



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes

**Comparación de Complicaciones Asociadas a Cirugía
Reconstructiva de Piso Pélvico en Mujeres Mexicanas
de Edad Avanzada**

T E S I S

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA

PRESENTA

ALEJANDRO RENDÓN MOLINA

DRA. ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA
Y DIRECTORA DE TESIS



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ
ASESORA METODOLÓGICA

Ciudad de México

AÑO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

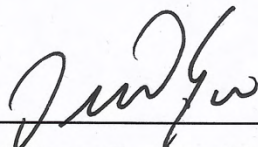
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

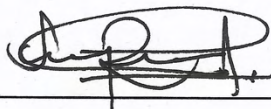
AUTORIZACIÓN DE TESIS

TÍTULO DE LA TESIS: "COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS
A CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE PISO PÉLVICO EN MUJERES
MEXICANAS DE EDAD AVANZADA"



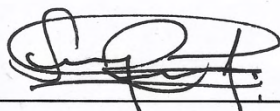
Dra. Viridiana Gorbea Chávez

Directora de Educación en Ciencias de la Salud
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



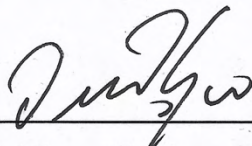
Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado

Profesora Titular del Curso en Especialización en Urología Ginecológica
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado

Directora de Tesis
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



Dra. Viridiana Gorbea Chávez

Asesora Metodológica de Tesis
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

**COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A CIRUGÍA
RECONSTRUCTIVA DE PISO PÉLVICO EN MUJERES MEXICANAS DE
EDAD AVANZADA**

**COMPARISON OF SURGICAL COMPLICATIONS AFTER PELVIC FLOOR
RECONSTRUCTION IN ELDERLY MEXICAN WOMEN**

Rendón Molina Alejandro ^{*}, Gorbea Chávez Viridiana ⁺, Rodriguez Colorado E. Silvia [⊥]

^{*} Médico residente de segundo año del Curso de Especialidad en Urología Ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.

⁺ Directora de Educación en Ciencias de la Salud, Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.

[⊥] Profesor Titular del Curso en Especialización en Urología Ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.

Realizado en Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.
Calle Montes Urales Número 800, Delegación Miguel Hidalgo, Colonia Lomas Virreyes, C.P. 11000, Ciudad de México, México.

Correspondencia:

Alejandro Rendón Molina,

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”

Montes Urales Número 800, Colonia Lomas de Virreyes, C.P. 11000

Ciudad de México, México.

Teléfono: 044 55 32 11 53 41

Correo electrónico: arendonm.87@gmail.com

ÍNDICE GENERAL

Resumen	Página 5
Abstract	Página 6
Introducción	Página 7
Material y Métodos	Página 8
Resultados	Página 9
Discusión	Página 13
Bibliografía	Página 17

RESUMEN

Introducción: Derivado de las complicaciones clínicas relacionadas al prolapso de órganos pélvicos (POP) en mujeres de edad avanzada es importante un tratamiento oportuno. En años previos tanto cirujanos como pacientes han sido medidos en someter a riesgos quirúrgicos y anestésicos a una población de edad avanzada por las potenciales complicaciones asociadas.

Objetivo: Comparar las complicaciones perioperatorias y a un año de seguimiento, en mujeres ≥ 60 años sometidas a cirugía reconstructiva de piso pélvico.

Material y Métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte que incluyó a mujeres sometidas a cirugía reconstructiva de piso pélvico de enero de 2013 a junio de 2017. Se analizaron dos grupos acorde a edad; < 60 años y ≥ 60 años. El análisis estadístico se realizó mediante prueba Chi Cuadrada, prueba exacta de Fisher, prueba t de Student y cálculo de Odds Ratio (OR) considerando un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0.05$. Se utilizó el programa SPSS versión 24 para el manejo de datos.

Resultados: De las 231 mujeres incluidas en el estudio, 24 (10.38%) mujeres ≥ 60 años presentaron complicaciones perioperatorias. Al año de seguimiento de 209 registros completos, 27 (12.91%) mujeres de ≥ 60 años presentaron alguna complicación. La edad no representó un riesgo para la presentación de complicaciones perioperatorias OR=0.864 IC95% (0.481-1.553), o al año de seguimiento OR=1.683 IC95% (0.914-3.099).

Conclusiones: En nuestra población no existe un incremento en el riesgo de presentar complicaciones perioperatorias o al año de seguimiento en mujeres de 60 o más años de edad sometidas a cirugía reconstructiva de piso pélvico.

PALABRAS CLAVE: Cirugía, Prolapso de Órganos Pélvicos, Reconstrucción de Piso Pélvico, Complicaciones, Edad Avanzada, 60 Años.

ABSTRACT

Introduction: Due to the clinical complications of pelvic organ prolapse (POP) in elder women treatment is mandatory. Previously, both surgeons and patients had been cautious before undergoing surgery given the risks associated to the anesthesia and the procedure per se in this population.

Objective: To compare the perioperative complications, and one after one-year surgical follow-up, in women ≥ 60 years who underwent pelvic reconstructive surgery.

Material and Methods: Case control study nested in a cohort that included women who underwent pelvic reconstructive surgery from January 2013 to June 2017. Two groups were analyzed; < 60 years and ≥ 60 years. The statistical analysis was realized using the Chi square test, the exact test of Fisher and estimation of Odds ratio (OR) with a 95% confidence interval (95%CI). A $p \leq 0.05$ value was considered significant. SPSS v24 was used for processing the data.

Results: Of the 231 women included in the study, 24 (10.38%) women ≥ 60 years had perioperative complications. Just 209 women completed the one-year surgical follow-up, 27 (12.91%) women ≥ 60 years had complications after the year. Age did not represent a risk for perioperative complications OR=0.864 95%CI (0.481-1.553) or one-year follow-up complications OR=1.683 95%CI (0.914-3.099) due to pelvic reconstructive surgery.

Conclusion: In our population there's not an increased risk of complications during the perioperative period or after a one-year follow-up for women who underwent pelvic reconstructive surgery for POP.

KEY WORDS: Surgery, Pelvic Organ Prolapse, Pelvic Reconstructive Surgery, Surgical Risks, Surgical Complications, Elder Women, 60 Years.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a las personas mayores como aquellas sobre los 60 años.⁽¹⁾ En el año 2018 se estima en México una población total superior a 10,000,000 adultos de 60 años o más, la esperanza de vida para las población femenina es de 22.9 años a partir de esta edad. El 32.4% de la población de adultos mayores se concentra en tres estados; la Ciudad de México, Oaxaca y Veracruz.⁽²⁾ El incremento en la edad es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos (POP).

Acorde a la terminología conjunta de la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) y la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), el término prolapso hace referencia al descenso de parte de un órgano. Órgano pélvico hace referencia al útero y/o a los diferentes compartimentos vaginales, así como a las estructuras asociadas a la misma incluidos la vejiga, el recto y los intestinos. Por tanto, prolapso de órganos pélvicos (POP) es por definición una modificación en la anatomía.⁽³⁾

Los síntomas asociados al POP acorde a la IUGA y la ICS incluyen sensación de cuerpo extraño en vagina, sensación de presión o pesantez pélvica, sangrado o descarga vaginal, infecciones vaginales de repetición, digitación y dolor de espalda baja. Funcionalmente el prolapso de órganos pélvicos es causa de trastorno de vaciamiento vesical incompleto.⁽³⁾

En la población de adultos mayores, el POP incrementa el riesgo de hidronefrosis y falla renal. Así mismo, los trastornos en la defecación condicionados por la presencia de enterocele o rectocele impactan de en la calidad de vida de estas mujeres. Las condiciones antes descritas ameritan un tratamiento oportuno para la resolución del prolapso.

Tanto el manejo quirúrgico como el uso de pesario son alternativas terapéuticas viables en este grupo de mujeres. El uso de pesarios se considera conveniente cuando la paciente no acepta un manejo quirúrgico o cuando sus condiciones generales impiden dicho manejo. Sin embargo, el uso del pesario no es bien tolerado en todas las ocasiones. Su asociación a lesiones en la mucosa vaginal o la presencia de descarga vaginal intermitente impide un adecuado apego al mismo.⁽⁴⁾

Partiendo de los datos anteriores, el especialista en urología ginecológica se enfrentará con mayor frecuencia a mujeres de edad superior a los 60 años que requieran manejo quirúrgico para el prolapso. En años previos tanto cirujanos como pacientes han sido medidos en someter a riesgos quirúrgicos y anestésicos a una población de edad avanzada.⁽⁵⁾

El presente estudio retrospectivo compara las complicaciones perioperatorias y a un año de seguimiento de la cirugía reconstructiva de piso pélvico en mujeres mayores de 60 años, atendidas dentro de la clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles anidado en una cohorte que incluyó a mujeres sometidas a cirugía reconstructiva de piso pélvico en la clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología de enero de 2013 a junio de 2017. Se analizaron dos grupos acorde a la edad; <60 años y ≥60 años. Se excluyeron del análisis a pacientes con registro incompleto de datos.

Las variables estudiadas por grupo incluyen número de gestas, partos, cesáreas, antecedente de hijo con peso mayor a 4000g al nacer, antecedente de uso de fórceps, cirugía vaginal previa, IMC y presencia de comorbilidades. Para la estadificación del prolapso se utilizó la cuantificación de prolapso (POP-Q) definido por la ICS. Se consideraron todas las cirugías reconstructivas de piso pélvico indicadas por POP, incluyendo a toda paciente a quien de manera concomitante se colocó cinta anti-incontinencia.

Se consideraron complicaciones perioperatorias aquellas transcurridas desde el inicio de la cirugía hasta las presentadas dentro de las dos primeras semanas de seguimiento postquirúrgico. Se incluyeron lesión a vía urinaria, hemorragia ≥500cc, infección de vía urinaria, dolor y dehiscencia de herida. Al año de seguimiento las complicaciones analizadas fueron incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) de novo, urgencia urinaria de novo, incontinencia urinaria de urgencia (IUU) de novo, exposición de material sintético y recurrencia de sintomatología de sensación de cuerpo extraño en vagina.

El análisis estadístico descriptivo se realizó utilizando medias \pm desviación estándar (DE) para variables cuantitativas. Para el análisis bivariado de variables cualitativas se utilizó la prueba Chi Cuadrada, la prueba exacta de Fisher y el cálculo de Odds Ratio (OR) considerando un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Para el análisis bivariado de variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0.05$. Para el manejo de los datos se utilizó el programa SPSS versión 24.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 255 registros de los cuales se excluyeron 24 por no contar con la totalidad de los datos. Se analizaron 231 casos de mujeres que fueron sometidas a cirugía reconstructiva de piso pélvico. De este total, 79 (34.19%) de las mujeres correspondieron al grupo de 60 o más años, en tanto que las restantes 152 correspondieron al grupo de menos de 60 años. La media de edad del total de las mujeres fue de 54.39 años (mínimo 26 años). La media de edad del grupo de 60 o más años fue de 66.97 años (máximo 85 años). La tabla 1 muestra los datos demográficos de la población.

Tabla 1. Características Demográficas de la Población				
	Total	<60 años (n=152)	≥ 60 años (n=79)	
Edad (<i>media \pmDE</i>)	54.3 \pm 10.9	47.8 \pm 6.2	66.9 \pm 5.7	
Gestas (<i>media \pmDE</i>)	3.9 \pm 1.8	3.5 \pm 1.3	4.6 \pm 2.4	p = 0.001
Partos (<i>media \pmDE</i>)	3.0 \pm 1.8	2.6 \pm 1.2	3.6 \pm 2.4	p = 0.001
Cesáreas (<i>media \pmDE</i>)	0.3 \pm 0.5	0.3 \pm 0.6	0.2 \pm 0.5	p = 0.06
Hijo Peso >4000g (n%)	44 (19)	27 (17)	17 (21)	p = 0.48
Fórceps (n%)	12 (5)	11 (7)	1 (1)	p = 0.06
Cirugía Vaginal Previa (n%)	31 (13)	20 (13)	11 (13)	p = 0.84
IMC (<i>media \pmDE</i>)	28.2 \pm 4.1	28.5 \pm 4.2	27.7 \pm 3.9	p = 0.16
Comorbilidades (n%)	90 (38)	48 (31)	42 (53)	p = 0.002
DM	26 (11)	15 (9)	11 (13)	
HASC	30 (12)	14 (9)	16 (20)	
DM e HASC	15 (6)	9 (5)	6 (7)	
Cardiopatía	2 (0.8)	0 (0)	2 (2)	
Hipotiroidismo	13 (5)	10 (6)	3 (3)	
EPOC	1 (0.4)	0 (0)	1 (1)	
Neuropatía	3 (1)	0 (0)	3 (3)	

El cistocele estadio 2 fue la principal indicación de cirugía reconstructiva de piso pélvico. La tabla 2 muestra el estado prequirúrgico de las pacientes acorde a la clasificación POP-Q. La tabla 3 enlista las cirugías realizadas.

Tabla 2. Estadios Prequirúrgicos de POP-Q

POP-Q	Cistocele			Rectocele			Apical		
	<60 años	≥60 años	Total	<60 años	≥60 años	Total	<60 años	≥60 años	Total
Estadio 0	10	5	15	33	17	50	15	6	21
Estadio 1	6	11	17	97	53	150	31	17	48
Estadio 2	115	53	168	19	6	25	89	44	133
Estadio 3	20	8	28	3	2	5	14	11	25
Estadio 4	1	2	3	0	1	1	3	1	4
	p = 0.39			p = 0.98			p = 0.55		

Tabla 3. Tipo de Cirugía Realizada

	Total	<60 años	≥60 años	
Histerectomía	(n=143)	(n=99)	(n=44)	p = 0.12
Vaginal	121	80	41	
Abdominal	13	12	1	
Laparoscópica	9	7	2	
Cirugía Realizada (Múltiplas posibles)	(n=202)	(n=122)	(n=80)	p = 0.44
Reparación anterior	45	36	9	
Reparación posterior	38	31	7	
Reparación anterior y posterior	90	45	45	
Obliterativa	4	0	4	
Fijación a Sacroespinoso	3	1	2	
Malla anterior - UpHold™	14	5	9	
Malla posterior	1	1	0	
Sacrocolpopexia	7	3	4	
Cirugía Anti-Incontinencia	(n=182)	(n=124)	(n=58)	p = 0.37
TOT	153	107	46	
TVT	25	15	10	
TVT-O	3	1	2	
Mini Sling	1	1	0	

Datos Perioperatorios

En total, 34 (14.7%) mujeres recibieron anestesia general, 177 (76.6%) mujeres recibieron anestesia regional y 20 (8.7%) anestesia regional más general. No existieron diferencias por grupo de edad en torno al procedimiento anestésico realizado. El tiempo quirúrgico medio para la población fue de 172 minutos (rango 25-400). La estimación media de pérdida hemática para la población fue de 352ml (rango 10-2500).

Al realizar el análisis por grupo de edad el tiempo medio de los procedimientos en mujeres menores de 60 años fue de 170 minutos, en tanto que la pérdida hemática media estimada fue de 363cc. Para las mujeres de 60 años o más la duración media de la cirugía fue de 165 minutos y el sangrado medio de 329cc. En ambos casos sin diferencias estadísticamente significativas.

Complicaciones Perioperatorias

En el periodo perioperatorio 51 (22.07%) mujeres <60 años presentaron cualquiera de las complicaciones incluidas en el análisis, 24 (10.38%) mujeres ≥60 años presentaron alguna complicación. La edad no representó un riesgo para la presentación general de complicaciones, OR=0.864 IC95% (0.481-1.553).

La principal complicación presentada fue el sangrado superior a los 500cc. Del total de la población, 55 (23.81%) pacientes presentaron hemorragia. La hemorragia se presentó con mayor frecuencia en las mujeres menores de 60 años; 40 (26.32%) pacientes. La tabla 4 resume el número y porcentaje de presentación de cada una de las complicaciones comentadas.

Tabla 4. Número de Complicaciones Perioperatorias Presentadas (n%)				
	Total (n=231)	<60 años (n=152)	≥60 años (n=79)	Riesgo (OR)
Sangrado ≥500cc	55 (23.81)	40 (26.32)	15 (18.99)	0.656 IC 95% (0.336 - 1.280)
IVU	20 (8.66)	13 (8.55)	7 (8.86)	1.040 IC 95% (0.397 - 2.720)
Dolor Postquirúrgico	15 (6.49)	11 (7.24)	4 (5.06)	0.684 IC 95% (0.210 - 2.221)
Lesión Vesical	9 (3.90)	6 (3.95)	3 (3.80)	0.961 IC 95% (0.234 - 3.948)
Dehiscencia de Herida	2 (0.87)	1 (0.66)	1 (1.27)	1.936 IC 95% (0.119 - 31.369)

De manera agregada, se evaluó el número de pacientes que presentaron retención urinaria posterior a la cirugía. En total 13 (16.4%) pacientes ≥60 años presentaron retención urinaria, por 16 (10.5%) pacientes <60 años. La edad no supuso un riesgo para la retención aguda de orina, OR=1.647 IC95% (0.761-3.684).

Se analizó la necesidad de mantener a la paciente con cateterismo uretral por 7 o más días ante la imposibilidad de conseguir volúmenes urinarios residuales <100cc. En total 18 (22.7%) pacientes ≥60 años requirieron cateterismo por 7 o más días, por 24 (15.78%) pacientes <60 años. La edad no significó un riesgo para cateterismo uretral con una duración mayor o igual a 7 días, OR=1.574 IC95% (0.795-3.116).

Se realizó una comparación de las complicaciones perioperatorias presentadas en un subgrupo de mujeres ≥70 años. En total se incluyeron 19 mujeres en el análisis de dicho rango de edad. Del total, 5 (26.31%) mujeres presentaron alguna de las complicaciones analizadas; OR=0.724 IC95% (0.251-2.092). Ninguna de las complicaciones comparadas en este subgrupo arrojó una diferencia significativa.

Complicaciones a Un Año de Seguimiento

Se contó con registros completos de 209 (90.4%) mujeres transcurrido un año de la cirugía. De estas, 137 (68.5%) correspondieron al grupo de mujeres <60 años y 72 (34.4%) al grupo de mujeres ≥60 años. En total, 36 (17.22%) mujeres de <60 años presentaron complicaciones a un año de seguimiento, por 27 (12.91%) mujeres de ≥60 años. La edad no representó un riesgo para la presentación de alguna de las complicaciones tras el seguimiento; OR=1.683 IC95% (0.914-3.099).

La principal complicación presentada al año fue la urgencia urinaria de novo, tras observarse en 39 (16.88%) mujeres. La urgencia de novo se presentó con mayor frecuencia en las mujeres de ≥60 años; 20 (25.32%) pacientes. La tabla 5 resume el número y porcentaje de presentación da cada una de las complicaciones comentadas.

Tabla 5. Número de Complicaciones Presentadas a Un Año de Seguimiento (n%)					
	Total (n=231)	<60 años (n=152)	≥60 años (n=79)	Riesgo (OR)	
Urgencia Urinaria de Novo	39 (16.88)	19 (12.50)	20 (25.32)	2.339 IC 95% (1.155 - 4.735)	p = 0.02
IUE de Novo	30 (12.99)	15 (9.87)	15 (18.99)	2.102 IC 95% (0.964 - 4.584)	
Trastorno de Vaciamiento	26 (11.26)	15 (9.87)	11 (13.92)	1.443 IC 95% (0.626 - 3.327)	
Recurrencia de Síntomas	24 (10.39)	13 (8.55)	11 (13.92)	1.692 IC 95% (0.718 - 3.991)	
IUU de Novo	19 (8.23)	8 (5.26)	11 (13.92)	2.85.9 IC 95% (1.096 - 7.460)	p = 0.04
Exposición	6 (2.60)	5 (3.29)	1 (1.27)	0.367 IC 95% (0.042 - 3.202)	

De igual modo se realizó una comparación de las complicaciones presentadas al año de seguimiento en un subgrupo de mujeres ≥ 70 años. Se incluyeron 16 mujeres en el grupo de dicho rango de edad. Se presentaron complicaciones en 7 (43.7%) de las 16 mujeres, OR=1.903 IC 95% (0.676-5.359). Ninguna de las complicaciones contrastadas en el subgrupo arrojó un riesgo incrementado.

DISCUSIÓN

El presente estudio comparativo retrospectivo permite establecer por primera ocasión en nuestra población el perfil de seguridad de la cirugía reconstructiva de piso pélvico en mujeres de una edad avanzada. Los datos en torno a este tópico son escasos. Es importante resaltar el corte de edad a los 60 años.

La OMS establece dicho punto de corte para nombrar a la persona como adulto mayor. Lo anterior, en relación a las comorbilidades que la vejez supone en especial en países en vías de desarrollo.⁽¹⁾ Si bien existen estudios con puntos de corte de edad superiores a los del presente análisis, por las características poblacionales de nuestro centro consideramos la definición otorgada por la OMS, como aplicable a nuestra población para el estudio de morbilidad agregada.

El uso de pesario en una población de edad avanzada resulta atractivo. Este es fácil de colocar y supone un bajo costo para la paciente y para las instituciones de salud. Los riesgos en general son pocos, costeables y fácilmente manejables. Sin embargo, existen mujeres en quienes el pesario puede no ser de utilidad.⁽⁴⁾ Si bien, las complicaciones quirúrgicas asociadas a la edad deben ser consideradas previo a la intervención de estas mujeres, el estudio muestra un perfil de complicaciones asequibles y de bajo riesgo.

En torno a nuestra población la mayoría de las mujeres recibieron anestesia regional. Ello contrasta con estudios europeos donde se prefiere la anestesia general sobre la anestesia regional.⁽⁶⁾ Lo anterior confirma el perfil de seguridad de cualquiera de las técnicas anestésicas independientemente de la edad de la paciente. El tiempo quirúrgico medio en nuestra población fue de 172 minutos.

Poco más de la mitad de los procedimientos se acompañaron de una histerectomía vaginal (n=121); tres cuartas partes de los procedimientos se acompañaron de la colocación de una cinta medio uretral anti-incontinencia (n=182). La asociación de múltiples procedimientos explica en cierta medida el tiempo quirúrgico, mismo que resulta superior al reportado por estudios americanos y europeos.⁽⁶⁻⁹⁾ La asociación de una histerectomía o de una cinta medio uretral a la cirugía de prolapso no parece incrementar los riesgos independientemente de la edad de la mujer.

Las complicaciones perioperatorias registradas se clasifican dentro de los grados I y II de la clasificación de Dindo-Clavien.⁽¹⁰⁾ No hubo casos que requirieran de una re-intervención quirúrgica. Tampoco hubo presencia de complicaciones que pusieran en riesgo la vida de la paciente o que condicionaran una falla orgánica múltiple. En ninguno de los casos la edad de las pacientes condicionó una mayor severidad de las complicaciones registradas.

Los procedimientos obliterativos se consideran útiles en una población de edad avanzada dada la reducción del tiempo quirúrgico y de las pérdidas hemáticas.^(11,12) En nuestro análisis estos procedimientos se utilizaron en casos seleccionados. La baja tasa de procedimientos obliterativos no condicionó un incremento en el riesgo de complicaciones.

Si bien, los procedimientos obliterativos representan una alternativa quirúrgica para estas mujeres, la edad en si misma no es un criterio válido para la toma de una decisión quirúrgica en ancianas. La limitación funcional de los procedimientos obliterativos reserva su uso a casos seleccionados de recurrencia siempre que la mujer comprenda los alcances de la cirugía. Estos resultados son similares a grupos de trabajo europeos.⁽⁶⁾

Resulta atractivo para el cirujano disponer de datos que respalden el abordaje quirúrgico en mujeres arriba de 60 y 70 años al no mostrar un incremento en las complicaciones perioperatorias analizadas. Es interesante observar un riesgo discreto, sin significancia estadística, por procedimientos de mayor duración y con pérdidas hemáticas superiores en pacientes de menor edad. Lo anterior explicado en parte, por la búsqueda de minimizar riesgos en pacientes de edad avanzada.

Tanto la aparición de urgencia urinaria de novo como de IUU de novo al año de seguimiento en mujeres ≥ 60 años llama la atención. Si bien ambas complicaciones podrían no ser consideradas de severidad, no se cuenta con el registro de datos de cuestionarios de calidad de vida que permitan poner en dimensión el impacto de dicha sintomatología en las mujeres. Establecer el efecto de la cirugía por grupo de edad resulta complicado. Dichos síntomas podrían ser secundarios a la alta incidencia de síndrome genitourinario en dicho grupo etario. Adicionalmente, la colocación de cintas medio uretrales es un factor de confusión para la aparición de la sintomatología.

Salvo por la urgencia urinaria de novo y la IUU de novo en pacientes de edad avanzada, no parece existir una complicación agregada por el hecho de aunar este procedimiento a la cirugía reconstructiva de piso pélvico. En un contexto clínico como el de México, la colocación de una cinta medio uretral de manera simultánea a otro procedimiento permite disminuir el número de intervenciones, los costos y evitar la exposición a riesgos agregados.

Dentro de las ventajas del estudio se encuentra el análisis de complicaciones perioperatorias y a un año de seguimiento, así como la capacidad de estratificar subgrupos de estudio para determinar el riesgo en una población de edad superior a la establecida de manera inicial. Las limitantes del estudio incluyen el carácter retrospectivo del mismo, la imposibilidad de seguir más allá de un año a las mujeres, la heterogeneidad de la muestra, la ausencia de datos de calidad de vida y la presencia de cirugías concomitantes como probable sesgo para la aparición de complicaciones.

Estructurar protocolos prospectivos que permitan solventar las limitantes del presente estudio permitirá comprender de mejor manera el impacto de la edad en la cirugía reconstructiva de piso pélvico y estandarizar protocolos de tratamiento orientados a nuestra población. Es factible afirmar que la selección de mujeres de edad avanzada candidatas a cirugía debe considerar cada factor que presenta la paciente. En el grupo de pacientes de edad avanzada, los resultados obtenidos dentro de nuestra población son similares a los de otras poblaciones y reafirman la seguridad de la cirugía reconstructiva de piso pélvico.

Lo datos en torno a este tema continúan siendo escasos, sin embargo, el incremento sostenido en la expectativa de vida y la necesidad de solventar la problemática del prolapso a edades cada vez mayores fomentan el estudio y el interés por el mismo. Distintos grupos sostienen que la cirugía reconstructiva de piso pélvico no debe ser limitada por la edad de las mujeres al momento que estas buscan atención médica.⁽¹³⁾ La edad de una paciente, de manera aislada, no debe excluir una opción terapéutica capaz de mejorar la calidad de vida de la persona.

El énfasis en estudios que incluyan datos en torno a calidad de vida es fundamental para una comprensión integral de la cirugía en los diferentes grupos etarios. El entrenamiento de médicos capaces de solventar la problemática que representa la disfunción del piso pélvico es de carácter mandatorio. Ofrecer el mejor resultado anatómico y funcional a la mujer afectada, sin importar su edad, es uno de los objetivos de la cirugía reconstructiva. El presente estudio permite concluir que en nuestra población no existe un incremento en el riesgo de presentar complicaciones perioperatorias o al año de seguimiento en mujeres de 60 o más años de edad sometidas a cirugía reconstructiva de piso pélvico.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS Envejecimiento (Internet). [Cita Jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. Estadísticas Adultos Mayores en México (Internet). [Cita Jul 2018]. Disponible en: <http://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>
3. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, Goldman HB, Huser M, Milani AL, Moran PA, Schaer GN, Withagen MI. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*. 2016; 27(4):655-84.
4. Thys SD, Roovers JP, Geomini PM, Bongers MY. Do patients prefer a pessary or surgery as primary treatment for pelvic organ prolapse. *Gynecol Obstet Invest*. 2012; 74(1):6-12.
5. Lin HS, Watts JN, Peel NM, Hubbard RE. Frailty and post-operative outcomes in older surgical patients: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2016 31; 16(1):157-168.
6. Farthmann J, Watermann D, Zamperoni H, Wolf C, Fink T, Gabriel B. Pelvic organ prolapse surgery in elderly patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2017; 295(6):1421-5.
7. Smith FJ, Holman CDJ, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2010; 116(5):1096-100.
8. Gultekin FA, Wong MT, Podevin J, Barussaud ML, Boutami M, Lehur PA, Meurette G. Safety of laparoscopic ventral rectopexy in the elderly: results from a nationwide database. *Dis Colon Rectum*. 2015; 58(3):339-343.
9. Gabriel B, Rubod C, Córdova LG, Lucot JP, Cosson M. Prolapse surgery in women of 80 years and older using the Prolift™ technique. *Int Urogynecol J*. 2010; 21(12):1463-1470.

10. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004; 240(2):205-13.
11. Roth TM. Pyometra and recurrent prolapse after Le Fort colpocleisis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18(6):687-688.
12. Kaplan HS. Sex, intimacy, and the aging process. *J Am Acad Psychoanal.* 1990; 18(2):185-205.
13. Pizarro-Berdichevsky J, Clifton MM, Goldman HB. Evaluation and management of pelvic organ prolapse in elderly women. *Clin Geriatr Med.* 2015; 31(4):507-21.