de una histerectomía vaginal. A nivel internacional la frecuencia es variable, oscilando entre 10 - 15% y aumentándose cuando se abarcan en años posteriores al procedimiento.¹⁻³ No existen datos reportados en la literatura sobre la frecuencia de retención urinaria a nivel nacional posterior a una colporrafia anterior y/o histerectomía vaginal; sin embargo, se conoce que dicho problema puede ser debido a una o más causas. La valoración de la orina residual es un parámetro aceptable para determinar el riesgo que tiene una paciente de retención urinaria o si lo está presentando. El uso de ejercicios vesicales para restablecer la dinámica funcional y tonificar el músculo detrusor de la vejiga no está muy claramente definido posterior a una cirugía vaginal sin datos de incontinencia urinaria.^{2, 3}

En nuestro país no existen datos estadísticos acerca de la frecuencia de retención urinaria poshisterectomía vaginal y/o colporrafia anterior en las pacientes que presentan alteración de la estática pélvica y mucho menos documentados si los ejercicios vesicales tienen un papel en la profilaxis, por lo que consideramos importante la realización de un estudio acerca de la frecuencia de la retención urinaria en pacientes sometidas a histerectomía vaginal y/o colporrafia anterior en la sala de ginecología en el periodo enero 2003 – diciembre 2003 y de esta forma sentar un precedente estadístico que sirva para la realización e implementación de conductas terapéuticas y futuros estudios.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la frecuencia de retención urinaria en pacientes post-histerectomía vaginal y/o colpoplastía anterior en la sala de ginecología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar las características generales, antecedentes personales relevantes y gineco-obstétricos de las pacientes.
- Determinar el procedimiento quirúrgico realizado.
- Conocer si se implementó o no los ejercicios vesicales en las pacientes posquirúrgicas y si estas presentaron retención urinaria.

MARCO TEÓRICO

La vejiga es un órgano distensible que se llena y vacía regularmente, gran parte de su función se da por principios puramente mecánicos. La uretra y la vejiga mantienen una relación estrecha. La musculatura de la uretra posterior y el trigono vesical tienen el mismo origen y son continuas entre sí. De igual forma ocurre con la parte anterior. La naturaleza continua de las fibras musculares, da lugar a la formación de un embudo en la parte superior de la uretra y la abertura subsiguiente durante la micción.^{2, 5}

La unión uretrovesical normal se mantiene en posición retropúbica alta a nivel de la unión entre el tercio medio e inferior de la sínfisis púbica. Los sistemas nerviosos autónomo y somático controlan el almacenamiento y expulsión de la orina; el sistema nervioso parasimpático (S₂-S₄) estimula las contracciones vesicales mediante la liberación de acetilcolina. Las fibras simpáticas (D₁₀-L₂) inervan la vejiga y la uretra; las fibras beta adrenérgicas terminan principalmente en la vejiga y las alfa en la uretra. El componente alfa-adrenérgico contrae el músculo liso de la uretra, mientras el beta relaja tanto la vejiga como la uretra. El sistema nervioso somático inerva el músculo estriado de la uretra a través del nervio pudendo.^{2, 5-8}

La capacidad vesical funcional oscila entre 400 a 600 ml. El ciclo de llenado y vaciado vesical se produce por un circuito simple de presión y volumen. Al principio la vejiga se adapta a un aumento gradual en el volumen sin una elevación importante en la presión del músculo detrusor; con un volumen de alrededor de 150 ml., normalmente se produce la primera sensación de plenitud o el primer deseo miccional hasta que surja un momento y lugar socialmente aceptable; es en ese instante cuando la paciente puede generar una contracción del detrusor y producir una elevación simultánea en la presión vesical mientras relaja el piso pélvico. Al abrirse el cuello vesical y contraerse continuamente el músculo detrusor se inicia la micción.^{2, 5-7}

Cuadro valores cistométricos normales aproximados en mujeres.

Parámetros	Valor
Orina residual	< del 25 % del volumen orinado
Primer deseo miccional	150ml a 250 ml
Capacidad cistométrica	400ml a 600 ml
Presión máxima del detrusor durante el llenado	< 15 cm de H ₂ O
Indice de distensibilidad vesical	20 a 100 cm de H ₂ O
Presión máxima del detrusor durante la micción	< 70 cm de H ₂ O
Velocidad de flujo urinario pico	> 15 ml/s

* Una velocidad de flujo pico < 15 ml/s asociado con una presión del detrusor > 50 cm de H₂O es diagnóstico de retención urinaria.²

Anatomía del Piso Pélvico

La pelvis se sitúa por debajo de la cavidad abdominal. El piso de la pelvis cierra el conducto formado por los huesos pélvicos haciendo un plano de apoyo que evita el descenso de los órganos abdominales y de la pelvis.¹⁻⁹

La función principal del piso es de apoyo aunque también interviene en la concepción y además controla el almacenamiento y evacuación de la orina y de las heces.¹⁻⁹

Se acepta de manera general que hay tres estructuras que mantienen o suspenden el aparato genital:²⁻⁶

- 1) La fascia endopélvica; fija y suspende el útero y la vagina a la pared pélvica.
- 2) El músculo elevador del ano cierra la pelvis en su plano inferior.
- 3) La anteversoflexión del útero y la inclinación de la vagina; condicionan que la presión intraabdominal tienda a cerrar la vagina y mantener los órganos intrapélvicos.

Fascia Endopélvica

Ésta forma en su porción cefálica el suelo de la pelvis. Su porción superior une el útero a la pared pélvica; constituyendo la parte superior de la vagina el nivel I de DeLancey. Hacia adelante de la fascia endopélvica conforma la fascia pubocervical (nivel II de DeLancey), la cual se extiende desde la porción media de la vagina hasta el pubis, formando parte de la pared vaginal anterior y sirviendo de soporte a la vejiga urinaria. Hacia atrás la fascia rectovaginal uniendo la pared posterior de la vagina con el recto constituye el nivel III de DeLancey.²⁻⁶

Desde el punto de vista clínico se puede señalar que: La lesión de la parte superior de la fascia endopélvica originará el prolapso de la vagina y del útero, mientras que la lesión de la pared vaginal anterior o nivel II de DeLancey originará el cistocele y el uretrocele. La alteración del nivel III de DeLancey o fascia rectovaginal originará el rectocele.²⁻⁶

Alteración del Piso Pélvico

Existen varios factores que influyen en el desarrollo del prolapso genital. La resistencia inherente de los músculos y el tejido conectivo de un individuo propician el prolapso de órganos pélvicos. A continuación se exponen los principales factores: ^{2, 3}

- 1) Pérdida de la resistencia del tejido conectivo:
 - a) Daño durante el parto.
 - b) Deterioro con la edad.
 - c) Reparación deficiente de la colágena.

- 2) Pérdida de la función del elevador:
 - a) Daño neuromuscular durante el parto.
 - b) Enfermedad metabólica que afecta la función muscular.

- 3) Incremento de la carga sobre el sistema de apoyo.
 - a) Levantamiento de objetos o pesas.
 - b) Tos crónica o enfermedad pulmonar crónica.

- 4) Trastornos del equilibrio de partes estructurales.
 - a) Alteración del eje vaginal por suspensión uretral durante una histerectomía.

Uretrocele

Se refiere al desplazamiento o descenso de la uretra y de la pared vaginal anterior dentro de la luz vaginal alejándose de la sínfisis del pubis. Esta alteración se acompaña de pérdida del sostén que normalmente proporciona el diafragma urogenital, ligamentos pubouretrales y aponeurosis endopélvica. El uretrocele de II grado presenta la rotación de la uretra hacia el introito vaginal y en el de III grado la rotación y el descenso llevarán a la uretra y la pared vaginal anterior hasta un punto inferior al introito. El uretrocele puede estar o no asociado a un cistocele.^{1, 4}

Cistocele

Es la protusión de la vejiga hacia el conducto vaginal y suele incluir a los dos tercios superiores de la pared vaginal anterior. Cuando con el esfuerzo de la pared vaginal relajada alcanza el introito vaginal se dice que se trata de un cistocele de II grado y cuando lo sobrepasa más allá de este se denomina de III grado. El defecto o ruptura de la fascia vaginal anterior puede ser uni o bilateral de forma transversal, lateralmente o paravaginal o encontrándose el defecto a nivel de la línea media.^{1-2, 4}

Prolapso uterovaginal (Descenso)

Se refiere al descenso del cuello y del útero a lo largo del eje del conducto vaginal; en los casos más extremos la vagina se invierte totalmente y el cuello ocupa una posición

externa en el introito vaginal. El grado de prolapso uterino depende de la relación existente entre el extremo del cérvix y el introito. Cuando con el esfuerzo el cuello llega hasta el himen se considera de II grado y si llega más allá se dice que es de III grado. Cuando hay una inversión total se denomina prolapso completo y este se puede acompañar de inversión de la uretra y la vejiga.¹⁻⁴

La sintomatología del prolapso uterino y cistourethrocele es variable y estarán en dependencia de la gravedad, de la alteración del piso pélvico.

Puede presentarse: ¹⁻⁸

- a) Dolor en la región vaginal, sensación de peso o una masa a ese nivel.
- b) Trastornos urinarios: polaquiuria, disuria e incluso incontinencia urinaria de esfuerzo.
- c) Hemorragia a través de la vagina; principalmente cuando hay erosión del cérvix por un prolapso uterino severo.

El tratamiento estará condicionado por los siguientes factores: edad, estado general, interés en conservar la menstruación y función genésica, estado del cuello uterino y las diferentes estructuras afectadas por el prolapso de órganos pélvicos. Las técnicas quirúrgicas propuestas son muy numerosas, pero de manera general se proponen: la histerectomía vaginal y la colporrafia anterior.²⁻⁸

La colporrafia anterior consiste principalmente en la reparación del defecto de la fascia vaginal anterior y es la operación de elección para el cistocele y el urethrocele, el desplazamiento de la vejiga hacia arriba y la exéresis de un colgajo de forma triangular de la pared vaginal anterior constituyen el fundamento de esta intervención. Cuando el cistocele se acompaña de incontinencia urinaria se practican otras técnicas quirúrgicas asociadas tales como la colposuspensión de Burch o la uretrocistopexia de Pereyra.^{2-4, 6}

La implementación de cualquiera de las técnicas quirúrgicas: Histerectomía vaginal y la colporrafia anterior requieren de una cateterización de las vías urinarias posterior a la cirugía a través de una sonda transuretral (Foley) o una cateterización suprapúbica por

un período de 24 a 48 horas. Por lo general tras una histerectomía vaginal con o sin colporrafia anterior, la micción espontánea no es posible inmediatamente por lo que se hace necesario el sondaje.^{2-3,6}

Para evitar la infección, la sonda debe estar correctamente colocada y ser de tamaño adecuado para no provocar retención urinaria.³ El uso de ejercicios vesicales en una histerectomía vaginal o una colporrafia anterior sin datos de incontinencia urinaria antes del procedimiento, no se encuentra reportado en la literatura consultada.

Los procedimientos quirúrgicos para la reparación de una alteración o trastornos del piso pélvico conllevarán en la mayoría de los casos a la curación, sin embargo pueden darse complicaciones posquirúrgicas y una de ellas es la retención urinaria.

Retención Urinaria

Se puede definir como la incapacidad total o parcial de la eliminación de orina por la vejiga y esta suele diagnosticarse cuando posterior al procedimiento quirúrgico existe la presencia de orina residual; la extracción de 100 cc o más de orina en la vejiga o la extracción de más del 25% de orina con respecto al volumen total de orina evacuada es diagnóstico.²⁻³

La paciente experimenta la presencia de un globo vesical, micción incompleta o nula, asociada o no a disuria y dolor suprapúbico.^{1-3, 8}

Diagnóstico y Tratamiento de la Retención Urinaria

La medición periódica del volumen urinario proporciona un método útil para la evaluación del equilibrio hídrico post-operatorio. Cuando la hidratación posquirúrgica ha sido adecuada la paciente tendrá una buena diuresis. Si la paciente no presenta

micción espontáneamente después de 2 a 4 horas de retirado el sondaje urinario la retención urinaria podría presentarse y conllevar a una disfunción vesical grave al perder la vejiga su capacidad normal por distensión de sus fibras musculares. Además dicha retención puede obedecer a: ^{2-3,5,10}

- 1) Dolor causado por el uso de los músculos abdominales para iniciar la salida de orina.
- 2) Sutura cerca de la uretra (plastía de Kelly) o estrechamiento del cuello vesical o edema uretral durante la técnica quirúrgica.
- 3) Uso de anestésicos para analgesia continua controlada.
- 4) Temor, miedo o ansiedad para iniciar la micción.

El diagnóstico de la retención urinaria post quirúrgica se puede realizar cuando: ^{2-3,11}

- Se realiza medición de orina residual ultrasonográficamente o posterior a una micción espontánea y esta es >25% del volumen total de orina evacuada.
- La medición de la presión máxima vesical durante la micción es mayor de 50 cm de H₂O y su velocidad de flujo urinario pico es menor de 15 ml/s.

En el tratamiento de la retención urinaria aguda posquirúrgica existen muchos esquemas de tratamientos pero lo primero es: ^{2-3,5,12}

- 1) Drenaje vesical ya sea transuretral o suprapúbico para prevenir la descompensación miógena que puede causar retención urinaria crónica.
- 2) Colocación de sondaje vesical por 24 ó 48 horas y valorar la micción espontánea y la orina residual posterior.
- 3) Si persisten los datos de retención urinaria se colocará sondaje vesical (transuretral o suprapúbica) intermitente; como norma las pacientes deberán recibir instrucciones para realizar ellas mismas el procedimiento y usando profilaxis con furantoina para evitar la infección. Posterior a la micción el volumen urinario residual debe ser

medido; cuando este sistemáticamente sea menor de 50 ml o menor del 25% del volumen orinado, el drenaje vesical artificial ya no es necesario.

- 4) Cuando hay ausencia de micción espontánea durante 3 a 4 semanas o que el volumen residual permanece más del 25% del volumen total evacuado, es importante la realización de un estudio urodinámico. Si persiste la retención urinaria tres meses después de la cirugía hay que realizar otras evaluaciones.

El uso de tratamientos médicos o farmacológicos no está indicado inmediatamente cuando se presentan datos de retención urinaria pero pueden ser de gran ayuda posteriormente, entre estos tenemos: ^{2,3,5,13-15}

- a) Agentes colinérgicos, que incrementan el tono del músculo detrusor. (ej. Betanecol)
- b) Drogas alfa simpaticolíticas; que disminuyen la resistencia al flujo de salida vesical (ej: Prazosin, Fenoxibenzamina)
- c) Relajantes del músculo estriado (ej: Dantroleno, diazepam)
- d) Uso de prostaglandinas F₂ Alfa y E₂ intravesical (Controvertido)

DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio es de tipo Descriptivo que fue realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el período comprendido de Enero 2003 a Diciembre 2003.

Las unidades de análisis fueron todas las pacientes (55 casos) que ingresaron a la sala de Ginecología del HEODRA.

Criterios de Inclusión:

- Presencia de trastornos de estática pélvica (uretrocele, cistocele, descenso o prolapso uterino).
- Histerectomía vaginal y/o colpoplastía anterior.
- Retención urinaria posquirúrgica.

Criterios de Exclusión:

- Datos de retención urinaria previa a la cirugía.
- Lesión vesical posquirúrgica.
- Procedimientos antiincontinencia urinaria.

La Fuente de datos fue primaria e indirecta a partir del expediente clínico de las unidades de análisis.

La recolección de la información se hizo en una ficha diseñada para tal propósito (ver anexo) de todas las pacientes sometidas a histerectomía vaginal y/o colpoplastía anterior que presentaron retención urinaria.

Plan de análisis: los datos fueron analizados y procesados utilizando el paquete estadístico EPI INFO 6.04; realizándose cruce de variable. Para el cálculo de la frecuencia se tomó el total de pacientes sometidas a histerectomía vaginal y/o colpoplastía anterior.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	VALORES
Edad (años)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de estudio.	Expediente clínico	≤ 35 35 – 50 > 50
Procedencia	Lugar de residencia habitual	Municipios, Cabeceras departamentales.	Rural Urbana
Escolaridad	Ultimo año académico cursado	Expediente Clínico	Primaria Secundaria Universitaria Analfabeta
Gestas	Número de embarazos	Expediente Clínico	0 1 2 3 4 ó más
Antecedentes patológicos personales	Enfermedad médica crónica	Diabetes Obesidad Hipertensión arterial Enfermedad de la colágena Otras	Si No
Retención urinaria	Incapacidad total o parcial de la eliminación de orina por la vejiga. Orina residual con extracción ≥ 100 cc, o la extracción de más del 25% de orina con respecto al volumen total de orina evacuada.	Expediente clínico	Si No

RESULTADOS Y DISCUSION

Se recolectaron un total de 55 pacientes con diagnóstico de trastornos de estática pélvica y que se les realizaron histerectomía vaginal y colpoplastía anterior.

El grupo etáreo más frecuente con trastorno de estática pélvica fueron las mayores de 50 años (83.6%). La escolaridad predominante fue primaria (63.6%). El 92.7% del total de pacientes eran multigestas. En cuanto al antecedente patológico, 38.2 % eran obesos y 10.9% diabéticos. Se realizaron 41 histerectomías vaginales + colpoplastías anteriores en 75% de las pacientes y 14 colpoplastías anteriores sin otros procedimientos en 25%. (Cuadro 1). Las características de las pacientes con trastornos de la estática pélvica es similar a lo reportado en la literatura a nivel mundial en donde se ha observado que es mas frecuente en edades avanzadas, principalmente después de la menopausia, así como también cuando son multigestas y han tenido múltiples partos vaginales, asociados a la presencia de antecedentes patológicos conllevaría a un debilitamiento de las estructuras del sostén del piso pélvico¹⁻⁹. El tipo de procedimiento quirúrgico estuvo en dependencia de las características y tipo de prolapso de órganos pélvicos y difiere con respecto a otros estudios observados.¹⁻⁹

Cuadro 1. Pacientes con trastorno de estática pélvica según grupo etéreo, escolaridad, antecedentes patológicos personales y gestas. HEODRA. 2003

Variable	Número	Porcentaje
Edad (años)		
< 35	1	1.8
35 – 50	8	14.6
> 50	46	83.6
Escolaridad		
Primaria	35	63.6
Secundaria	16	29.1
Analfabeta	4	7.3
Gestas		
≤ 3	4	7.3
≥ 4	51	92.7
Antecedentes patológicos		
Obesidad	21	38.2
Diabetes mellitus	6	10.9
Hipertensión arterial	5	9.1
EPOC	5	9.1
Sin antecedentes	18	32.7
Procedimiento realizado		
Histerectomía vaginal + colpoplastía anterior	41	75.0
Colpoplastía anterior	14	25.0
TOTAL	55	100.0

Del total de pacientes (55) con prolapso de órganos pélvicos se realizó ejercicios vesicales posterior a la cirugía a 48 pacientes (83.3%) y no se realizó a 7 pacientes (12.7%); presentándose 5 casos de retención urinaria en el grupo que se les realizó ejercicios vesicales. (Cuadro 2). Aunque no se encuentra reportado en la literatura consultada en nuestro servicio de ginecología por lo general se realizan los ejercicios vesicales a las pacientes posquirúrgicas con trastornos de la estática pélvica que abarquen la afección de la pared vaginal anterior sin que estos presenten datos de incontinencia urinaria previo a la cirugía; llamando la atención que todas las pacientes que presentaron retención se realizaron ejercicios vesicales y estadísticamente es significativo. Se esperaría que los ejercicios vesicales ayuden a evitar la retención urinaria, sin embargo puede ser que aún cuando no se hubiesen realizado los ejercicios presentarían la retención; probablemente debido a una técnica quirúrgica inadecuada o

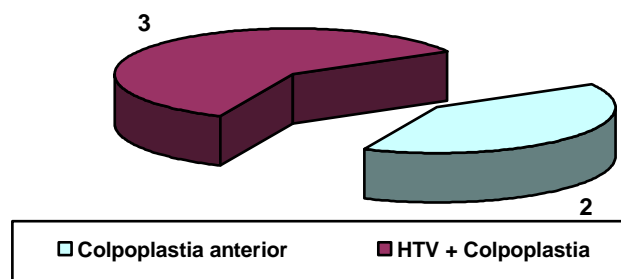
a datos de edema postoperatorio a nivel de las estructuras involucradas en la función del esfínter, para confirmar o descartar estos hallazgos sería conveniente la realización de un estudio analítico principalmente de casos y control en el futuro.^{2-3,5}

Cuadro 2. Relación de pacientes posquirúrgica, ejercicios vesicales y retención urinaria. HEODRA. 2003.

Ejercicios vesicales	Retención urinaria		TOTAL
	Si	No	
SI	5	43	48
NO	0	7	7
TOTAL	5	50	55

La frecuencia de retención urinaria fue de 9.1% (5 casos). Estos casos de retención se presentaron posterior a histerectomía vaginal + colpoplastia anterior (3 casos) y posterior a la colpoplastia sola, en dos casos. (Gráfico1). La frecuencia de retención urinaria es similar a la descrita en la mayoría de literaturas consultadas.¹⁻³

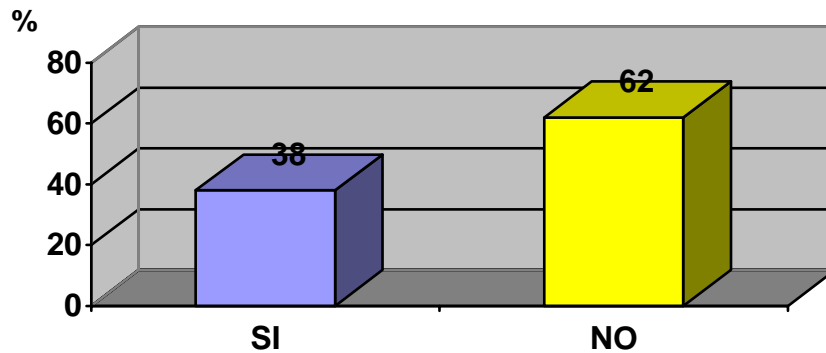
Gráfico 1. Retención urinaria posterior al tipo de procedimiento quirúrgico realizado. HEODRA. 2003.



Solo a 21 pacientes (38.18%) del total que fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos se les midió la orina residual, presentándose todos los casos de retención urinaria en este grupo. (Gráfico 2). La medición de orina residual es un parámetro

importante para determinar y confirmar si la paciente tiene el riesgo de presentar dicha retención o si ya la tiene, ya sea que se valore ultrasonográficamente o sin ella.^{2-3,11} Lo ideal es que a todas las pacientes se les hubiese realizado medición de orina residual y una valoración incorrecta puede repercutir en el futuro en que se presenten dicho problema de retención.^{2-3,11}

Gráfico 2. Porcentaje de pacientes posquirúrgicas que se les realizó medición de orina residual. HEODRA. 2003



Las características de las pacientes con retención urinaria según edad fue de 4 casos en las mayores de 50 años y solo un caso en las que tenían de 35 – 50 años. Todas las pacientes eran multigestas y en 3 de ellas existían antecedentes patológicos (cuadro 3). Los datos de las pacientes tienden a divergir con respecto a otros estudios porque están en dependencia al tipo de muestra analizada, aunque la frecuencia de retención fue similar a lo reportado en la literatura.¹⁻³

Cuadro 3. Características de las pacientes con retención urinaria posquirúrgica, según edad, gestas y antecedentes patológicos. HEODRA. 2003.

Edad (años)	Número
< 35	0
35 – 50	1
>50	4
Gestas	
≤ 3	0
≥ 4	5
Antecedentes patológicos	
Si	3
No	2

CONCLUSIONES

- ❖ La frecuencia de retención urinaria anual en pacientes poshisterectomía vaginal y/o colpoplastía anterior fue de 9.1%.
- ❖ Las pacientes con retención urinaria posquirúrgica eran mayores de 50 años, multigestas.
- ❖ El procedimiento quirúrgico realizado en su mayoría fue histerectomía vaginal y colpoplastia anterior y a todas las pacientes que presentaron retención urinaria se les realizó ejercicios vesicales.

RECOMENDACIONES

- ❖ Realización de un estudio analítico para el seguimiento de las pacientes con retención urinaria.
- ❖ Implementación de medición de orina residual a todas las pacientes sometidas a histerectomía vaginal y/o colpoplastia anterior.

BIBLIOGRAFIA

1. Jones, H. et al. Tratado de Ginecología de Novak. 12a ed. México D.F. Interamericana. 1996.
2. Rock, J and Thompson, J. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8a ed. Buenos Aires, Argentina. Panamericana. 1998.
3. Käser, O. et al. Atlas de Cirugía Ginecología. 5a. ed. Madrid, España. Marban. 2003.
4. González Merlo, J. Ginecología. 7a ed. reimp. Barcelona, España. Masson. 2000.
5. Decherney, A. and Nathan, L. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. 8a ed. México D.F. Manual Moderno. 2003.
6. Scott J et al. Danforth´s Obstetric and Gynecology. 8a. ed. Philadelphia, United State of American. Williams & Wilkins. 1999.
7. Copeland, L. Ginecología. 2a ed. Buenos Aires, Argentina. Panamericana. 2000.
8. Ahued J, et al. Ginecología y Obstetricia Aplicada. 2a. ed. México D.F. Manual Moderno. 2003.
9. Pérez Sánchez, A. et al. Ginecología. 2a ed. Santiago de Chile, Chile. Mediterráneo. 1997.
10. Petros JG, Alameddine F, Testa E, Rimm EB, Robillard RJ. Patient-controlled analgesia and postoperative urinary retention after hysterectomy for benign disease. 2004, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=7952478

11. Maymon R, Gilboa S, Abramowicz JS, Shulman A, Toar M, Bahary C. Ultrasonic validation of residual bladder volume in postvaginal hysterectomy patients. 2004, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=1885093
12. Jolley S. Intermittent catheterization for post-operative urine retention. 2004, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9335880
13. Grignaffini A, Bazzani F, Bertoli P, Petrelli M, Vadora E. Intravesicular prostaglandin E2 for the prophylaxis of urinary retention after colpohysterectomy. 2004, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9602987
14. Wagner G, Husslein P, Enzelsberger H. Is prostaglandin E2 really of therapeutic value for postoperative urinary retention? Results of a prospectively randomized double-blind study. 2004, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=3881968
15. Jaschevatzky OE, Anderman S, Shalit A, Ellenbogen A, Grunstein S. Prostaglandin F2 alpha for prevention of urinary retention after vaginal hysterectomy. 2004, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=3860788
16. Piura López, J. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 3a. ed. Managua, Nicaragua. Rojas. 1998.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Retención urinaria en pacientes post-histerectomía vaginal y/o colpoplastía anterior. Ginecología, HEODRA. Enero 2003 – Diciembre 2003

1) Datos generales

Número de ficha: _____
Número de expediente: _____
Nombre del paciente: _____
Fecha de ingreso: _____
Edad: _____
Procedencia: _____
Escolaridad: _____
Fecha de procedimiento quirúrgico: _____

2) Antecedentes gineco-obstétricos

Gestas: _____
Para: _____
Aborto: _____
Cesárea: _____

3) Antecedentes personales relevantes

Diabetes: SI _____ NO _____
Hipertensión arterial: SI _____ NO _____
Obesidad: SI _____ NO _____
Otros: _____

4) Examen físico:

Grado de prolapso (I-II-III):

1) Cistocele: _____ 2) Uretrocele: _____ 3) Prolapso uterino: _____

5) Datos posquirúrgicos:

Procedimiento realizado: 1) HTV: _____ 2) Colpoplastía anterior: _____
3) Ambos: _____
Orina espontánea: _____
Orina residual: _____ ¿Cuánto? _____
Ejercicios vesicales posquirúrgicos: SI _____ NO _____
Retención urinaria: SI _____ NO _____