



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

---

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO.4

“LUIS CASTELAZO AYALA”

**PREVALENCIA DE PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL EN LA CONSULTA DE UROLOGÍA  
GINECOLÓGICA**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. GRECIA ÁLVAREZ PONCE

ASESOR:

DRA. CARMEN JANET MARÍN MÉNDEZ



CIUDAD DE MÉXICO

GRADUACIÓN FEBRERO 2017



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 esta 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.

**ÍNDICE:**

CARTA DE ACEPTACIÓN.....	3
DEDICATORIA.....	4
RESÚMENES.....	5-6
INTRODUCCIÓN.....	7-8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVOS.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	13
MUESTRA .....	14
ESTRATEGIA DE TRABAJO.....	15
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	16
ASPECTOS ÉTICOS.....	17
RESULTADOS.....	18-20
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXO 1 .....	24
ANEXO 2.....	25
ANEXO 3.....	26

### **CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**

Por medio de la presente informamos que la C. Grecia Álvarez Ponce, residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **“Prevalencia de prolapso de cúpula vaginal en la consulta de urología ginecológica”** y otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

---

Dr. Oscar Moreno Álvarez  
Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Dra. Carmen Janet Marín Méndez

Asesor de tesis

Médico Especialista en Urología Ginecológica

Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mis papás, por su ejemplo y amor incondicional

A mis hermanos

A mis maestros

A la Dra. Carmen Janet Marín Méndez y al Dr. Carranza Lira, por su orientación y apoyo.

## Resumen

**Introducción:** La histerectomía es la cirugía ginecológica más frecuentemente realizada, principalmente secundaria a patología benigna. Una de las complicaciones a mediano y largo plazo, es el prolapso de cúpula vaginal, presentándose de 0.1 al 18.2%, dependiendo el grado. En nuestra población llama la atención los factores de riesgo predisponentes para prolapso de órganos pélvicos, que asociados al antecedente de histerectomía total, pueden aumentar aún más el riesgo de prolapso de cúpula.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de prolapso de cúpula vaginal en la consulta de urología ginecológica.

**Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, en base a los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal. Se excluyeron a las pacientes a las que se les realizó histerectomía subtotal, por patología maligna o con enfermedades crónico degenerativas como: Diabetes Mellitus tipo 2, lesión neurológica o muscular, enfermedades de la colágena o pulmonares.

**Resultados:** Entre 01 noviembre 2015 al 01 de noviembre del 2016, acudieron a revisión al servicio de urología ginecológica 3449 pacientes, 36 de ellas con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal. Estimando una prevalencia del 1%. Del total de las pacientes el 8.4% tuvo prolapso grado II, 58.4% grado III y 33.4% grado IV, observando mayor porcentaje de prolapso avanzado que en otras poblaciones. Se observó que las pacientes con más de 3 embarazos (66.7%) presentaron mayor porcentaje de prolapso avanzado (63.9%) y que las pacientes con IMC  $\geq 25$  (66.7 %) también mostraron mayor porcentaje de prolapso avanzado (69.7%) y en menor tiempo que las pacientes con IMC  $< 25$  ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** De acuerdo a los resultados obtenidos, la obesidad parece ser un factor de riesgo importante al acortamiento en la presentación clínica de prolapso y al incremento de prolapso avanzado, en pacientes con antecedente de histerectomía total ( $p < 0.05$ ). Por lo que, debido a las características étnicas de la población mexicana y al aumento exponencial de obesidad en nuestro país, se debe individualizar cada caso para optar por cirugías menos invasivas, que permitan además preservar la integridad del suelo pélvico.

**Palabras clave:** Histerectomía total, histerectomía subtotal, prolapso de cúpula

## **Abstract**

**Introduction:** Hysterectomy is the most frequently performed gynecological surgery, mainly secondary to benign pathology. One of the complications in the medium and long term is the vaginal eversion, presenting from 0.1 to 18.2%, depending on the degree. In our population, the predisposing risk factors for pelvic organ prolapse, which associated with a history of total hysterectomy, may increase the risk of vaginal eversion.

**Objective:** To determine the prevalence of vaginal eversion in patients with a history of total hysterectomy secondary to benign pathology.

**Method:** We performed a retrospective study, based on the clinical records of patients with a diagnosis of vaginal eversion. We excluded patients who underwent subtotal hysterectomy due to malignant disease or chronic degenerative diseases such as: Type 2 diabetes mellitus, neurological or muscular injury, collagen or pulmonary diseases.

**Results:** Between 01 November 2015 and 01 November 2016, 3449 patients were submitted to a gynecological urology service, 36 of them with a diagnosis of vaginal eversion. A prevalence of 1% was esteemed. Of the total number of patients, 8.4% had grade II prolapse, 58.4% grade III and 33.4% grade IV, observing a higher percentage of advanced prolapse than in other populations. It was observed that patients with more than 3 pregnancies (66.7%) had a higher percentage of advanced prolapse (63.9%) and that patients with BMI  $\geq 25$  (66.7%) also had a higher percentage of advanced prolapse (69.7%) and a lower proportion time than patients with BMI  $<25$  ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** According to the results, obesity seems to be a major risk factor for the shortening in the clinical presentation of prolapse and the increase of advanced prolapse in patients with a history of total hysterectomy ( $p < 0.05$ ). Therefore, due to the ethnic characteristics of the Mexican population and the exponential increase of obesity in our country, each case must be individualized to opt for less invasive surgeries, which also allow preserving the integrity of the pelvic floor.

**Key words:** Total hysterectomy, subtotal hysterectomy, vaginal eversion.

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía, es la cirugía ginecológica más frecuentemente practicada en el mundo y la segunda en general después de la cesárea. La mayoría secundario a patología benigna (más del 90%); siendo las indicaciones más comunes: leiomiomatosis, hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico, prolapso genital y endometriosis. También se realiza en caso de patologías malignas como: cáncer cervicouterino, cáncer de ovario, abscesos tubo-ováricos complicados que no responden a antibioterapia y en situaciones graves como la hemorragia obstétrica.<sup>1</sup>

El útero puede ser extirpado por vía abdominal o vaginal. La elección de la vía depende de la indicación de la cirugía y de las circunstancias clínicas de la paciente, como por ejemplo: el tamaño y movilidad del útero, la anchura de la vagina y de la presencia o ausencia de otras condiciones asociadas.

La histerectomía puede ser total o subtotal. La ventaja de la histerectomía total es que la extirpación del cérvix elimina una fuente de infección, sangrado, lesiones precancerosas y de cáncer. Sin embargo uno de los aspectos más controvertidos en relación con la histerectomía total en comparación con la histerectomía subtotal, es la posible aparición de disfunciones anatomofuncionales del piso pélvico, posterior al procedimiento quirúrgico.<sup>2</sup>

Una de las complicaciones descritas a mediano y largo plazo posterior a la histerectomía total es el prolapso del compartimiento apical: prolapso de cúpula vaginal, debido a que durante la cirugía se reduce la superficie de inserción del complejo de ligamentos que conforman el anillo pericervical (primer nivel De Lancey).<sup>3</sup>

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) se define como el descenso de los órganos del tracto genital inferior, más allá de las paredes vaginales. La incidencia y prevalencia del POP es difícil de estimar, dado que éste sólo se torna sintomático una vez que se exterioriza a través del introito, impactando de forma negativa sobre la imagen corporal, sexualidad y función: principalmente incontinencia urinaria (15-28%) e incontinencia fecal (25%).<sup>3-4</sup>

Los factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos se clasifican en: 1. Predisponentes (cultural, ambiental, genético y anatómico), 2. Estimuladores (multiparidad, cirugía radical, lesión neurológica y muscular), 3. Promotores (Constipación, profesión, obesidad, histerectomía, enfermedad pulmonar, tabaquismo, menopausia) y Descompensadores (envejecimiento, demencia y debilidad).<sup>3</sup>

Se sabe que posterior a la histerectomía total abdominal, el riesgo de prolapso de cúpula se presenta en un 0.1 a 18.2 %. La incidencia va disminuyendo dependiendo del grado de prolapso al que nos refiramos; por ejemplo, en un 39%, grado I; 35%, grado II, y 2% en grados III y IV. Este valor aumenta a un 15% si en forma concomitante a la histerectomía se realiza una reparación de prolapso genital.<sup>4</sup>

Otros factores de riesgo descritos son: sobrepeso y obesidad, duplicando el riesgo, número de partos vaginales: después del primer nacimiento por parto con Riesgo relativo de 4, del tercero RR de 9 y del cuarto RR 10, edad: se duplica el riesgo por decenio de vida, mujeres de 29 a 39 años,



RR 1.6%; de 40 a 59 años RR 3.8%; 60 a 79 años RR 3% y a más de 80 años RR 4.1%. Esto deriva del envejecimiento fisiológico, procesos degenerativos y datos de hipoestrogenismo.

En cuanto a la raza, las mujeres de raza negra y asiáticas presentan un menor riesgo, mientras las hispanoamericanas y caucásicas presentan cuatro a cinco veces más riesgo, esto se asocia a diferencias en el contenido de colágena, así como el tipo de pelvis.<sup>5-6</sup>

En nuestra población, se han descrito múltiples factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos siendo modificables algunos de ellos, como la obesidad y el tipo de histerectomía.

El ACOG (American Collage of Obstetricians and Gynecologist) ha sugerido que la histerectomía total debe reducirse a un 30% o menos en las pacientes con patología benigna, para disminuir la morbilidad asociada a esta técnica quirúrgica.<sup>7</sup>

Una revisión publicada en 2003 demostró que la principal causa por la que ginecólogos continúan indicando la histerectomía total abdominal, es que se sienten más seguros con esta técnica y/o la conocen mejor, y en segundo lugar creen que es necesario remover el cuello por el riesgo futuro de cáncer.<sup>2</sup>

Las estadísticas de la época en la que se produjo el auge de la histerectomía total (años 50-60) evaluaban el riesgo de aparición de un cáncer invasivo de cuello después de una histerectomía subtotal en el 1-2% de los casos. Sin embargo, hoy la situación es diferente, ya que en aquella época todavía no se habían implantado los programas de tamizaje citológico, ni existían los métodos de diagnóstico y tratamiento actuales de la neoplasia cervical intraepitelial.

Ha sido demostrado que el riesgo de desarrollar cáncer de la cúpula vaginal después de una histerectomía total es de un 0.13%, que es prácticamente el mismo de desarrollar cáncer cervicouterino del muñón cervical post histerectomía supracervical, de un 0.11%.<sup>2</sup>

Además, es posible prevenir en estas pacientes con histerectomía subtotal la aparición de CaCu futuro, con el mismo método que el resto de las mujeres, la de citología de Papanicolaou. Es decir, se debe mantener los controles con Papanicolaou igual que en aquella paciente con útero.<sup>9</sup> Estos resultados nos deben llevar a revisar con especial atención las indicaciones para optar una histerectomía total.

Numerosos autores se han inclinado ya a favor de la histerectomía subtotal en las mujeres sin riesgo de cáncer de cervicouterino y con tamizaje previo adecuado, especialmente si se va a realizar por abordaje laparoscópico. Por el contrario, otros manifiestan que la histerectomía total sigue siendo todavía la histerectomía de elección para la mayoría de los casos mientras no se demuestren las ventajas de la histerectomía subtotal.<sup>8-10</sup>

No existen estudios actuales, en los que se determine la prevalencia para prolapso de cúpula en mujeres mexicanas con antecedente de histerectomía total secundario a patología benigna, por lo que éste estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de prolapso de cúpula en mujeres con estos factores de riesgo; ya que la histerectomía continuará siendo necesaria.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de prolapso de cúpula vaginal en la consulta de urología ginecológica, en UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” durante el periodo del 01 Noviembre de 2015 al 01 Noviembre de 2016?

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de prolapso de cúpula vaginal en la consulta de urología ginecológica, durante el periodo de 01 Noviembre 2015 al 01 de Noviembre del 2016.

## **JUSTIFICACIÓN**

La histerectomía es la cirugía ginecológica más frecuentemente realizada, principalmente secundaria a patología benigna. En más del 90% de los casos. Una de las complicaciones a mediano y largo plazo, es el prolapso de cúpula vaginal, presentándose de 0.1 al 18.2%, dependiendo el grado.

En nuestra población llama la atención los factores de riesgo predisponentes para prolapso de órganos pélvicos, como: multiparidad, sobrepeso/obesidad y raza, que asociados al antecedente de histerectomía total, pueden aumentar aún más el riesgo de prolapso de cúpula, condicionando a la paciente a deterioro en calidad de vida.

Ya que la histerectomía continuará siendo necesaria; debemos de identificar los factores de riesgo en nuestras pacientes e individualizar el tratamiento con el objetivo de disminuir el riesgo de morbilidad futura.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño de estudio:**

Retrospectivo, descriptivo.

### **Universo de trabajo:**

Pacientes que acudieron a consulta al servicio de urología ginecológica, durante el periodo de 01 noviembre 2015 al 01 noviembre 2016.

### **Sitio de realización del estudio:**

Servicio de urología ginecológica, en la unidad médica de alta especialidad, hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

### **Criterios de selección:**

Pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal

### **Criterios de exclusión:**

Pacientes que se les realizó histerectomía subtotal o por patología maligna o con enfermedades crónico degenerativas como: Diabetes Mellitus tipo 2, lesión neurológica o muscular, Enfermedades de la colágena o pulmonares.

### **Criterios de eliminación:**

Pacientes con expedientes incompletos.

## VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Tipo
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento a la fecha	Años	Independiente Cuantitativa Discontinua
Gestaciones	Número total de embarazos	Número	Independiente Cuantitativa Discontinua
Índice de masa corporal	Medida de asociación entre el peso y la talla del individuo	Número	Independiente Cuantitativa Continua
Antecedente Histerectomía total	Antecedente de procedimiento quirúrgico, extirpando cérvix por patología benigna	SI/NO	Dependiente Cualitativa Dicotómica
Prolapso de cúpula vaginal	<p>Descenso de órganos pélvicos , grado I,II, III O IV de acuerdo a la clasificación internacional de continencia POP Q, la cual asigna 2 puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix o cúpula vaginal (C), un punto en relación al fórnix posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (LVT), medición del hiato genital (HG) y la medición del cuerpo perineal (CP). Registrados estos valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical. Estos serán:</p> <p>I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen.            II: el descenso es +/- 1cm del himen.            III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm de la longitud vaginal.            IV: cuando estamos frente a una prociencia completa.</p>	SI/NO	Dependiente Cualitativa Dicotómica
Tiempo transcurrido posterior a la histerectomía	Años transcurridos posterior a histerectomía	Número	Dependiente Cuantitativa Discontinua

## **MUESTRA**

Todas las pacientes que acudieron a consulta al servicio de urología ginecológica, con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal, que cumplieran los criterios de inclusión, durante el periodo de 01 noviembre 2015 al 01 noviembre 2016.

## **ESTRATEGIA DE TRABAJO**

Se solicitaron al archivo clínico los expedientes de las pacientes registradas por el servicio de urología ginecológica con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal, que acudieron a consulta durante el periodo del 01. Noviembre 2015 al 01. Noviembre del 2016. Se capturaron los datos en la hoja correspondiente (Anexo 1), para su posterior análisis estadístico.



## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se presentó la información utilizando medidas de tendencia central y dispersión en tablas y gráficas.

### **Tiempo a desarrollarse:**

6 meses

## **ASPECTOS ÉTICOS**

No se requirió consentimiento informado, ya que se trata de un estudio retrospectivo, en donde solo se analizó la información del expediente clínico. El protocolo fue autorizado por el CLIEIS con el número de registro R-2016-3606-51 (Anexo 2).

## RESULTADOS

En el periodo comprendido del 01 noviembre 2015 al 01 de noviembre del 2016, acudieron a revisión al servicio de urología ginecológica 3449 pacientes; 36 de ellas con prolapso de cúpula vaginal, que cumplieron con los criterios de inclusión lo que dio una prevalencia de 1%.

Del total de las pacientes el 8.4% tuvo prolapso grado II, 58.4% grado III y 33.4% grado IV. (Gráfica1) La edad promedio de las pacientes osciló entre 46 y 85 años, con una mediana de 65.5 años. El 100 % de las pacientes consultaron por sensación de cuerpo extraño, presentando incontinencia urinaria el 36%. Ninguna refirió incontinencia fecal.

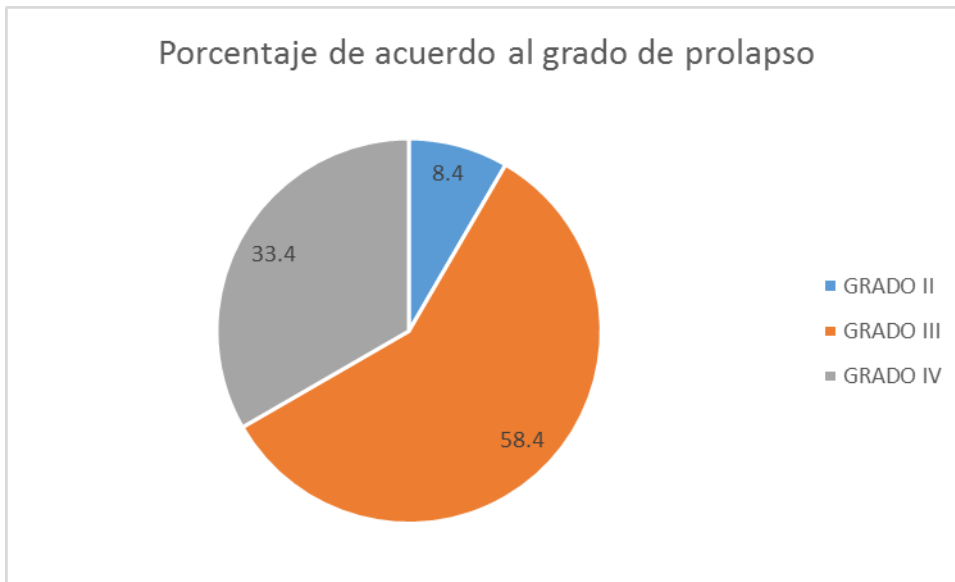
El número de embarazos con resolución vaginal, osciló entre 1 y 15 con una mediana de 4. Observando que el 33.3% de las pacientes tuvieron  $\leq 3$  partos y el 66.7% más de 3. Aquellas con  $\leq 3$  partos presentaron prolapsos avanzados (III-IV) en el 27.8 % en comparación con las que tuvieron más de tres partos que presentaron prolapso en estadios avanzados en el 63.9% de los casos. (Gráfica2)

La vía de abordaje más frecuente fue abdominal representando el 69.4%, únicamente el 30.5% tienen antecedente de histerectomía vaginal. No se registraron pacientes intervenidas por vía laparoscópica.

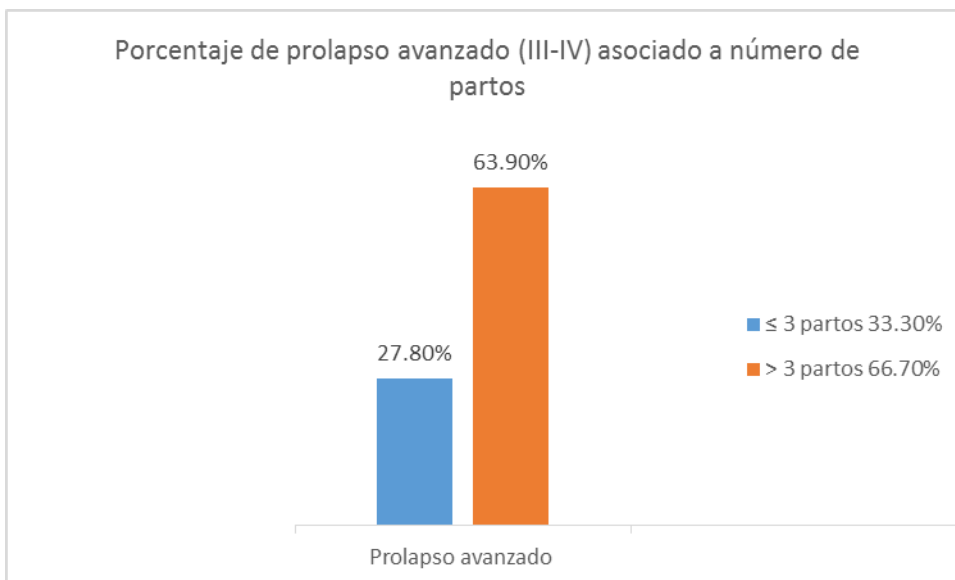
En cuanto al peso, el 66.7 %(24) tuvieron  $IMC \geq 25$ , de las cuales 69.7% tuvieron prolapso de cúpula avanzado, en comparación con las pacientes con  $IMC < 25$  en las que presentaron prolapsos avanzados sólo en 33.3%. (Gráfica3)

El tiempo transcurrido posterior a la histerectomía y la aparición del prolapso osciló ente 1 y 40 años, con una mediana de 16.5 años. Se observó una diferencia significativa respecto al IMC y el tiempo de aparición de prolapso de cúpula posterior a la histerectomía. Del grupo de pacientes con  $IMC \geq 25$ , un 27.7% lo presentaron antes de 10 años en comparación con 2.7% en el grupo de pacientes con  $IMC < 25$  ( $p < 0.05$ ). (Gráfica 4).

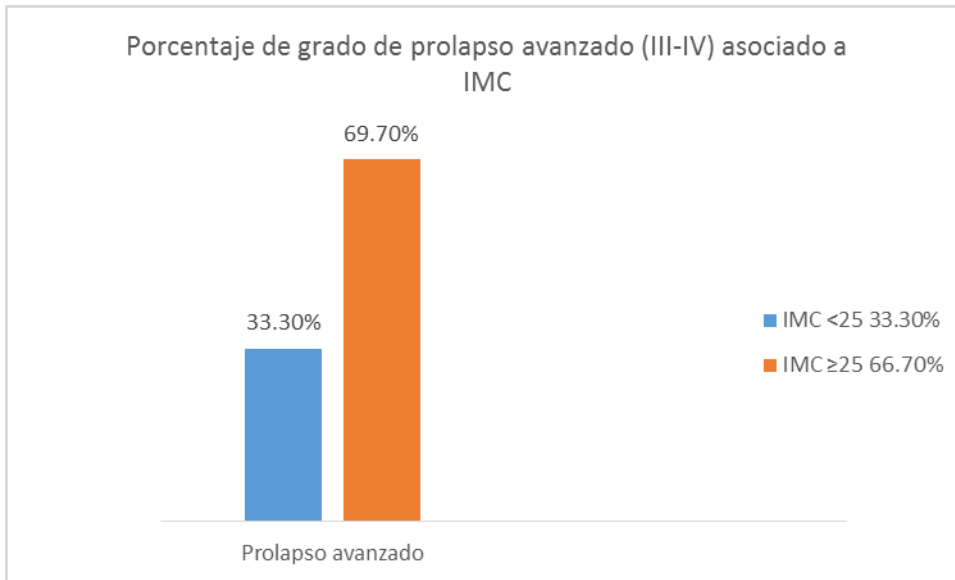
Gráfica 1



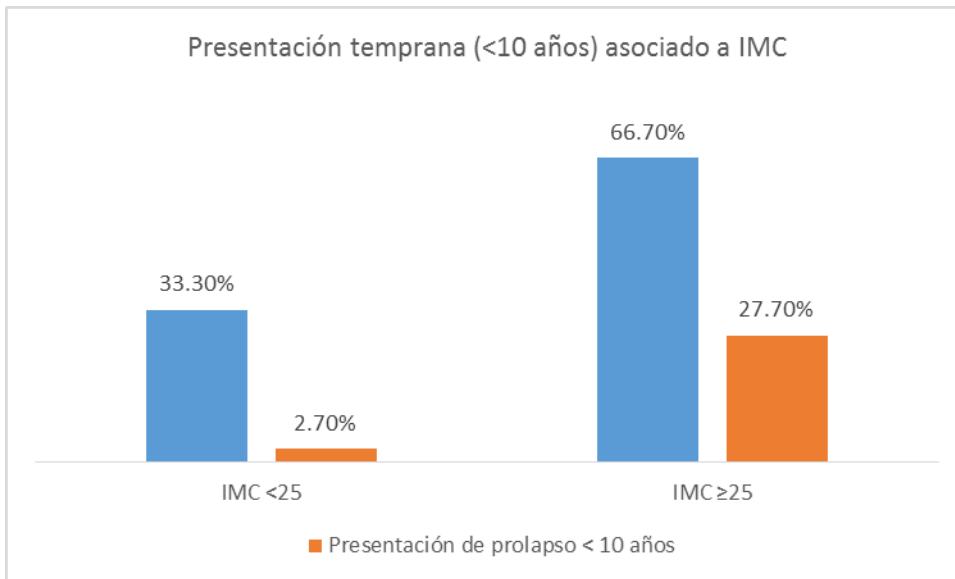
Gráfica 2



Gráfica 3



Gráfica 4



## **DISCUSIÓN:**

Una de las complicaciones a mediano y largo plazo de la histerectomía total, es el prolapso de cúpula vaginal.

En este estudio del total de pacientes estudiadas el 8.4 % tuvo prolapso grado II, 58.4 % grado III y 33.4 % grado IV, lo cual llama la atención, ya que según la literatura la incidencia va disminuyendo según la severidad del grado (35% grado II y 2% grados III y IV), lo cual probablemente se deba a diferentes factores de riesgo en nuestra población.

Las mujeres mexicanas cursan con múltiples factores de riesgo predisponentes para prolapso de órganos pélvicos como: raza, multiparidad, sobrepeso y obesidad.

En este estudio se observó que las pacientes con más de 3 embarazos (66.7%) presentaron mayor porcentaje de prolapso avanzado (63.9%) y que las pacientes con IMC  $\geq 25$  (66.7 %) también mostraron mayor porcentaje de prolapso avanzado (69.7%) y en menor tiempo, que aquellas con IMC  $< 25$ .

Se reportó que la vía de abordaje más frecuente fue abdominal, como se esperaba según la estadística ya descrita. Un estudio realizado en el 2003, demostró que la principal causa por la que ginecólogos continúan indicando la histerectomía total, es porque se sienten más seguros con esta técnica además de que creen que es necesario remover el cuello por el riesgo futuro de cáncer.<sup>2</sup> Sin embargo se ha demostrado que actualmente el riesgo de desarrollar cáncer de muñón cervical después de una histerectomía subtotal es de un 0.11%.<sup>2</sup>

Por lo anterior, lo más recomendable sería individualizar cada caso para determinar qué tipo de histerectomía se debe de realizar en caso de patología benigna, con el fin de disminuir la morbilidad en un futuro.

## **CONCLUSIONES**

Las pacientes con IMC  $\geq 25$  y el antecedente de histerectomía total secundario a patología benigna, presentaron mayor porcentaje de prolapsos avanzados y en un plazo más corto, en comparación con las pacientes con IMC  $< 25$ .

Tal vez en caso de histerectomía por patología benigna, se deba optar por cirugías más conservadoras que permitan además preservar la integridad del suelo pélvico, como serían: histerectomía subtotal, histerectomía total sub facial, histerectomía total vaginal o abdominal con fijación de la cúpula al ligamento sacro o sacroespinoso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clarke-Pearson D, Geller E. Complications of Hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2013; 121(3):654-673.
2. Solá D V, Ricci A P, Pardo S J, Guiloff F E. Histerectomía: Una Mirada desde el suelo pélvico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(5):364-372.
3. De Lancey J. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166(6):1717-1728.
4. Wu M, Long C, Huang k, Chung C, Liang C, Tang C. Changing trends of surgical approaches for uterine prolapse: an 11 year population-based nationwide descriptive study. *Int Urogynecol J* 2012;23(7):865-872.
5. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(3):795-806.
6. Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2015;26(11):1559-73.
7. ACOG practice bulletin. Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. *Obstet Gynecol* 2008;112(2):387-400
8. Zupi E, Zullo F, Marconi D, Sbracia M, Pellicano M, Solima E, et al. Hysteroscopic endometrial resection versus laparoscopic supracervical hysterectomy for menorrhagia: a prospective randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(1):7-12
9. Zekam N, Oyelese Y, Goodwin k, Colin C, Sinai I, Queenan JT. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003;102(2):301-5.
10. Gimbel H. Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases? A meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(2):133-44.



**ANEXO 1**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA  
“LUIS CASTELAZO AYALA”**



**Título: Prevalencia de prolapso de cúpula vaginal en la consulta de Urología Ginecológica**

**RECOLECCIÓN DE DATOS:**

<b>Nombre</b>	<b>NSS</b>	<b>Edad</b>	<b>Gestas</b>	<b>IMC</b>	<b>Grado de prolapso genital</b>	<b>Tiempo transcurrido posterior a histerectomía total</b>	<b>Antecedente de histerectomía total secundario a patología benigna</b>

**ANEXO 2**



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante  
COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **31/10/2016**

**DRA. CARMEN JANET MARIN MÉNDEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Prevalencia de prolapso de órganos pélvicos en pacientes con antecedente de histerectomía total**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
------------------

R-2016-3606-51
----------------

ATENTAMENTE

**DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**ANEXO 3**



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



**Dictamen de Modificación Autorizada**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante  
COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **07/02/2017**

**DRA. CARMEN JANET MARIN MÉNDEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **Prevalencia de prolapso de órganos pélvicos en pacientes con antecedente de histerectomía total** y con número de registro institucional: **R-2016-3606-51** y que consiste en:

Cambio metodológico

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

  
**DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ**  
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.3606

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL