



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA
“VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ”
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3

**“FACTORES DE RIESGO PARA PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL Y
COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA COLPOSACROPEXIA”**

Registro: R-2012-3504-26

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN UROGINECOLOGÍA

PRESENTA

DRA. LIZZETE VERÓNICA AGUILERA MALDONADO

ASESOR:

DR. CARLOS RAMÓN JIMÉNEZ VIEYRA



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.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

Dr. Carlos Ramón Jiménez Vieyra.

Asesor de tesis

UMAE HGO No.3 CMN " LA RAZA" IMSS

Dra. María Guadalupe Veloz Martínez

Jefe de la división de investigación en salud

UMAE HGO No.3 CMN " LA RAZA" IMSS

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz

Jefe de la división de enseñanza e investigación en salud

UMAE HGO No.3 CMN " LA RAZA" IMSS

Dr. Gilberto Tena Alavez

Director general

UMAE HGO No.3 CMN " LA RAZA" IMSS

**“FACTORES DE RIESGO PARA PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL Y
COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA COLPOSACROPEXIA”**

Lugar de la investigación:

Servicio de Ginecología. UMAE, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3. Centro Médico Nacional La Raza IMSS. “Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez”.

México DF, Tel. 57-82–10-88 extensión 23725.

Alumna de tesis:

Dra. Lizzete Verónica Aguilera Maldonado.

Residente del Sexto año de Uroginecología, adscrita al servicio de Uroginecología en UMAE HGO 3 CMNR.

Domicilio particular: Avenida Acueducto s/n, Mz 10 Lt 4, edificio E 401, Colinas de San José, CP. 54190, Tlalnepantla, Estado de México.

E mail: lizzamr28@gmail.com

Asesor de la tesis:

Dr. Carlos Ramón Jiménez Vieyra.

Médico de base adscrito al servicio de Uroginecología UMAE HGO 3 CMNR.

Domicilio particular: Norte IJ No. 4615 Col. Defensores de la República CP. 07780 Delegación Gustavo A. Madero, México, Distrito Federal.

E mail: carlos.divieyra@yahoo.com.mx

INDICE

CAPÍTULO	PÁGINAS
Resumen	4
Marco teórico	5
Justificación	18
Planteamiento del problema	20
Pregunta de investigación	21
Objetivos	22
Hipótesis	23
Material y métodos:	
Tipo de estudio	24
Diseño del Estudio	
Población, muestra y método del muestreo	25
Criterios de selección	26
Variables	27
Descripción general del estudio	29
Análisis estadístico	30
Aspectos éticos	31
Resultados	32
Discusión	42
Conclusiones	47
Anexos	48
Bibliografía	51

RESUMEN

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una entidad cada vez más frecuente que se asocia a diversos factores de riesgo. El 11.1% de las mujeres tienen riesgo de ser sometidas a una cirugía por POP durante su vida, con un riesgo del 29% de reintervención quirúrgica.³ La colposacropexia como tratamiento quirúrgico vía abdominal para el prolapso de cúpula vaginal se asocia con menor riesgo de recurrencia a diferencia de la vía vaginal, pero con mayor riesgo de persistir con síntomas secundarios al prolapso, reintervención quirúrgica y erosión de la malla.⁴

Objetivo: Identificar las complicaciones secundarias a la colposacropexia realizadas en la UMAE HGO No.3 y los factores de riesgo asociados a prolapso de cúpula vaginal de acuerdo a la literatura mundial.

Diseño: Estudio transversal.

Material y métodos: Se revisaron de manera retrospectiva los expedientes de 65 pacientes con prolapso de cúpula vaginal a las cuales se les realizó colposacropexia entre el 1º Enero del 2006 y 15 de Febrero del 2013, que reunieron con los criterios de selección. Estadística descriptiva.

Resultados: Se registraron un total de 70 pacientes, solo 65 contaban con los criterios de inclusión establecidos. Se registró una edad de 56 ± 8.5 , con un índice de masa corporal de 28 ± 4.1 . 28(43.1%) no presentaban ninguna enfermedad, 55.4% contaban con histerectomía abdominal, 76.9% eran multigestas, 95.4% presentaban menopausia, se utilizó malla de polipropileno 64 pacientes. 23 pacientes (35.3%) presentaron

complicaciones secundarias a la cirugía, siendo la más frecuente la incontinencia urinaria. El seguimiento fue en su mayoría en los primeros tres meses posterior a la cirugía.

Conclusión: El prolapso de cúpula vaginal se produce como consecuencia del daño del diafragma pélvico. Las causas son diversas y suelen ser la combinación de múltiples factores de riesgo. La colposacropexia es una operación de técnica simple con baja morbilidad intra y postoperatoria que asegura una alta tasa de curación del prolapso de la cúpula vaginal, y constituye la intervención de elección al reparar los elementos de sostén de las estructuras de la pelvis, motivo por el cual para muchos en la actualidad resulta ser el estándar del tratamiento del POP.

Palabras clave: prolapso de órganos pélvicos, prolapso de cúpula vaginal, colposacropexia.

MARCO TEÓRICO

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es el descenso de uno o más de los órganos pélvicos (útero, uretra, vagina, vejiga e intestino), como consecuencia de la falta de los sistemas de sostén y suspensión de los mismos, siendo una patología que afecta la calidad de vida de toda mujer¹.

El POP es un problema común entre mujeres de edad avanzada de las cuales cerca del 50% presentan descenso o prolapso genital. Afortunadamente no todo los prolapsos genitales son sintomáticos y por esta y otras razones, solo el 10-20% estas mujeres buscan atención médica. La tasa de recurrencia posterior a cirugía de prolapso es elevada con una tasa de reintervención quirúrgica del 29%.²

El soporte de los órganos pélvicos depende de la integridad de los músculos y tejido conectivo de la pelvis el cual está compuesto principalmente por elastina y colágena. Su habilidad y fuerza para proveer un adecuado soporte depende de su integridad. La matriz de las metaloproteinasas (MMP) y sus inhibidores son una clase importante de proteínas que mantienen la colágena homogénea. Se han encontrado niveles elevados de MMP-1 en los ligamentos uterosacros de mujeres con POP comparado con mujeres sin POP, así como disminución de inhibidores de MMP en mujeres con POP.²

Como se mencionó, la elastina es un componente importante del tejido conectivo pélvico. La deficiencia de la producción de esta y su mantenimiento se han documentado en el POP. Las mujeres con POP tienen disminución de fibulina 5 vaginal que es un factor crucial para la síntesis de fibras de elastina y que también actúa como inhibidor de la MMP-9.²

Se ha reportado que el 11.1% de las mujeres tienen riesgo de ser sometidas a una cirugía por POP o incontinencia urinaria (IU) durante su vida, con un riesgo del 29% de reintervención quirúrgica por el mismo defecto o por el desarrollo de prolapso en un compartimento diferente.³

El prolapso uterino o de cúpula vaginal afecta la salud de la mujer por sus efectos físicos locales (presión, protuberancia, incomodidad, pesantez) o por sus efectos del tracto urinario, de vaciado o de la función sexual⁴ y ocurre especialmente en mujeres multíparas, menopáusicas o en pacientes con antecedente de cirugías ginecológicas como operación de Burch, Marshall- Marchetti, Raz etc.⁵

DeLancey estudió con detalle los soportes de la vagina para explicar los distintos tipos de cistocele, rectocele y prolapso de la cúpula vaginal posterior a histerectomía. La vejiga, el útero, la vagina y el recto son sostenidas por las paredes de la pelvis por medio de la fascia endopélvica. La vagina se sostiene de tres diferentes niveles, la parte proximal adyacente al cérvix se sostienen por fibras de tejido conectivo del paracolpos, en la parte media de la vagina las fibras del paracolpos son menores y sostienen a la vagina de las paredes pélvicas, la parte distal de la vagina se sostiene por las fibras del elevador del ano. El primer nivel de suspensión de la vagina, el ápice, previene prolapsos de la cúpula vaginal cuando se aplica una presión superior, lo cual no es posible si los ligamentos se encuentran dañados. El colapso del primer nivel posterior a la histerectomía es responsable del prolapso de cúpula vaginal pero si la estructura es intacta y se daña el segundo nivel puede ocurrir un cistocele o rectocele sin prolapso de cúpula vaginal, por lo que se debe de realizar una adecuada exploración física para determinar con certeza el nivel que se encuentra afectado.⁵

FACTORES DE RIESGO PARA POP

Dentro de los principales factores de riesgo que se han descrito para el POP que incluyen el prolapso de cúpula vaginal, se encuentra el *tabaquismo*. Las mujeres que fuman tienen dos a tres veces más probabilidades de presentar incontinencia urinaria (fumadoras actuales y previas), son más susceptibles de neumopatía obstructiva crónica que pudiese generar mayores presiones vesicales como resultado de la tos. La *obesidad* es otro factor de riesgo importante ya que el índice de masa corporal (IMC) incrementa la incidencia de POP y de los síntomas de incontinencia urinaria.⁶ Se ha demostrado que las mujeres con *menopausia* tienen un mayor riesgo de aparición de POP, no se sabe si por la deficiencia de estrógenos o por si la edad creciente con participación en su etiología. La *edad* es otro factor de riesgo importante, la incidencia de POP se duplica aproximadamente con cada decenio de edad en mujeres de 20 a 59 años. La incidencia de POP que requiere intervención quirúrgica también mostró un aumento notorio con cada decenio sucesivo. La *raza* juega un papel fundamental para POP. Se ha visto que las afroestadeunidades y asiáticas tienen menor riesgo de POP en comparación con las blancas y latinas. Las mujeres latinas parecen tener el riesgo más alto. Los estudios han mostrado diferencias en el contenido de la colágena entre mujeres asiáticas y de raza blanca. Las afroestadeunidades tienen arcos subpúbicos estrechos que protegen más contra POP, en comparación con las pelvis ginecoides. El *parto vaginal* parece contribuir mucho a la aparición de POP. Se observa riesgo de casi 11 veces mayor en mujeres con cuatro o más partos vaginales en comparación con nulíparas. El *peso del producto* nacido por vía vaginal también pudiese contribuir al POP. Por cada 454 gramos de aumento en el peso al nacer de un niño por vía vaginal, se observó un aumento de 10% de aparición de POP. Los *factores*

congénitos también juegan un factor importante para que se presente POP. Las mujeres con prolapso tendieron a presentar abundancia de colágena tipo III y mayor grado de hipermovilidad de articulaciones. Se asocia a POP la presencia de enfermedades como *síndrome de Marfan, espina bífida, Lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple*.⁶

El riesgo de POP secundario a *histerectomía* es del 16%. La incidencia de POP grave después de una histerectomía es de 2 a 3.6 por 1000 mujeres-años. Se observaron tasas tan altas como de 15 por 1000 mujeres-años en las sometidas a histerectomía por manifestaciones iniciales de POP.⁶

MANEJO DEL POP

El manejo del prolapso puede ser o no quirúrgico especialmente en mujeres con alto riesgo secundario a comorbilidades serias o aquellas que se encuentran totalmente en reposo. El tratamiento no quirúrgico incluye biofeedback, conos vaginales y pesarios.⁴ La corrección quirúrgica se realiza con el objetivo de disminuir la sintomatología por el prolapso, restaurar la anatomía normal de la vagina y restauración de la función sexual.⁵

El manejo del prolapso apical por vía quirúrgica es a través de un abordaje vaginal o abdominal, siendo la colposacropexia uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes para el prolapso de cúpula. Esta técnica incluye el uso de injertos para suspender el ápex de la vagina al ligamento anterior longitudinal del sacro.³

El abordaje abdominal para la corrección de prolapso genital fue reportado desde 1957 por Arthure y Savage quienes realizaron una histeropexia sacra para prevenir el descenso

uterino.⁷ Embrey introdujo por primera vez el uso de un tejido de suspensión entre la cúpula y el sacro, lo que evitó una tensión indebida sobre la primera.⁽⁶⁾ Lane utilizó una técnica similar para tratar el prolapso de cúpula posthisterectomía colocando una malla entre la vagina y el sacro. Varios autores han sugerido modificaciones a la técnica, incluyendo el uso de diferentes tipos de malla.⁷

La colposacropexia provee un sostén fuerte y duradero a la cúpula por lo que es ideal para pacientes jóvenes o que desean preservar su función sexual. Algunas de las otras indicaciones incluyen trastornos pélvicos, tejidos vaginales defectuosos, problemas médicos como tos crónica o estreñimiento, pacientes que tienen prolapso recurrente, etc.⁶

Es importante saber que esta operación tiene mayor morbilidad y requiere una estancia hospitalaria y recuperación más prolongadas, sin embargo los resultados son mejores.⁶

Se dispone de varios injertos sintéticos y autólogos que se pueden usar para la suspensión. Los diversos injertos incluyen fascia lata, aponeurosis de cadáver y aponeurosis de los rectos. Los materiales sintéticos que se pueden usar para suspender la vagina son polipropileno, polietrafluoretileno y malla de Dacrón.⁶

TECNICA QUIRURGICA DE LA COLPOSACROPEXIA.

- Se coloca paciente en decúbito dorsal, se realiza una incisión tipo Pfannestiel o una vertical en la línea media. Se aíslan el intestino delgado y el colón sigmoides con compresas lejos del sitio quirúrgico. Mientras se eleva la vagina con un movilizador vaginal, se hace una incisión en el peritoneo sobre la cúpula vaginal y se disecan la

vagina y el recto en las paredes vaginales anterior y posterior respectivamente. Se repara cualquier defecto en las aponeurosis pubocervical y rectovaginal y se unen ambas en el ápice de la vagina, si están separadas.⁶

- Las dos tiras de injerto se unen por delante y atrás utilizando puntos de material permanente a la pared muscular de la vagina evitando el epitelio vaginal. El injerto se extiende casi hasta la mitad de la pared vaginal posterior.⁶
- Es preferible hacer culdoplastía en ese momento para prevenir la formación futura de un enterocele detrás de la malla posterior.⁶
- Se abre el espacio presacro por incisión del peritoneo sobre el sacro. Es importante identificar la bifurcación aórtica, los vasos y nervios ilíacos, los vasos sacros medios y el uréter. Se disecciona suavemente el espacio presacro para exponer el ligamento sacrococcígeo anterior.⁶
- Se colocan dos suturas permanentes a través del ligamento a nivel de S2-S3 y después a través de la malla anterior y posterior. Se anudan las suturas evitando aplicar una tensión innecesaria sobre la malla. Se cierran el peritoneo sobre el sacro y el colgajo vesical.⁶

COMPLICACIONES DE LA COLPOSACROPEXIA.

La colposacropexia se asocia a un riesgo de recurrencia clínica del 0 al 6% y la incidencia de persistencia de síntomas por prolapso del 3 al 31% así como el riesgo de reintervención del prolapso del 2 al 25% lo cual es relativamente alto. En general la colposacropexia se asocia con menor riesgo de recurrencia pero, mayor riesgo de persistir con síntomas secundarios al prolapso, reintervención quirúrgica y erosión de la malla.⁴

Una revisión recién de Cochrane muestra que el abordaje abdominal es superior para la reducción del prolapso de cúpula. El injerto ideal para la suspensión de la cúpula en la colposacropexia debe de ser determinado. Hay materiales biológicos tales como fascia autóloga, fascia de cadáver y dermis pero su duración es impredecible. La morbilidad asociada al uso de injertos autólogos es mayor. Los materiales sintéticos de lo contrario tienen mayor riesgo de erosión. La tasa de erosión de la malla en la colposacropexia abdominal es del 3.4% La tasa de reintervención quirúrgica por infección o erosión de la malla es del 3 %.³

Dentro de las complicaciones del POP, la disfunción sexual en la mujer es multifactorial y se asocia a factores psicológicos, sociológicos, ambientales y físicos, la cual es hasta del 43% en Estados Unidos. El POP tiene un impacto adverso en la función sexual secundaria a que causa incomodidad, incontinencia urinaria o vergüenza durante la actividad sexual. De igual manera, la edad avanzada y el estado postmenopaúsico se asocian a disfunción sexual y se encuentran asociadas también a POP. Se ha observado que mujeres con actividad sexual que fueron sometidas a colposacropexia, experimentan cambios posteriores a la cirugía tales como disminución de la sintomatología del piso pélvico y

dolor. Solo algunas mujeres no permiten la actividad sexual posterior a la cirugía por la sensación de bulto a nivel de la vagina. De igual manera, se ha reportado que la dispareunia disminuye posterior a la cirugía la cual se asocio con el antecedente de POP, a diferencia de la colpoperineoplastia que se asocia a dispareunia postoperatoria.⁸ Hay estudios que mencionan una función sexual superior con la colposacropexia abdominal.

La mayor complicación de la colposacropexia fue el daño a la arteria sacra media la cual pasa a través del foramen sacro.⁷ También se ha descrito la presencia de osteomielitis lumbar posterior a la colposacropexia utilizando injertos de distintos materiales. Sin embargo, esta rara complicación se atribuye a injertos infectados corroborado por cultivos. Los casos de osteomielitis postquirúrgica ocurren de 2 a 3 meses posterior a la cirugía. Los factores predisponentes para la aparición de esta son infecciones urinarias recurrentes, defectos en la técnica quirúrgica, rechazo de los injertos como cuerpo extraño y quizá enfermedad espinal degenerativa. Debido a lo anterior, se pueden tomar medidas de prevención tales como el uso de antibióticos profilácticos y manejo de infección de vías urinarias (IVU) previa intervención quirúrgica.⁹

Una de las complicaciones más frecuentes de esta cirugía es la infección, por lo que se recomienda la irrigación del área quirúrgica con vancomicina con posterior uso durante 4 días en el postoperatorio.⁵

CARACTERISTICAS DE LAS MALLAS.

Si se utilizan tejidos naturales para reparar el POP, teóricamente implica la utilización de tejidos dañados por lo que se describió con anterioridad, por lo que el uso de mallas, tiene una ventaja, ya que teóricamente es más resistente a factores locales que incluyen MMP y elastasas.²

El injerto ideal ya sea biológico o sintético, es aquel que sea estéril, inerte, no carcinogénico, durable, que no cause reacción inflamatoria, barato, disponible y fácil de usar.²

Las mallas se clasifican de acuerdo al tamaño de sus poros y tipo de filamentos.²

Tipo I. monofilamento, macroporosa (medida del poro $>75\mu\text{m}$). El poro largo facilita la incorporación del tejido permitiendo el acceso de las células incluyendo los fibroblastos y permite contar con una mayor inmunidad ya que el poro grande no inhibe la migración de las células inmunes a través de las mallas. Las mallas tipo II son multifilamento y microporosas (medida del poro $<10\mu\text{m}$), el poro pequeño limita la incorporación del tejido lo que conlleva a mayor tasa de erosión que la tipo I, además de tener una mayor tasa de infección ya que el poro pequeño causa una inapropiada migración de células inmunes. Las mallas tipo III son macroporosas y multifilamento, las cuales a pesar de que son clasificadas como macroporosas, tienen un componente microporoso que puede condicionar a tasas altas de infección.²

Cuadro 1. Tipos de mallas:

Tipo de malla	Ejemplos
I	Ethicon, Inc., Somerville, NJ, Marlex, Vypro
II	Gore Tex
III	Mersilene, ObTape

Otras complicaciones asociadas al uso de mallas incluyen extrusión, erosión de la malla, dolor pélvico, dispareunia, contracción y estenosis vaginal. La extrusión vaginal de la malla es una complicación bien estudiada y se define como la exposición de la malla en la vagina. La paciente puede presentar dispareunia, descarga vaginal, olor vaginal, sangrado vaginal, dolor pélvico, anormalidad palpable. El riesgo de extrusión depende de los factores relacionados con cada paciente, la cirugía y el tipo de malla. La tasa de extrusión de la malla a nivel vaginal es del 4.6 al 10.7%. La erosión de la malla en el tracto urinario afortunadamente es muy rara y se dan al envolver la vejiga o la uretra, presentado hematuria, infecciones del tracto urinario, cálculos en la vejiga, dolor pélvico crónico, urgencia urinaria, incontinencia urinaria de urgencia, fistulas urinarias, etc. A diferencia de la extrusión vaginal, la erosión del tracto urinario requiere de remoción quirúrgica.²

ALERTA DE LA FDA PARA EL USO DE MALLAS.

La FDA emitió un comunicado con respecto al uso de la malla en cirugía vaginal en Julio del 2011, alertando a los pacientes y proveedores del uso de la malla a través de la vagina para la reparación del prolapso de órganos pélvicos, lo cual puede exponer al paciente a mayores riesgos a diferencia de otras opciones quirúrgicas, lejos de que presenten un beneficio clínico que mejore su calidad de vida. La FDA emitió sus conclusiones y recomendaciones basadas en la literatura de una revisión de 1996 al 2011, del uso de mallas en el compartimento anterior entre la vejiga y la vagina, sin presentar una mayor mejoría de su sintomatología. De igual forma, mencionan la presencia de dolor pélvico crónico secundario al uso de mallas como una complicación frecuente. Posterior al comunicado de la FDA, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y la Sociedad Americana de Uroginecología (AUGS), recomiendan el uso de mallas solo en pacientes seleccionadas, incluyendo aquellas con recurrencia de prolapso y con comorbilidad significativa con alto riesgo de recurrencia. En base a lo anterior, la Sociedad de Urodinamia y Urología Ginecológica (SUFU) hacen un llamado para la regularización de los productos de mallas y kits.²

JUSTIFICACION

En la actualidad cada vez más estudios muestran que los problemas de POP, incontinencia urinaria y fecal son en realidad enfermedades frecuentes de la mujer del día de hoy. En el año 2001 la expectativa promedio de vida para mujeres era de 79.8 años. En la actualidad una de cada ocho personas tiene más de 65 años. Para el 2030, 25% de la población estará en esas condiciones. Conforme la población mundial continúa aumentando y madurando, se proyecta que también aumente la prevalencia de estas complicaciones. El POP, afecta a más mujeres que la diabetes, las cardiopatías o la artritis. Además se gasta más dinero en la incontinencia urinaria frecuentemente asociada al POP, que en la hipertensión esencial o en el cáncer mamario. El riesgo de toda la vida de ser objeto de intervención quirúrgica por POP es del 11.1% (casi una de cada nueve mujeres a los 80 años de edad). Este riesgo puede aumentar 16% si la paciente fue objeto de histerectomía. Las pacientes con POP, dentro de las que se incluyen aquellas con prolapso de cúpula vaginal, cursan frecuentemente con incontinencia urinaria y fecal. En el año 2000, se estimaba un gasto de 32000 millones de dólares en diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con incontinencia urinaria.⁶

Debido a que el promedio de vida ha ido aumentando, actualmente se encuentran más mujeres con disfunción del piso pélvico, lo cual se ha observado en esta unidad con el incremento del registro de consultas médicas otorgadas a pacientes con POP en estadio IV y con deseo de preservar la función sexual, por lo que con mayor frecuencia se realiza en nuestra unidad colposacropexia. Por lo anterior, es importante determinar cuáles son las principales complicaciones que se presentan secundarias al manejo quirúrgico e identificar

cuáles son los factores de riesgo que se asocian al prolapso de cúpula vaginal en nuestra población comparada con lo reportado en la literatura mundial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque se han descrito con anterioridad, es difícil establecer los datos epidemiológicos del POP, principalmente porque en muchas ocasiones son asintomáticos y el diagnóstico es un hallazgo en la exploración ginecológica usual, no obstante se sabe que estos problemas aumentan con la edad y los cambios demográficos de la población tienen como resultado un mayor número de mujeres afectadas que requieren de intervención quirúrgica. En México la prevalencia de POP es del 16%, lo que representa el 22% de la cirugía ginecológica¹ y el gasto que representan este tipo de cirugías anualmente es de aproximadamente un millón de dólares.

En nuestra institución se han registrado un incremento en los casos de prolapso de cúpula vaginal los cuales se han visto beneficiados con el manejo con colposacropexia. A pesar de que en esta institución se cuenta con un alto índice de consultas uroginecológicas por POP, en la actualidad no se cuenta con una base de datos que registre, el número de colposacropexias realizadas anualmente en esta unidad y las principales complicaciones secundarias a este procedimiento quirúrgico; así como los factores de riesgo asociados a prolapso de cúpula vaginal, de ahí que surge la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las principales complicaciones asociadas a la colposacropexia en la UMAE, HGO No.3 del CMN La Raza “Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” IMSS y los principales factores de riesgo asociados al prolapso de cúpula vaginal en comparación con la literatura mundial?

OBJETIVOS

Objetivo principal:

1. Identificar las complicaciones asociadas a la colposacropexia realizadas en la UMAE, HGO No.3 del CMN La Raza “V́ctor Manuel Espinosa de los Reyes Śnchez” IMSS y los factores de riesgo asociados a prolapso de cúpula vaginal en comparación con la literatura mundial.

Objetivos secundarios:

1. Determinar la frecuencia de colposacropexias realizadas en la UMAE HGO3.
2. Identificar las principales complicaciones transoperatorias y postoperatorias, secundarias a la colposacropexia en la UMAE HGO3.
3. Determinar los principales factores de riesgo asociado al prolapso de cúpula vaginal en la UMAE HGO3, de acuerdo a la literatura mundial.

HIPÓTESIS

No procede por ser un estudio observacional, descriptivo, transversal.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, retrospectivo, descriptivo.

POBLACIÓN, MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

Población:

Todas las pacientes con prolapso de cúpula vaginal a las cuales se les realizó colposacropexia en la UMAE HGO No.3 del CMN “La Raza” IMSS en México D.F, en un periodo de cincuenta y seis meses (1º. Enero del 2006 al 31 de Agosto del 2012).

Muestra:

Mismas pacientes que cumplieron los criterios de selección.

Método de muestreo:

Consecutivo, continuo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Toda las mujeres con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal a las cuales se les realizó colposacropexia en la UMAE, HGO No.3 del CMN La Raza, de cualquier edad, con o sin antecedentes de cirugías previas para corrección de prolapso de cúpula vaginal.
- Pacientes con expediente clínico y reporte de laboratorios completos.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con prolapso de cúpula vaginal tratadas con colpectomía.

Criterios de eliminación:

- No existen

DETERMINACION DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICION

Variables de estudio

1. Factores de riesgo.

Definición conceptual: Todo factor, característica o circunstancia que coexiste con el riesgo y que va acompañado de un aumento de la probabilidad de que este daño ocurra.

Definición operacional: Identificación de las características o circunstancias detectables en una paciente que se asocian con la aparición ulterior de la enfermedad o su agravamiento y que estuvieron presentes y fueron reportadas en el expediente clínico.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Categórica, nominal

Indicadores: Edad, peso, ocupación, tabaquismo, enfermedad, cirugías previas (histerectomía vaginal reconstructiva, histerectomía total abdominal, colpoperineoplastia anterior, colposacropexia, colpectomía, histerocolpectomía), multiparidad, antecedente de productos macroscópicos y otros factores que pudieran ser de interés.

2. Complicaciones de colposacropexia.

Definición conceptual: Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella.

Definición operacional: manifestaciones o eventos indeseables relacionados o secundarios a la realización de la cirugía “colposacropexia”, que fueron reportados por los cirujanos, anesthesiólogos y/o ginecólogos, en el transoperatorio y/o en el posoperatorio inmediato, mediato o tardío.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: categórica, nominal.

Indicadores: sangrado, reintervención quirúrgica, infección, incontinencia urinaria, etc.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron de manera retrospectiva los expedientes de todas las mujeres con prolapso de cúpula vaginal a las cuales se les realizó colposacropexia, atendidas en la UMAE, HGO No.3 del CMN La Raza “Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” IMSS, del 1º. Enero del 2006 al 15 de Febrero del 2013 y se seleccionaron los casos que reunieron con los criterios de selección. Se identificaron las principales complicaciones asociadas a la colposacropexia y los principales factores de riesgo asociados al prolapso de cúpula vaginal en comparación con la literatura mundial. Los resultados de las variables estudiadas fueron capturados en un formato elaborado ex profeso.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Estadística descriptiva:

- Frecuencias simples
- Tendencia central (media, mediana)
- Dispersión (desviación estándar y rango)

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se apegó a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos obtenida en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial en 1964, enmendada en Tokio, Japón en 1975 y ratificada en la 52ª asamblea general realizada en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000, corresponde al apartado II, investigación biomédica no terapéutica con humanos (investigación biomédica no clínica).

De acuerdo a base legal con fundamento en la ley general de salud en materia de investigación para la salud y considerando el título primero, capítulo único, artículos 3º y 5º, título segundo capítulo primero artículos 13, 14, (fracciones V, VI, VII), artículo 17, fracción I: que al pie dice: Investigación sin riesgo: son estudios que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y aquellos en los que o se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Artículos 20, 21, 22 y 23, capítulo tercero, artículo 72, título sexto, capítulo único, artículos 113, 114, 115, 116 y 119.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se registraron un total de 70 pacientes sometidas a colposacropexia secundaria a prolapso de cúpula vaginal pero 5 de ellas fueron excluidas por no encontrarse el expediente clínico; lo que nos constituyó una muestra de 65 pacientes. El registro de datos arrojó una edad promedio de 56 años, con un mínimo de 33 y máximo de 79, con respecto al peso el promedio fue de 67kg, con un mínimo de 45kg y un máximo de 87kg. En relación al índice de masa corporal se obtuvo una media de 28, con un mínimo de 20 y máximo de 41. Cuadro I

Cuadro I. Datos demográficos de mayor frecuencia con respecto a edad, peso e índice de masa corporal

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	65	33	79	56.69	8.589
Peso	65	45.0	87.0	67.085	9.2035
IMC	65	20.00	41.77	28.3335	4.19678
N válido (según lista)	65				

Los grupos etarios se muestran en el cuadro II

Cuadro II. Grupos etarios.

Categorías por edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
31 a 40 años	2	3.1	3.1	3.1
41 a 50 años	11	16.9	16.9	20.0
51 a 60 años	29	44.6	44.6	64.6
61 a 70 años	21	32.3	32.3	96.9
más de 70 años	2	3.1	3.1	100.0
Total	65	100.0	100.0	

La determinación del índice de masa corporal arrojó que el 47% de las pacientes, presentaban sobrepeso y el 30% algún grado de obesidad y solo el 21.5% de estas pacientes se encontraban dentro de la normalidad.

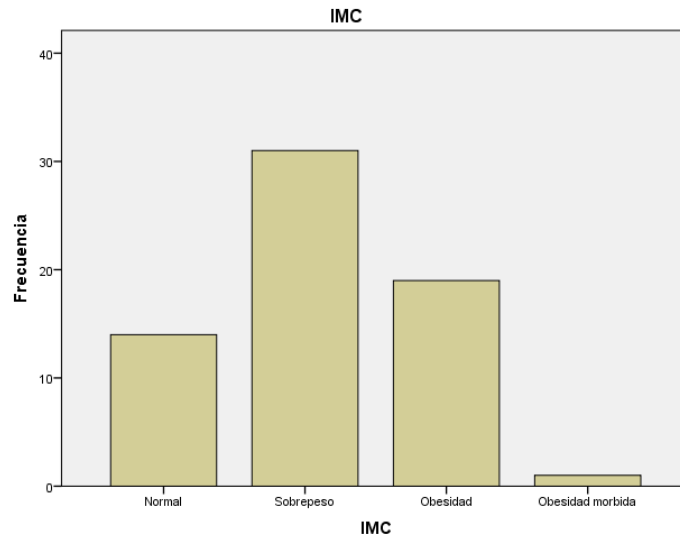


Figura 1. Distribución del índice de masa corporal

La actividad ocupacional de las pacientes sometidas a colposacropexia se describe en el cuadro III.

Cuadro III. Frecuencia de la ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ama de casa	57	87.7	87.7	87.7
Empleada	8	12.3	12.3	100.0
Total	65	100.0	100.0	

El 98.5% del total de las pacientes (64 casos) refirieron tabaquismo negativo, y solo una paciente (1.5%) refirió el hábito tabáquico.

Del total de las pacientes, 28 (43.1%) no presentaron ninguna comorbilidad; 12 cursaban con diabetes mellitus tipo 2 (18.5%); 16 (24.6%) presentaron hipertensión arterial sistémica crónica; 4 (6.2%) artritis reumatoide y 2 (3.1%) eran tosedoras crónicas secundaria a enfermedad asmática. Figura 2.

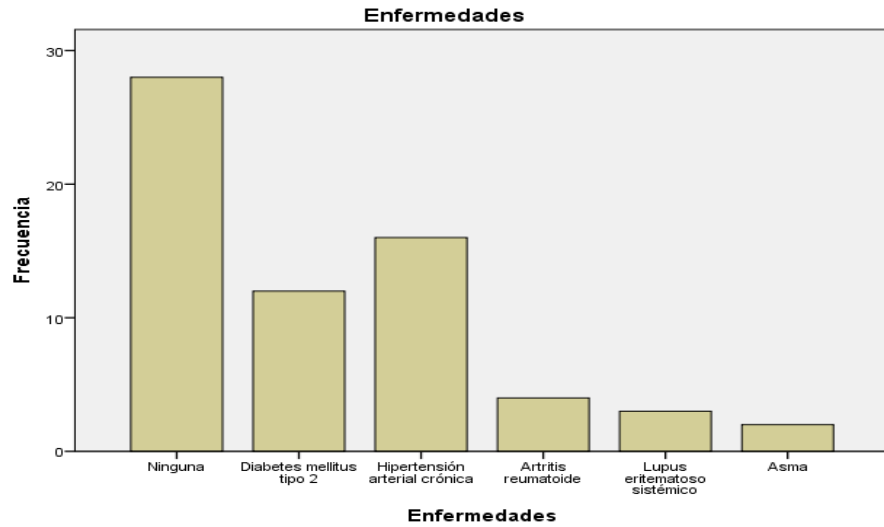


Figura 2. Comorbilidad asociada al momento de la colposacropexia

El cuadro IV muestra la frecuencia de cirugías asociadas al prolapso de cúpula vaginal al momento de la colposacropexia. Cabe mencionar que 59 (90.8%) habían sido sometidas algún procedimiento quirúrgico y solo 6 de las 65 no habían sido sometidas a ninguna intervención lo que corresponde al 9.2%.

Cuadro IV. Cirugía previa asociada al prolapso de cúpula vaginal

Tipo de cirugía previa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Histerectomía vaginal reconstructiva	10	15.4	15.4	15.4
Histerectomía total abdominal	36	55.4	55.4	70.8
Colpoperineoplastía anterior	4	6.2	6.2	76.9
Colposacropexia	1	1.5	1.5	78.5
Otras cirugías	8	12.3	12.3	90.8
Sin cirugías previas	6	9.2	9.2	100.0
Total	65	100.0	100.0	

En relación al número de gestaciones en las pacientes sometidas a colposacropexia, se registraron como mínimo 1 y como máximo 12; sin embargo, la mayor frecuencia se presentó en las mujeres 4 partos, lo que corresponde a 13 casos (20%); seguidos de 3 y 2 partos con un porcentaje de 16.9 y 12.3% respectivamente. Al registrar las pacientes con antecedente de multiparidad, se observó que 50 de las 65 pacientes entraban en esta categoría con un porcentaje del 76.9% de la muestra. Cuadro V

Cuadro V. Frecuencia asociada a la multiparidad

Multigesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	50	76.9	76.9	76.9
No	15	23.1	23.1	100.0
Total	65	100.0	100.0	

En lo que respecta a la menopausia 62 de 65 pacientes ya la habían presentado lo que corresponde al 95.38% y solo 3 aun no presentaban el cese de la menstruación lo que corresponde al 4.6%. Cuadro VI.

Cuadro VI. Asociación de menopausia con prolapso de cúpula vaginal

Menopausia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	62	95.4	95.4	95.4
No	3	4.6	4.6	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Del total de la muestra, solo una paciente (1.5%) tenía el antecedente de producto macrosómico.

Se registraron 3 pacientes (4.6%) con el antecedente de parto distócico mediante la aplicación de fórceps.

El tipo de material utilizado en el procedimiento quirúrgico para la fijación de la cúpula vaginal, fue malla de polipropileno 64 pacientes. Solo se registró 1 caso con uso de material autólogo (aponeurosis).

De las 65 pacientes solo 23 de ellas (35.3%) presentaron complicaciones secundarias a la cirugía; de las cuales 3 se presentaron al momento de la cirugía. Dos casos de hematuria macroscópica secundario a la presencia de material de sutura intravesical documentado mediante cistoscopia y un caso con lesión incidental de íleon.

Una paciente fue sometida a laparotomía exploradora en las primeras 8 horas por manifestar signos de bajo gasto y la presencia de líquido libre en cavidad abdominal con la sospecha de hemoperitoneo.

Se identificó una paciente con absceso pélvico al mes del evento quirúrgico. Un caso de enterocele a los tres meses del postoperatorio. Se registraron 2 pacientes con recurrencia del prolapso de cúpula vaginal.

Seis pacientes (9.2%) cursaron con incontinencia urinaria, de las cuales 4 se presentaron en los primeros tres meses, 1 a los 6 meses y 1 al año de la cirugía.; cinco casos (7.7%) con estreñimiento, de las cuales 4 se presentaron en los primeros 3 meses; una paciente presentó incontinencia dual en los primeros tres meses y un caso de retención urinaria a los 3 meses de la cirugía.

El seguimiento de las pacientes fue variable de tal manera, que 48 de 65 pacientes solo fue por tres meses, 6 y 4 pacientes por seis y doce meses respectivamente y 7 no se presentaron al seguimiento. Cuadro VII.

Cuadro VII. Frecuencia de complicaciones secundarias a la colposacropexia.

Complicaciones	Seguimiento				Total
	Sin seguimiento	0 - 3 meses	3 a 6 meses	6 a 12 meses	
Reurrencia del prolapso	0	1	0	1	2
Incontinencia urinaria	0	4	1	1	6
Estreñimiento	0	4	1	0	5
Enterocele	0	1	0	0	1
Retención urinaria	0	0	1	0	1
Incontinencia dual	0	1	0	0	1
Lesión intestinal	0	1	0	0	1
Hemoperitoneo	0	1	0	0	1
Parametritis	0	1	0	0	1
Evisceración	0	1	0	0	1
Hematuria	0	3	0	0	3
Sin alteraciones	7	30	3	2	42
Total	7	48	6	4	65

DISCUSIÓN

Setenta pacientes fueron sometidas a colposacropexia por prolapso de cúpula vaginal; cinco de ellas fueron excluidas del estudio por no hallarse los expedientes clínicos.

Son múltiples los factores que participan en el desarrollo del prolapso y desde luego es la suma de ellos lo que determina el tipo de daño de los elementos de sostén de los órganos intrapélvicos. Al valorar los principales factores de riesgo asociados al prolapso de cúpula vaginal, en el estudio de Peter K. Thompson et al, se observó que los principales factores de riesgo fueron la edad, paridad, peso, antecedente de tabaquismo, pacientes con diabetes mellitus, antecedente de colposacropexia, histerectomía total abdominal y menopausia. De estos el antecedente de histerectomía total abdominal y la obesidad fueron los más frecuentes^{4,10}. En nuestro estudio se observó que el principal factor de riesgo asociado al prolapso de cúpula vaginal fue la menopausia en el 95.4% de las pacientes seguido de la multiparidad (76.9%) y el antecedente de histerectomía total abdominal (55.4%) que desde luego coinciden con los citados en la literatura.

El prolapso ocurre con más frecuencia en la mujer menopáusica en la cual el factor fundamental puede ser la atrofia muscular del elevador del ano, esto se explica por la presencia de receptores de estrógenos y de progesterona en el núcleo de las células del tejido conjuntivo y del músculo estriado del elevador del ano, lo que puede ser la base para explicar de otra forma el hecho de que el prolapso y la incontinencia urinaria son más frecuentes a medida que aumenta la edad de la mujer y su eventual relación con una deficiencia de estrógenos o el efecto de la TRH⁷.

En la literatura mundial, no hay una cifra registrada o establecida que determine el porcentaje aproximado de complicaciones secundarias a la colposacropexia de forma global; sin embargo, se ha descrito que las principales complicaciones postquirúrgicas son el íleo, datos de obstrucción intestinal, laparotomía secundario a obstrucción, perforación intestinal, embolia pulmonar, edema pulmonar, neumonía, atelectasias, incontinencia urinaria, dolor pélvico crónico y fístulas vesicovaginales ⁴. En nuestro estudio se registraron un total de 23 casos con complicaciones secundarias a la colposacropexia ya sea de forma inmediata o tardía, lo que correspondió al 35.3% de la muestra, siendo la incontinencia urinaria y el estreñimiento las complicaciones más frecuentes al registrarse en el 9.2 y 7.69% respectivamente.

En este estudio tuvimos un caso de perforación intestinal al momento de la disección que termino en ileostomía. Un caso de hemorragia transoperatoria de 2800 ml que presento de igual forma hematuria y cedió con compresión y este mismo caso aunado a otro con presencia de material de sutura intravesical el cual fue retirado mediante cistoscopia.

Se observó que 6 pacientes cursaron con datos de incontinencia urinaria, la mayoría (4 casos) en los primeros tres meses posteriores a la cirugía, de las cuales 4 no contaban con operación de Burch. No se especificó el tipo de incontinencia urinaria, sin embargo, se podría explicar por lo publicado por parte de Valaitis y Nichols, quienes mencionan que la incontinencia urinaria de esfuerzo posterior a la colposacropexia se debe a la corrección de la unión uretrovesical con restauración del tamaño y longitud vaginal, aunque no encontraron cambios en el estudio de urodinamia posterior a la colposacropexia⁷. Likewise menciona que es necesario estabilizar el cuello de la vejiga para corregir la hipermovilidad.

En esta situación, al tener un acceso fácil al espacio de Retzius se considera en esta cirugía, el realizar operación de Burch⁵. En el estudio de Brubaker L, se demostró que la colposacropexia tiene un beneficio al reducir los síntomas irritativos y de obstrucción urinaria posterior a la cirugía si se combinaba con operación de Burch. En su estudio se menciona que de 47 pacientes a quienes se realizó Burch durante la colposacropexia, con el antecedente de que 12 ya presentaban incontinencia urinaria preoperatoriamente y 37 eran continentes, todas presentaron continencia al menos 34 meses posterior a la cirugía¹¹. En este estudio se realizó operación de Burch en 55 pacientes, lo que representa el 84.6 % de la muestra.

Se registraron tres casos de hematuria, de los cuales en una paciente se visualizó bajo cistoscopia material de sutura (prolene) en vejiga, cursando actualmente con dolor vesical. En las otras 2 pacientes, la hematuria cedió al colocar sonda foley por dos semanas.

Se registró un caso de enterocele en una paciente a los tres meses de seguimiento la cual no contaba con cirugía de Moschkowitz o Halban, a pesar de que algunos autores sugieren realizar la culdoplastia de Halban o procedimiento de Moschowitz para obliterar el fondo de saco, lo que podría explicar la presencia del enterocele.

La colposacropexia se asocia a un riesgo de recurrencia clínica del 0 al 6% y la incidencia de persistencia de síntomas por prolapso del 3 al 31% así como el riesgo de reintervención del prolapso del 2 al 25% lo cual es relativamente alto. En el estudio solo se registraron

dos casos con recurrencia del prolapso de cúpula vaginal, de las cuales a una se le realizó colpectomía. La otra paciente no aceptó una nueva intervención quirúrgica.

De las principales complicaciones que se reportan en la literatura a largo plazo por el uso de malla se encuentran la erosión, dolor pélvico y dispareunia². La tasa global de infección y erosión de la malla en colposacropexia es del 3.4% con un promedio de reintervención quirúrgica secundario a la erosión de la malla del 3.0%². No se registró ningún caso de erosión, dolor pélvico o dispareunia en nuestras pacientes. Se registró solo 1 caso de infección en una paciente que presentó parametritis un mes posterior a la cirugía.

El material que se utilizó de la malla en las pacientes fue de polipropileno por sus características propias tales como ser monofilamento y macroporosa, lo que permite la infiltración de macrófagos, fibroblastos y la angiogenesis⁴. El material ideal para la suspensión de la cúpula vaginal vía abdominal con colposacropexia aún no se ha determinado², sin embargo, se ha observado que los materiales biológicos como la fascia autóloga, fascia cadavérica, y dermis xenogénica tienen menos riesgo de erosión, pero su durabilidad, es impredecible. Los materiales sintéticos, como de polipropileno, son más duraderos y de fácil acceso, pero conllevan el riesgo de erosión del injerto. En el estudio de Laura C. Skoczylas, se utilizó una malla con composición biológica y sintética para la colposacropexia que les ofreció la ventaja de menor riesgo de erosión. El costo del material varió dependiendo de la cantidad del material utilizado en cada paciente³.

En nuestro estudio se considero un año de seguimiento como un periodo adecuado para evaluar la eficacia de la cirugía, sin embargo, tomando en cuenta que la mayor tasa de reoperación es a los 12 años de acuerdo a la literatura mundial, se requieren estudios prospectivos para extender el seguimiento ya que un año quizá sea corto para evaluar el éxito de la cirugía y observar las tasas de fallo del uso de la malla⁴. Cundiff recomienda el seguimiento por lo menos de dos años para capturar las erosiones secundario al uso de la malla¹².

Se ha encontrado que muchas mujeres sexualmente activas experimentan cambios en su función sexual posterior a la colposacropexia incluyendo la disminución de síntomas de dolor pélvico. Muchas mujeres retoman su actividad sexual al no contar con la sensación de cuerpo extraño en vagina. No se obtuvo ningún caso con dispareunia en este estudio pero, se ha descrito que está disminuye considerablemente posterior a la cirugía ya que muchas pacientes la consideran principalmente por el prolapso⁸.

En una revisión reciente de Cochrane donde se comparo la colposacropexia abdominal con la colpopexia sacroespinal, se mostró que el abordaje abdominal es superior al reducir la recurrencia de prolapso de cúpula². En el estudio de Laura C. Skoczylas, se concluyó que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el abordaje abdominal y vaginal, sin embargo al considerar el sitio específico del prolapso, 4% de las pacientes del grupo con cirugía abdominal tuvieron recurrencia del prolapso de cúpula comparado con el 19% del grupo de cirugía vaginal³. En este estudio se realizo colposacropexia abdominal en toda las pacientes, por lo que no fue posible evaluar la diferencia de esta técnica con la de la via vaginal.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento del POP debe incluir la restauración de todos los mecanismos de sostén de la pelvis, corrigiendo así la causa del problema y evitando la aparición de otros órganos prolapsados en el posoperatorio
2. Se registró una frecuencia de 65 casos de colposacopexia en siete años, en la UMAE HGO 3, CMN La Raza.
3. El principal factor de riesgo asociado al prolapso de cúpula vaginal fue la menopausia en el 95.4% de las pacientes, lo cual coincide con lo citado en la literatura mundial.
4. Se registraron un total de 23 casos con complicaciones secundarias a la colposacropexia lo que correspondió al 35.3% de la muestra. A pesar de existir registros de las principales complicaciones secundarias a la colposacropexia a nivel mundial, no hay una cifra establecida del porcentaje total, por lo que no es posible realizar una comparación.
5. La colposacropexia es una operación de técnica simple, con baja morbilidad intra y posoperatoria, que asegura una alta tasa de curación del prolapso de la cúpula vaginal, motivo por el cual para muchos en la actualidad resulta ser el estándar del tratamiento del POP y constituye la intervención de elección en esta unidad de uroginecología.
6. El complementar este procedimiento de suspensión de cúpula vaginal con procedimientos de Burch modificado y culdoplastia ha mostrado una mejoría sustentable en la recurrencia del POP.

ANEXOS

Anexo 1.- Carta de consentimiento informado

No procede ya que la recolección de datos será directamente del expediente médico.

Anexo 2.- Hoja de recolección de datos.

Nombre:	NSS:
Edad:	Talla:
Peso:	
I. Antecedentes personales no patológicos:	
Ocupación	Tabaquismo si () no ()
II. Antecedentes personales patológicos:	
1. Enfermedades crónicas degenerativas: si () no () Cuáles: _____	
2. Otras enfermedades:	
Artritis reumatoide ()	Esclerosis múltiple ()
Lupus eritematoso ()	Espina bífida ()
Síndrome de Marfan ()	Mielomeningocele ()
EPOC ()	
3. Antecedentes quirúrgicos:	
Histerectomía vaginal si () no ()	
Histerectomía abdominal si () no ()	
Colpoperineoplastia anterior si () no ()	
Colposacropexia si () no ()	
Colpectomía si () no ()	
Histerocolpectomía si () no ()	
Otras cirugías: si () no () Cuáles: _____	
IV. Antecedentes ginecoobstétricos	
Menarca ___ Ritmo _____ Gestas ___ Para ___ Cesáreas ___ Abortos ___	
FUM _____ Menopausia (tiempo) _____	
Terapia de reemplazo hormonal (si) (no), cuál: _____	
Productos con peso mayor a 4000 gr : si () no ()	
Uso de fórceps (si) (no)	
V. Antecedentes de la cirugía:	
Fecha de cirugía(colposacropexia): _____	
Tiempo quirúrgico	
Sangrado transoperatorio:	
Material utilizado:	tejido autólogo si () no () cuál: _____
	malla si () no () cuál: _____
Tipo de sutura: _____	

Complicaciones transoperatorias si () no () Cuáles: _____

Reintervención quirúrgica: si () no () Causa: _____

Tiempo transcurrido para la reintervención quirúrgica: _____

Seguimiento:

0-3 meses ()

3 - 6 meses ()

6 - 12 meses ()

Infección del tracto urinario (si) (no)

Incontinencia urinaria (si) (no)

Recurrencia del prolapso (si) (no)

Incontinencia fecal (si) (no)

Reinicio de vida sexual (si) (no)

Constipación (si) (no)

Dispareunia (si) (no)

Otros:

BIBLIOGRAFÍA

1. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia A.C. Ginecología y reproducción humana. Tomo II. 1ª ed. Editorial: Marketing y publicidad de México. México. pp 199-202.
2. Bhavin NP, Lucioni A, Kahtleen CK. Anterior Pelvic Organ Prolapse Repair Using Synthetic Mesh. *Curr Urol Rep* (2012) 13:211–215.
3. Skoczylas LC, Lane FL. Use of Composite Grafts in Abdominal Sacrocolpopexy. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011;17: 40Y43.
4. Jia X, Glazener C, Mowatt G, Jenkinson D, Fraser C, Bain C. Systematic review of the efficacy and safety of using mesh in surgery for uterine or vaginal vault prolapsed. *Int Urogynecol J* (2010) 21:1413–1431.
5. Schettini M, Fortunato P, Gallucci M. Abdominal Sacral Colpopexy with Prolene Mesh. *Int Urogynecol J* (1999) 10:295–299.
6. Siddihi S, Hardesty JS. Uroginecología y Cirugía pélvica reconstructiva en la mujer. Mc Graw Hill. India, pp. 20-26, 121-127.
7. Hardiman PJ, Drutz HP. Sacrospinous vault suspension and abdominal colposacropepy: Success rates and complications. *AmJ Obstet Gynecol*. Volume 175, Number 3, Part 1.

8. Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L. Sexual Function Before and After Sacrocolpopexy for Pelvic Organ Prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 December; 197(6): 629.e1–629.e6.
9. Beloosesky Y, Grinblat J, Dekel A, Rabinerson D. Vertebral osteomyelitis after abdominal colposacropexy. Victoria L. Handa, M.D.a, Halina M. Zyczynski, M.D.b, Linda Brubaker, M.D. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 567–568
10. Antosh DD, Grotzke SA, M Donald MA et al. Short term outcomes of robotic versus conventional laparoscopic sacral colpopexy. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2012;18: 158-161.
11. Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Visco A et al. .Two-Year Outcomes After Sacrocolpopexy With and Without Burch to Prevent Stress Urinary Incontinence. *Obstet Gynecol*. 2008 July; 112(1): 49–55.
12. Cundiff G, Varner E, Visco AG, et al. Risk Factors for Mesh/Suture Erosion Following Sacrocolpopexy. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Dec ; 199(6): 688.e1–688.

