



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



**SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN
HOSPITAL DE LA MUJER**

TESIS

**PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y RESOLUCIÓN POR
COLPOSACROSUSPENSION**

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

DR. LUIS FERNANDO MENDOZA CONTRERAS

ASESOR DE TESIS

DR. JUAN TINAJERO CORONA

MORELIA, MICHOACAN.



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.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACÁN

**DRA. DIANA CELIA CARPIO
SECRETARIO DE SALUD**

**DR. JOSE MANUEL ERNESTO MURILLO
JEFE DE ENSEÑANZA ESTATAL**

**DRA. MA. SOLEDAD CASTRO GARCIA
DIRECTORA DEL HOSPITAL DE LA MUJER**

**DRA. JULIA ISABEL LOPEZ BENITEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**DR. ALEJANDRO MUÑOZLEDO VARGAS
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DRA. MA DEL ROCIO SANTIN CAMPUZANO
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Este trabajo se realizó en las aulas del Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud de
Michoacán en la ciudad de Morelia, Michoacán México.**

2

**DR. JUAN TINAJERO CORONA
ASESOR DE TESIS**

**M. EN C. VICTOR LLANOS ARRIAGA/ HILDA CEDEÑO DURÁN
ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido continuar con vida para poder llegar a realizar una residencia medica darme la fuerza necesaria para seguir adelante y mostrarme el camino para poder llegar a ser un mejor médico, hombre, compañero e hijo.

3

A Ma. Grimilda Contreras Vázquez mi madre por ser pilar fundamental para mi crecimiento como hombre y profesional, por tus incontables sacrificios para que pudiera continuar mi carrera, por tus interminables desvelos, por esas manos que me guiaron para defenderme de la vida, por ese amor incondicional de MADRE.

A Luz Elena Contreras Vázquez mi segunda madre por demostrarme ese amor incondicional sin importar nada ni nadie por el apoyo que me brinda siempre y en cada momento, por demostrarme que en la vida existe un lazo de amor sin importar la consanguineidad, porque sin importar lo que pase Lucha siempre estarás en mi corazón.

A mi padre Luis Fernando Mendoza Alonzo por iniciarme en este bello mundo llamado medicina, por ser padre, guía, compañero y amigo, por todas esas noches de pláticas interminables que acabaron haciendo eco en mi mente y en mi corazón, y que por más diferencias que tuvimos siempre lleve tus palabras “Paciencia Prudencia y Perseverancia”.

A la Dra. Alejandra Salazar Márquez por ser parte importante en mi vida, la compañera y amiga que es mi soporte en mi vida, por llenarme de dicha y amor, por alentarme a seguir adelante y por ser apoyo incondicional en cada una de mis batallas.

A Elena mi hermana por brindarme siempre su apoyo.

A TODOS LOS AMO

Agradezco al Dr. Juan Tinajero por brindarme su apoyo y ser mi guía para este proyecto por compartir su experiencia y conocimiento Gracias.

Y a mi casa EL HOSPITAL DE LA MUJER MORELIA y a todo su equipo de enseñanza por aceptarme como parte de esta institución por permitirme desarrollarme como médico, ser humano y por enseñarme la importancia de lo que significa el privilegio de atender a una mujer.

4

A la Dra. Rocio Santin Campuzano y a todos mis maestros por darme la confianza y la preparación necesaria para poder enfrentarme a las pruebas de nuestro acontecer medico.

A TODOS MUCHAS GRACIAS.

Índice

Contenido

Páginas

I	Índice de figuras y cuadros.....	6
II	Resumen.....	8
III	Abstract.....	10
IV	Abreviaturas.....	11
V	Introducción.....	12
VI	Antecedentes.....	31
VII	Justificación.....	39
VIII	Planteamiento del problema.....	40
IX	Pregunta de investigación.....	41
X	Hipótesis.....	42
XI	Objetivos.....	43
XII	Material y métodos.....	44
XIII	Criterios de selección.....	45
XIV	Descripción de variables.....	46
XV	Metodología.....	48
XVI	Análisis estadístico.....	49
XVII	Consideraciones éticas.....	50
XVIII	Resultados.....	51
XIX	Discusión.....	55
XX	Conclusiones.....	56
XXI	Limitaciones.....	57
XXII	Bibliografía.....	58
XXIII	Anexos.....	60

Total de Páginas: 61

I . INDICE DE FIGURAS Y CUADROS

CONTENIDO	PAGINA
GRAFICA 1 : NUMERO DE PARTOS	
GRAFICA 2 : EDAD AGRUPADA	
GRAFICA 3: HERNIOPASTIAS EFECTUADAS	
TABLA 1: MEDIA DE EDAD	

II. Resumen

La suspensión de la cúpula vaginal posterior a una histerectomía está dada por fibras de los compuestos suspensorios de primer nivel: ligamentos uterosacos en la parte posterior y anterior mckenroth.

La colposacrosuspensión está indicada principalmente en defectos del primer nivel de suspensión, ya mencionado anteriormente, la colposacrosuspensión es un procedimiento quirúrgico en donde se suspende la cúpula vaginal al ligamento longitudinal del sacro. La efectividad de la colposacrosuspensión para el prolapso de cúpula ha sido estimada del 78 al 100 %.

Material y métodos: Se trata de un estudio de tipo Cuantitativo, comparativo, retrospectivo y transversal con una muestra de 60 pacientes con el diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal en del Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán; el periodo comprendido entre el 1ro de enero del 2005 al 31 de diciembre 2017; donde los datos obtenidos se recabaron en base a un instrumento elaborado por el investigador donde se indago sobre los factores de riesgo asociados al prolapso de cúpula vaginal y su resolución por colposacrosuspensión; realizando el análisis de la información con el paquete estadístico SPSS Versión 19; utilizando estadística descriptiva; corroborando hipótesis con chi cuadrada y presentando resultados en frecuencias y porcentajes.

Objetivos: EL estudio de investigación se realizó con la finalidad de analizar la incidencia; así como las alteraciones y los factores de riesgo que conllevan a disfunción del piso pélvico; debido al impacto que presentan las mujeres en su vida personal y condiciones de salud y funcionalidad al presentar este problema médico; en el que influyen diversos factores como la multiparidad; buscando indagar sobre otros elementos de riesgo que presentan las pacientes evaluadas en este estudio para la génesis de disfunción de piso pélvico como enfermedades crónico-degenerativas y hernias concomitantes.

Resultados: Se revisaron todas las bitácoras de registro de los quirófanos del Hospital de la Mujer de Morelia; Michoacán de los años 2004 al 2016; logrando establecer una muestra de 108 pacientes y los resultados encontrados se presentan a continuación.

El porcentaje más alto de pacientes que se sometieron a colposacrosuspensión se ubicó en pacientes que tuvieron una paridad entre 3 y 5 partos.

La edad agrupada relevante para presentar prolapso de cúpula es en pacientes que están en el rango de 59-78 años que correspondió a 73 pacientes.

Del total de las pacientes que constituyeron la muestra; el 9.26% se registraron con antecedente de hernioplastia; lo cual carece de significancia como factor de riesgo para presentar prolapso de cúpula.

La media de edad de las pacientes que fueron sometidas a colposacrosuspensión fue de 63 años de edad.

Conclusiones: Este estudio denoto que la paridad se encuentra directamente relacionada con el riesgo de prolapso de cúpula vaginal ya que las paciente que presentaron más de 3 partos fueron sometidas a colposacrosuspensión por presentar prolapso de órganos pélvicos.

Otro factor que se corrobora en los resultados y que influye en la presentación de la patología en estudio; fue la edad; pues la media de la edad de las pacientes registradas fue de 63 años.

La importancia del estudio fue identificar los factores de riesgo; para determinar el impacto en la salud y calidad de vida de las mujeres haciendo énfasis en el Programa de planificación familiar de la Institución y el seguimiento a largo plazo de las pacientes multigestas para prevenir riesgos ya que a posteriori son pacientes potencialmente propensas a presentar dicha alteración.

Palabras clave: Prolapso de Cúpula Vaginal; Piso Pélvico; Colposacrosuspensión; Paridad; prolapso de órganos pélvicos.

III. Abstract.

The suspension of the vaginal vault after a hysterectomy is given by fibers of the first level suspensory compounds: uterosacral ligaments in the posterior and anterior mckenroth.

9 The colposacropexy is indicated mainly in defects of the first level of suspension, already mentioned above, the colposacropexy is a surgical procedure where the vaginal vault is suspended to the longitudinal ligament of the sacrum.

The effectiveness of colposacropexy for dome prolapse has been estimated from 78 to 100%.

Material and methods: This is a Quantitative, comparative, retrospective and cross-sectional study with a sample of 60 patients diagnosed with vaginal vault prolapse at the Hospital de la Mujer in Morelia, Michoacán; the period from January 1, 2005 to December 31, 2016; where the obtained data were collected based on an instrument prepared by the researcher where he investigated the risk factors associated with vaginal vault prolapse and its resolution by colposacropexy; performing the analysis of the information with the statistical package SPSS Version 19; using descriptive statistics; corroborating hypotheses with square chi and presenting results in frequencies and percentages.

Objectives: The research study was conducted with the purpose of analyzing the incidence; as well as the alterations and risk factors that lead to pelvic floor dysfunction; due to the impact that women have on their personal life and health and functionality conditions when presenting this medical problem; in which various factors such as multiparity influence; seeking to investigate other elements of risk presented by the patients evaluated in this study for the genesis of pelvic floor dysfunction as chronic degenerative diseases and concomitant hernias.

Results: All the registration logs of the operating rooms of the Hospital de la Mujer de Morelia were reviewed; Michoacán from 2004 to 2016; achieving a sample of 108 patients and the results found are presented below.

The highest percentage of patients who underwent colposacropexy was in patients who had a parity between 3 and 5 deliveries.

The relevant grouped age to present dome prolapse is in patients who are in the range of 59-78 years, corresponding to 73 patients.

Of the total of the patients that constituted the sample; 9.26% were registered with a history of hernioplasty; which lacks significance as a risk factor to present dome prolapse.

The mean age of the patients who underwent colposacropexy was 63 years of age.

10

Conclusions: This study showed that the parity is directly related to the vaginal vault prolapse risk because the patients who presented more than 3 births were subjected to colposacropexy due to pelvic organ prolapse.

Another factor that is corroborated in the results and that influences the presentation of the pathology under study; it was age; The mean age of the registered patients was 63 years.

The importance of the study was to identify the risk factors; to determine the impact on women's health and quality of life, with an emphasis on the Institution's Family Planning Program and the long-term follow-up of multiparity patients to prevent risks since, a posteriori, patients are potentially prone to have this disorder .

Keywords: Vaginal Dome Prolapse; Pelvic Floor; Colposacrosuspensión; Parity; Prolapse of pelvic organs.

IV. Abreviaturas

CSP: Colposacrosuspension

11

PX: Paciente

QX: Quirófano

ECD: Enfermedades Crónico-Degenerativas

V. Introducción

Colposacrosuspensión

12

La disfunción del piso pélvico es un término que describe un amplio rango de problemas clínicos funcionales agrupados anatómicamente, la etiología común es el defecto del soporte anatómico o el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos. Se clasifican según sus síntomas en alteraciones del compartimiento anterior, donde están implicadas las funciones sexuales y urinarias: incontinencia y protrusión de vejiga, vagina y útero y del compartimiento posterior relacionado con la función colorrectal incontinencia fecal y desórdenes evacuatorios.

El prolapso genital es el descenso o protrusión de los órganos pélvicos y de sus segmentos vaginales asociados, a través de la vagina y en dirección a la vulva, que se produce como consecuencia del fallo de sus elementos de suspensión y sustentación, y de la inervación y musculatura del sistema urinario e intestinal. Puede considerarse como una hernia visceral a través de un punto débil del suelo pélvico (hiato urogenital), que puede generar una patología multisistémica con un enfoque multidisciplinar, constituyendo una parte importante de la disfunción del suelo pélvico.

Con el envejecimiento de la población el prolapso genital es una patología habitual en aumento de la mujer. Según aumenta la importancia del problema es cada vez más importante comprender la fisiopatología y los factores de riesgo asociados con el prolapso genital para intentar prevenir su aparición. Más aún, es necesario intentar comprender los factores que conseguirán una reparación sólida.

La prevalencia exacta del prolapso del suelo pélvico es difícil de determinar por varias razones: se utilizan diferentes sistemas de clasificación para el diagnóstico, los estudios varían en función de si el prolapso es sintomático o asintomáticos y porque el porcentaje de mujeres que no consultan es desconocido. Hasta el 50% de las mujeres mayores de 50 años tendrán algún grado de prolapso genital, pero menos del 20% buscan tratamiento. El 11,8 % de las mujeres es intervenida por prolapso genital a lo largo de su vida. Supone hasta el 30 % de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno.

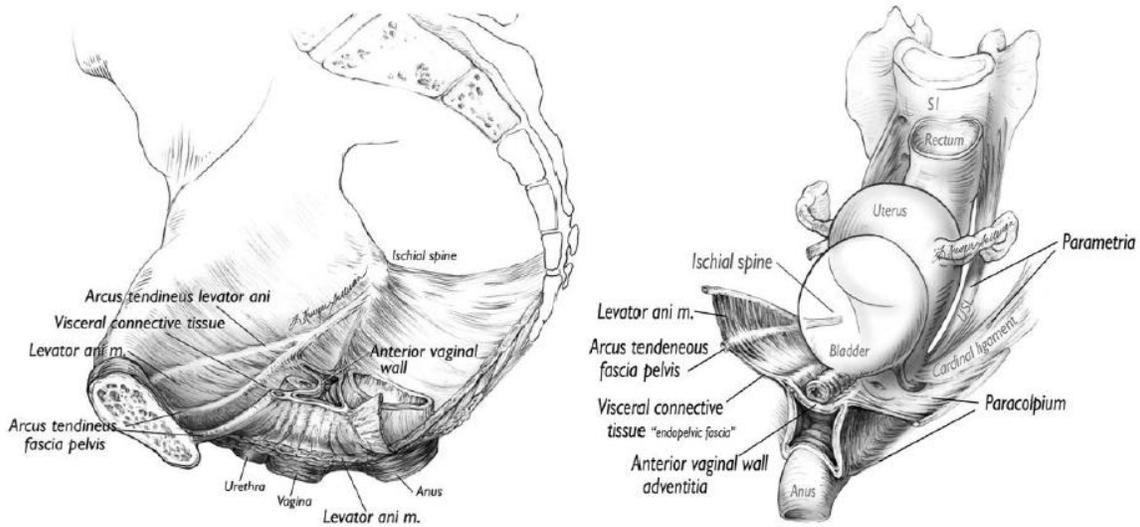
Aunque el prolapso genital no constituye un riesgo vital, puede suponer una carga importante en la restricción de la actividad física y social, en el bienestar psicológico y en la calidad de vida en general. Si bien no existe indicación quirúrgica en casos de prolapso asintomáticos, se dispone de muy pocos datos objetivos que relacionen los datos anatómicos con la clínica que nos pueda orientar en el momento de tomar una decisión. El sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system) proporciona una herramienta altamente fiable para describir la anatomía del prolapso de órganos pélvicos, pero sin tener en cuenta los síntomas y molestias percibidos por la mujer.¹¹

Bases anatómicas en el prolapso de órganos pélvicos.

La cirugía pélvica requiere un conocimiento exhaustivo de la anatomía de la pelvis para alcanzar con seguridad el acceso, maximizar la exposición, asegurar la hemostasia, y evitar lesiones en las vísceras, vasos sanguíneos y nervios.

El sostén del suelo pélvico en las mujeres, es proporcionado por una interacción entre los músculos de la pelvis, principalmente el músculo elevador del ano y el tejido conectivo de la pelvis ósea (viene dado por la fascia endopélvica que lo envuelve y su condensación en el vértice vaginal, que forma el complejo de los ligamentos uterosacros/cardinales). El tejido conjuntivo endopélvico es la primera línea de sostén apuntalado íntimamente con el diafragma pélvico, formado éste por los músculos elevador del ano y los coccígeos. Estos músculos proporcionan un diafragma de soporte a través del cual salen la uretra, la vagina y el recto. El soporte muscular proporciona el tono y sostén basales de las estructuras pélvicas, y cuando se contrae, como en las situaciones de aumento de la presión intraabdominal, el recto, la vagina y la uretra son empujados hacia delante en dirección al pubis.

El complejo del músculo elevador del ano, que consta de los músculos pubococcígeo, puborrectal e iliococcígeo, juega un papel fundamental como soporte primario de los órganos de la pelvis aportando una base firme pero elástica sobre la que se apoyan los órganos pélvicos. Los elevadores mantienen un estado constante de contracción, lo que proporciona un suelo activo que soporta el peso del contenido abdomino-pélvico contra la fuerza de la presión intraabdominal. Esta acción evita la tensión constante o excesiva en los ligamentos y fascias pélvicas.



El músculo pubococcígeo se inserta de manera importante en las paredes laterales de la vagina. Aunque no hay unión directa de los músculos elevadores del ano a la uretra en las mujeres, esas fibras del músculo que se adhieren a la vagina son responsables de la elevación de la uretra durante una contracción muscular de la pelvis y, por tanto, puede contribuir a la continencia urinaria.

DeLancey describió un sistema de tres niveles de soporte del suelo pélvico:

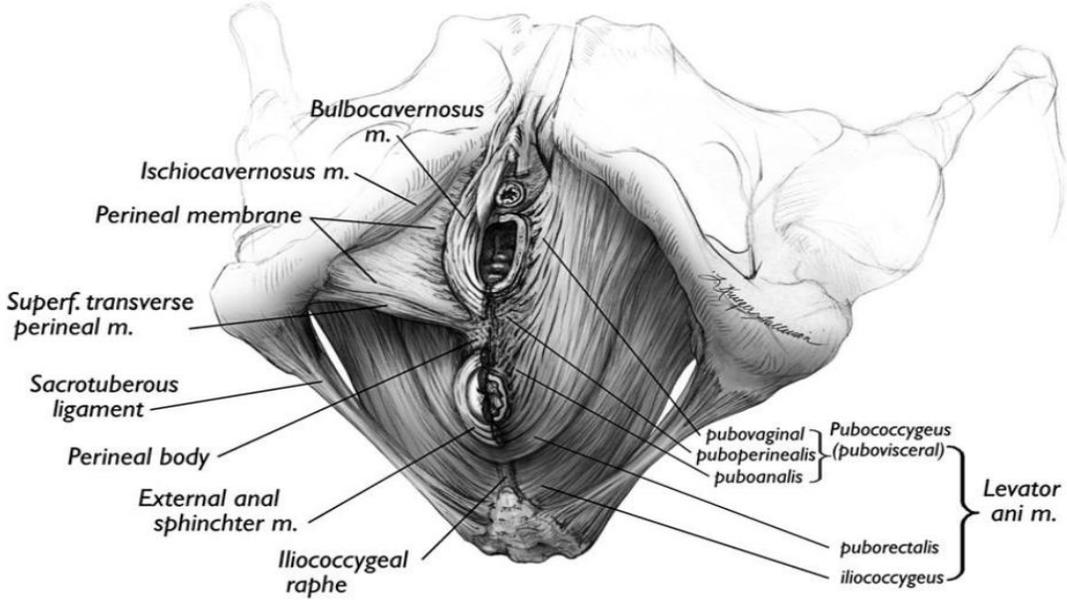
- Nivel 1 o sostén vaginal apical: complejo ligamentos útero-sacos/cardinales que suspende el útero y la vagina superior al sacro y pared lateral de la pelvis, mantiene la longitud y el eje de la vagina. El tejido conectivo de las paredes laterales del útero es conocido como parametrio, y consiste en los ligamentos cardinales y útero-sacos. Se trata de condensaciones de tejido conectivo visceral, que tienen un papel de soporte. Los ligamentos útero-sacos son bandas de tejido conectivo que se fusionan con los ligamentos cardinales en su punto de inserción en el cuello uterino, pasando póstero-inferiormente para unirse a las espinas ciáticas y al sacro. El parámetro continúa por la vagina como paracolpos. Estos ligamentos proporcionan el apoyo del tejido conjuntivo hasta el ápex vaginal después de una histerectomía.

La pérdida de nivel 1 de apoyo contribuye al prolapso del útero y/o el ápex vaginal. Las manifestaciones clínicas del defecto a este nivel incluyen el prolapso apical del cuello uterino o de la cúpula en pacientes histerectomizadas. Además, los datos recientes describen la importante

correlación clínica entre el daño del Nivel 1 y su contribución en la gravedad del defecto en la porción apical y en el tamaño del cistocele3.

- Nivel 2 o sostén vaginal medial: es el soporte lateral de la vagina al arco tendinoso de la fascia endopélvica. La unión de la pared anterior de la vagina a los elevadores es responsable de la elevación del cuello vesical observado con la tos o Valsalva. Sus manifestaciones clínicas incluyen el prolapso de la pared vaginal anterior y la asociación con incontinencia urinaria de esfuerzo.

- Nivel 3 o sostén distal: el tercio distal de la vagina está directamente unido a sus estructuras circundantes. Anteriormente la vagina se fusiona con la uretra, lateralmente se une al músculo pubo-vaginal y membrana perineal y posteriormente al cuerpo perineal. El fallo de estas estructuras puede resultar en rectocele distal o descenso perineal así como hipermovilidad uretral e incontinencia urinaria de esfuerzo. Los traumatismos obstétricos en estas estructuras también puede resultar en incontinencia anal.



Disfunción de los mecanismos de soporte

Con el debilitamiento del diafragma pélvico, el hiato del elevador se agranda permitiendo la protrusión de los órganos pélvicos a través de él. Secundariamente, se produce un aumento de la tensión sobre la fascia endopélvica, causando separación, elongación, adelgazamiento y ruptura de sus fibras. A lo anterior pueden sumarse alteraciones de la pared vaginal por daño directo secundario a traumatismo y cirugía, o indirecto por hipoestrogenismo, con resultado de hernias a través del canal vaginal.

a) Defectos laterales o paravaginales. En estos hay un defecto de inserción de la fascia endopélvica al arco tendíneo, resultando generalmente en un cistourethrocele con pérdida del ángulo uretrovesical e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

b) Defectos transversos proximales. En este tipo de defecto la fascia pubocervical pierde su inserción proximal alrededor del cérvix, produciéndose un cistocele sin urethrocele, con ángulo uretrovesical conservado.

c) Defectos centrales. El defecto de la fascia pubocervical se ubica en la línea media (en el borde medial del músculo elevador). Se produce cistocele, urethrocele o ambos, con o sin IUE. Estos defectos son los más fáciles de reparar.

d) Defectos transversos distales. También denominados de los ligamentos pubouretrales. Es el defecto menos frecuente y se caracteriza por protrusión uretral con pared vaginal anterior intacta. Hay modificación del ángulo uretrovesical y presenta IUE.

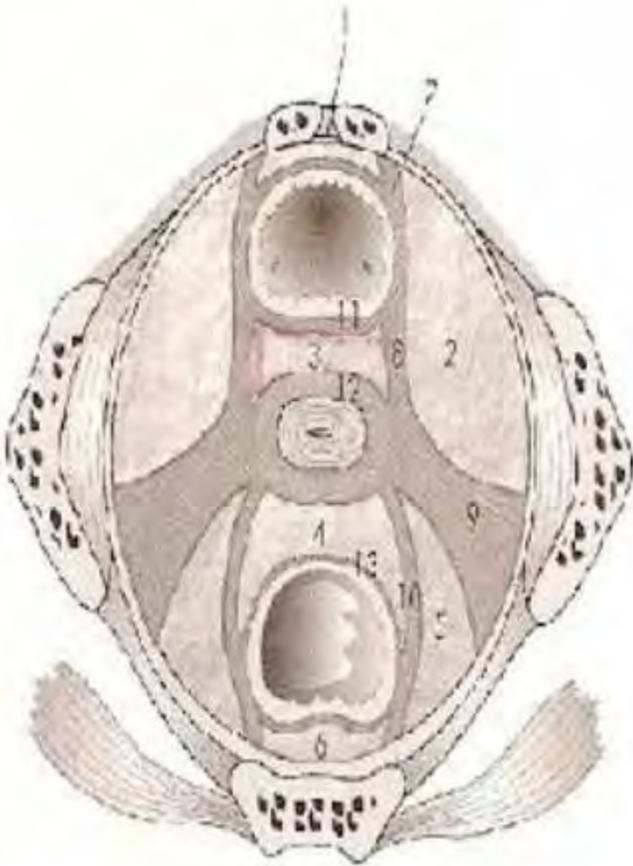
Los defectos de la fascia rectovaginal o del cuadrante posterior, aunque menos uniformes y constantes, se dividen también en cuatro tipos, de la misma manera que los de la fascia pubocervical. Los defectos del cuadrante posterior transversos distales, longitudinales y laterales traen como consecuencia la formación de un rectocele, mientras que los defectos transversos proximales producen enterocele.

Espacios avasculares de la pelvis.

La pelvis contiene varios espacios potenciales y planos de tejido conectivo que permiten a los sistemas urinario, reproductor y gastrointestinal funcionar de forma independiente el uno del

otro. Carecen de inervación y vascularización y contienen tejido areolar laxo, permitiendo una disección roma y sin interrupción de estas estructuras. Dentro de estos espacios, tabiques de tejido conectivo forman compartimentos que limitan la propagación de infecciones o hematomas. El conocimiento de estos espacios es fundamental para la mayoría de la cirugía pélvica mayor. La familiaridad con estos espacios avasculares, así como sus relaciones entre sí, ayuda a evitar lesiones en las vísceras y vasos, restaurar las relaciones anatómicas normales y resección de patología pélvica.

Los espacios avasculares de la pelvis en la mujer incluyen el vesicovaginal, paravesical, pararrectal, rectovaginal, y espacios presacos. Otros potenciales espacios avasculares son los fondos de saco anterior y posterior, y el espacio retropúbico (espacio de Retzius).



- 1. Espacio Retzius
- 2. Espacio paravesical
- 3. Espacio vesíco-cervical
- 4. Espacio rectovaginal
- 5. Fosa pararrectal
- 6. Espacio retrorrectal
- 7. Ligamento pubovesical
- 8. Pilar vesical
- 9. Ligamento cardinal
- 10. Ligamento uterosacro
- 11. Fascia vesical
- 12. Fascia cervical
- 13. Fascia rectal

Fisiopatología

Los principales factores que pueden conducir a un prolapso genital son:

El parto:

Constituye el principal factor etiológico del prolapso. En un curso de parto espontáneo y con mayor énfasis en el parto operatorio (fórceps, o vacuum) pues producen una elongación, distensión, o desgarro de los sistemas de fijación del aparato genital femenino (ligamentos cardinales, uterosacros, y musculatura del piso pélvico), si estos desgarros no se reparan de forma adecuada o inclusive si en los tejidos no hay regresión fisiológica se producirá prolapso genital.

Debilidad congénita de los medios de fijación:

El prolapso no es solo patología de multíparas, se puede manifestar en pacientes nulíparas, en estos casos la causa desencadenante es la debilidad congénita de los medios de fijación del aparato genital femenino, asociada a otros factores como la obesidad y esteroptosis.

Factores secundarios:

Edad avanzada: Favorece la progresión del prolapso, ya que a esta edad se produce disminución del tono de los músculos del piso pélvico, disminuye la producción de tejido conjuntivo y el trofismo por la falla estrogénica.

Factores raciales: El prolapso es más frecuente en poblaciones caucásicas y orientales.

Enfermedades crónicas: Todas estas enfermedades conducen a un debilitamiento del piso pélvico (hipertensión arterial sistémica, y con mayor proporción la Diabetes Mellitus pues produce trastornos neuropáticos generalmente localizados de S1 y S4, también se asocian al prolapso enfermedades tales como asma, bronquitis crónica, o bronquiectasia todo lo que conlleve a un debilitamiento del piso pélvico y aumento de la presión intraabdominal.

Técnicas quirúrgicas: La histerectomía total abdominal extra facial da lugar a mayor cantidad de prolapsos que la técnica intrafacial o subfacial, pues conservan la fascia pericervicovaginal donde se distribuyen los ligamentos transversos y útero sacros.

Sintomatología

La sintomatología por lo que se consulta:

Sensación de peso vaginal

Dolor, pesadez en vientre bajo.

Transtornos urinarios: disuria, polaquiuria, o incontinencia urinaria de esfuerzo.

Transtornos rectales como constipación o tenesmo.

19

Leucorrea

Ulceraciones uterinas dolorosas.

Sistema de clasificación del prolapso^{5,6}.

La exploración física debe incluir:

- Inspección visual: deben tenerse en cuenta el diámetro transversal del hiato genital (por ejemplo, el espacio entre los labios mayores), la protrusión de las paredes de la vagina o el cuello uterino hacia o más allá del introito, estado del periné, prolapso rectal. En las pacientes con prolapso más allá del himen debe explorarse la presencia de úlceras.

Exploración con espéculo: debe introducirse el espéculo e ir retirando poco a poco para inspeccionar cada pared de la vagina y observar si desciende.

- Exploración bimanual.

- Exploración recto-vaginal: nos permitirá tanto el diagnóstico del rectocele así como detectar la presencia de enterocele.

- Exploración neuromuscular: deberá evaluarse la integridad y simetría de la musculatura. Debe tenerse en cuenta la presencia de cicatrices y si la contracción del suelo pélvico tira del periné hacia adentro. La palpación a través de la vagina o el recto ayuda en la evaluación de la fuerza de compresión del suelo pélvico y el grosor del músculo elevador.

El tono y la fuerza de los músculos del suelo pélvico pueden evaluarse pidiendo al paciente que contraiga los músculos del suelo pélvico alrededor de los dedos que examinan. Las mujeres con la función muscular del suelo pélvico pobres pueden beneficiarse de la terapia física de la pelvis.

La Internacional Continence Society describe cuatro pautas para evaluar el tono de la musculatura pélvica: los músculos normales del suelo pélvico deben ser capaces de contraerse y relajarse voluntariamente, los músculos hiperactivos del suelo pélvico son aquellos que no se relajan, los músculos hipofuncionantes del suelo pélvico no son capaces de contraerse voluntariamente, y se dice que no son funcionantes cuando no hay acción muscular palpable en el suelo pélvico.

La exploración debe llevarse a cabo con la paciente, en primer lugar, relajada y después realizando esfuerzo para observar el máximo grado de prolapso. Debe colocarse en primer lugar en posición de litotomía dorsal y después repetir la exploración con la paciente de pie.

Se han descrito muchos sistemas para establecer los grados del prolapso. Tradicionalmente, para clasificar la gravedad del prolapso se han estado utilizando clasificaciones muy imprecisas, y difícilmente reproducibles entre clínicos. Actualmente, el sistema aprobado por la InternaciotalContinenceSociety es el sistema de cuantificación del prolapso genital, o POP-Q.

Este sistema normalizado de cuantificación, se utilizan descripciones anatómicas de zonas concretas de la vagina, en lugar de los términos tradicionales. El sistema identifica nueve localizaciones en la vagina y la vulva en centímetros relativos hasta el himen, que se utilizan para asignar el grado de prolapso (de 0 a IV) según el sitio de mayor alcance.

Aunque probablemente sea más detallado de lo necesario para la práctica clínica, los facultativos deberían estar habituados a este sistema puesto que la mayoría de las publicaciones lo utilizan para describir los resultados de sus investigaciones. Sus dos ventajas más importantes, frente a los sistemas de clasificación previos son, por una parte, que permite el uso de una técnica normalizada con medición cuantitativa del prolapso con el esfuerzo, relativo a un punto de referencia constante (es decir, el himen) y, por otro, su capacidad para valorar el prolapso en diversos sitios de la vagina.

La clasificación utiliza seis puntos a lo largo de la vagina (dos puntos en cada compartimento: anterior, medio y posterior) medidos en relación al himen. La posición anatómica de estos seis puntos debe medirse en centímetros proximales al himen (número negativo) o distales a éste (numero positivo), siendo el cero el plano del himen. Las otras tres medidas de valoración del POP-Q son el hiato genital, el periné y la longitud total de la vagina.

El hiato genital se mide desde la mitad del meato uretral externo hasta la línea posterior media del himen.

El periné se mide desde el límite posterior del hiato genital hasta la línea media del orificio anal.

La longitud vaginal total (LVT) es la mayor profundidad de la vagina, en centímetros, cuando el vértice vaginal está reducido a su posición normal completa.

Todas las medidas, excepto la longitud vaginal total, se miden en esfuerzo máximo.

Las medidas de la pared vaginal anterior se denominan Aa y Ba, moviéndose el punto Ba según la cantidad de prolapso del compartimento anterior.

El punto Aa representa un punto sobre la vagina anterior, 3 cm proximal al meato uretral externo, que corresponde al cuello de la vejiga.

Por definición, el rango de posición de este punto es entre -3 y +3. El punto Ba representa al punto más distal o declive de cualquier parte de la pared vaginal anterior, desde el punto Aa hasta justo la porción anterior del manguito vaginal, o del labio anterior del cuello del útero.

Este punto puede variar dependiendo de la naturaleza de la alteración del soporte de la paciente.

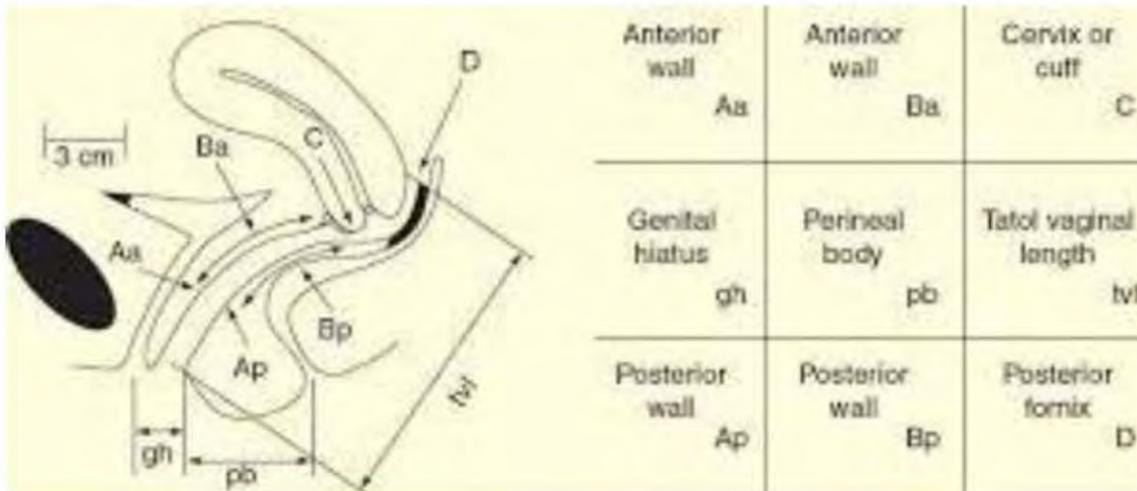
El compartimento medio consta de los puntos C y D. El punto C representa el borde más declive del cuello del útero, o de la cúpula vaginal tras una histerectomía. El punto D es la localización del fondo posterior, que se omite en ausencia de cuello del útero. Este punto representa el nivel de inserción de los ligamentos uterosacros en el cuello del útero posterior. Está pensado para diferenciar las alteraciones de sostén, de las elongaciones cervicales.

El compartimento posterior se mide de forma análoga al anterior: los términos correspondientes son Ap y Bp. Las nueve medidas pueden registrarse como un simple reglón de números. -3, -3, -8, -10, -3, -3, 11, 4, 3, para los puntos Aa, Ba, C, D, Ap, Bp, longitud vaginal total, hiato genital y periné, respectivamente. Las seis zonas vaginales tienen rangos variables dependiendo de la longitud vaginal total.

Después de realizar todas las medidas de cada sitio, los grados se asignan de acuerdo a la parte más declive del prolapso. En el entorno clínico, al menos se deben recabar tres medidas: la

distancia hasta la parte más externa del prolapso, en centímetros, relativa al himen, que afecta a la vagina anterior, a la posterior y al cuello del útero o al vértice vaginal.

Puntos	Descripción	Rango
Aa	Pared anterior a 3 cm del himen.	-3cm a +3 cm
Ba	Porción más declive de la pared anterior en reposo.	-3cm a +LVT
C	Cuello del útero o cúpula vaginal.	±LVT
D	Fórnix posterior (si no hay histerectomía previa).	±LVT o se omite
Ap	Pared posterior a 3 cm del himen.	-3cm a +3 cm
Bp	Porción más declive de la pared posterior en reposo.	-3cm a +LTV



Grados del prolapso genital	
Grado 0	No se demuestra ningún prolapso. Los puntos Aa, Ap, Ba, Bp están a -3cm, y el punto C está entre la longitud vaginal total (LVT) y -(LVT -2cm).
Grado I	La porción más distal del prolapso está más de 1 cm por encima del nivel del himen.
Grado II	La porción más distal del prolapso está menos de 1 cm proximal o distal del plano del himen.
Grado III	La porción más distal del prolapso está menos de 1 cm por debajo del plano del himen, pero no más lejos de la longitud vaginal total menos 2cm.
Grado IV	Eversión completa, o casi completa, de la vagina. La porción distal del prolapso protruye > + (LVT -2cm).

El sistema de clasificación de Baden-Walker es el segundo más utilizado, y el más conocido para nosotros. Describe el grado de prolapso de cada estructura de forma individual observado en la exploración mientras la paciente realiza esfuerzo. El principal problema de este sistema es su falta de precisión y reproducibilidad. Describe el prolapso en cuatro grados:

- Grado I: descenso entre la posición normal y las espinas ciáticas.
- Grado II: descenso entre las espinas ciáticas y el himen.
- Grado III: descenso por fuera del nivel del himen.
- Grado IV: prolapso total fuera del plano vulvar.

Clínica.

Las pacientes con prolapso genital pueden presentar síntomas relacionados específicamente con el mismo, como un bulto o presión vaginal o con síntomas asociados incluyendo disfunción urinaria, defecatoria o sexual o lumbalgia. Algunas mujeres pueden necesitar reducir el prolapso para ayudar al vaciamiento urinario o a la defecación por medio del empleo de sus dedos para empujar el prolapso hacia arriba.

- Habitualmente, la severidad de los síntomas no se relaciona con el grado de prolapso, aunque se ha asociado el hecho de que la paciente perciba la “sensación de bulto” con la severidad del prolapso aumentando esta asociación de forma lineal⁸⁹.

El prolapso genital, con frecuencia se acompaña de síntomas miccionales, como incontinencia urinaria, síntomas obstructivos miccionales, urgencia y frecuencia urinaria, y en el otro extremo, retención urinaria y compromiso renal con el consiguiente dolor o anuria. El prolapso de órganos pélvicos y la IUE coexisten en hasta el 80% de las mujeres con disfunción del suelo pélvico. Las mujeres sin síntomas de IUE que se someten a cirugía para el prolapso corren el riesgo de incontinencia urinaria postoperatoria o que se ocasione un agravamiento de ésta después de la reparación del prolapso.

La evaluación de los síntomas es importante, ya que no está indicado el tratamiento en casos asintomáticos. Los síntomas urinarios están relacionados con la pérdida de apoyo de la pared anterior de la vagina, que pueden afectar a la vejiga y/o a la función de la uretra. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) suele verse en los grados I-II del prolapso. A medida que avanza el prolapso, algunas mujeres pueden ver una mejoría clínica de la incontinencia urinaria de esfuerzo, aunque puede aparecer dificultad para la micción, ya que esto se produce porque con el aumento del prolapso se produce una flexión de la uretra debido al desplazamiento posterior del cuello de la vejiga, lo que puede terminar ocasionando obstrucción. En pacientes con prolapso avanzado debe realizarse una evaluación de la incontinencia urinaria oculta reduciendo el prolapso, ya que hasta en un 72% de los casos de reducción quirúrgica del prolapso puede aparecer IUE postoperatoriamente.

Aproximación terapéutica

El tratamiento está indicado únicamente en mujeres con prolapso sintomático u otras alteraciones asociadas como disfunción urinaria (obstrucción o hidronefrosis por acodamiento ureteral), intestinal o sexual. Generalmente, el tratamiento no está indicado para mujeres con prolapso asintomático.

El tratamiento debe ser individualizado según la sintomatología de cada paciente y el impacto en su calidad de vida. A las mujeres con prolapso sintomático se les puede ofrecer tanto expectación como tratamiento conservador o cirugía. No hay datos que comparen el tratamiento quirúrgico con el conservador.

La elección de la terapia depende de las preferencias del paciente, así como la capacidad de cumplir con el tratamiento conservador o tolerar la cirugía. La probabilidad de decantarse por

tratamiento quirúrgico es mayor en mujeres con prolapso más grave o que ya se han sometido a cirugía de prolapso previamente.

La conducta expectante es una opción viable para las mujeres que pueden tolerar sus síntomas y prefieren evitar el tratamiento. Habitualmente se considera en mujeres con prolapso leve a moderado, en aquellas que desean preservar la fertilidad, en mujeres en las que la cirugía esté contraindicada o aquéllas que no deseen someterse a intervención quirúrgica.

Tratamiento conservador

El tratamiento conservador se debe indicar con los siguientes objetivos:

- Prevenir el empeoramiento del prolapso.
- Reducir la gravedad de los síntomas.
- Aumentar la fuerza, resistencia y sostén de la musculatura del suelo pélvico.
- Evitar y/o retrasar la intervención quirúrgica.

Las modificaciones del estilo de vida incluyen pérdida de peso, reducción de actividades que aumenten la presión intraabdominal.

La base del tratamiento conservador son los pesarios, se trata de dispositivos de silicona en una variedad de formas y tamaños, que sujetan los órganos pélvicos. Habitualmente se piensan para mujeres que no pueden ser intervenidas por razones médicas, en mujeres que prefieren evitar cirugía o pacientes con tal grado de prolapso en las que no es posible el abordaje quirúrgico.

Ejercicios de rehabilitación del suelo: parecen dar lugar a mejoría de la clínica asociada al prolapso, con reducción significativa en las molestias producidas por el prolapso, así como de la sintomatología urinaria e intestinal. Aunque no se observó disminución de la clínica urinaria de incontinencia de esfuerzo así como de urgencia ni en la sintomatología de incontinencia fecal. Pueden limitar la progresión de un prolapso leve y sus síntomas relacionados, pero se ha observado una tasa menor de respuesta cuando el prolapso se extiende más allá del introito vaginal.

Enfoques actuales en el tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes que han rechazado el manejo conservador o en las que éste ha fracasado. El pronóstico quirúrgico dependerá de la gravedad de la clínica, del grado de prolapso y de la experiencia del cirujano, así como de las expectativas de la paciente. La cirugía se ha asociado tradicionalmente con una tasa de recidiva de hasta un 33% de los casos según algunos autores.

Los objetivos de la cirugía en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos incluyen:

Restauración de la anatomía vaginal normal.

Restauración o el mantenimiento de la función vesical normal.

Restauración o el mantenimiento de la función intestinal normal.

Restauración o el mantenimiento de la función sexual normal.

Para el tratamiento del prolapso existe una amplia variedad de técnicas

Los abordajes vaginales incluyen la histerectomía vaginal, la reparación de la pared vaginal anterior o posterior, la culdoplastia de McCall, la reparación de Manchester (amputación del cuello uterino con suspensión del útero a los ligamentos cardinales), la colpopexiapreespinal y sacroespinal, la ligadura del enterocele, la reparación paravaginal, el procedimiento y la reconstrucción perineal de Le Fortes.

Los abordajes abdominales incluyen la colpopexia sacra, la reparación paravaginal, la suspensión de la cúpula y la plicatura de ligamentos uterosacos, la ligadura del enterocele y la reparación de la pared vaginal posterior. La intervención quirúrgica abdominal puede realizarse por medio de una incisión abierta o con laparoscopia, la cual requiere incisiones pequeñas.

Una combinación de algunos de estos procedimientos puede ser empleada en la corrección quirúrgica del prolapso. La amplia variedad de tratamientos quirúrgicos disponibles para el prolapso indica la falta de consenso en cuanto a cuál es el óptimo.

Las pacientes más jóvenes, aunque tienen menor riesgo anestésico, tienen un mayor riesgo de recidiva, en comparación con mujeres mayores. La elección de la cirugía a realizar debe basarse en varios factores:

- Cirugía reconstructiva o cirugía obliterativa: el tratamiento más indicado para la mayoría de pacientes con prolapso sintomático es un procedimiento reconstructivo, que corrige quirúrgicamente el prolapso vaginal y tiene como objetivo restablecer la anatomía normal. La cirugía obliterante, como por ejemplo la colpocleisis, está reservada para las mujeres que no pueden tolerar una cirugía más extensa, y pacientes que no mantienen actividad sexual. La cirugía obliterante corrige el prolapso mediante la eliminación y/o el cierre de la totalidad o una parte del canal vaginal, las ventajas de este procedimiento en esta población son que suelen tener una duración quirúrgica corta, bajo riesgo de morbilidad perioperatoria, y un muy bajo riesgo de recurrencia del prolapso. La cirugía reconstructiva puede realizarse vía vaginal o abdominal, mientras que la obliterante se realiza únicamente vía vaginal.

- Vía quirúrgica: la cirugía reconstructiva a menudo implica la reparación de múltiples sitios anatómicos de prolapso (apical, anterior, posterior). El tratamiento quirúrgico clásico del prolapso genital consiste en la histerectomía vaginal y colpoplastia. La elección de la vía quirúrgica más apropiada para la reparación del prolapso apical es controvertida, aunque sí parece claro que lo más adecuado es utilizar una única vía (vaginal o abdominal). La vía laparoscópica y robótica para el abordaje del prolapso ha ganado popularidad. Los datos observacionales sugieren que, en comparación con la laparotomía, hay una menor estancia hospitalaria, menor tiempo de recuperación, menos dolor y una eficacia comparable a corto plazo, sin embargo, no existe evidencia de que esta vía sea más eficaz o más segura que la vía vaginal.

- Cirugía combinada del prolapso y de la IUE en caso de que ambas coexistan.

Cirugía para la reparación de los tejidos:

Prolapso de cúpula:

En este caso la elección de la vía quirúrgica es más controvertida, la reparación abierta abdominal (colposacropexia) tiene mejores resultados anatómicos y menor tasa de recidiva frente a la cirugía vaginal. La cirugía vaginal clásica implica menor tiempo quirúrgico, menor coste, menor morbilidad y tiene una recuperación postoperatoria más corta¹⁰. La incorporación del abordaje laparoscópico ofrece un tiempo de recuperación menor, si bien requiere un mayor tiempo de aprendizaje y experiencia y comporta un mayor coste. El uso de malla sintética en la colpopexia sacra reduce el riesgo de prolapso apical recurrente. La colposuspensión al ligamento úterosacro ha mostrado

unas altas tasas de curación de los síntomas relacionados con elprolapso (70 a 98%) y una tasa de re intervención de aproximadamente el 9%¹¹.

Compartimento anterior:

Para las mujeres se someten a colpografía anterior primaria, tiene mejor resultado la reparación del tejido nativo en lugar de uso de mallas. La indicación de la malla debe ser cuidadosamente individualizada para pacientes con factores de riesgo (prolapso recidivante, obesidad, grandes defectos de la pared) y ser llevado a cabo por un cirujano experimentado en la reparación con mallas. La utilización de mallas puede reducir el riesgo de recurrencia anatómica, pero no se han demostrado ventajas en el grado de satisfacción, en la calidad de vida, y la tasa de reintervención. El desarrollo de nuevos materiales mediante técnicas de ingeniería tisular se plantea como una alternativa atractiva frente a la reconstrucción con tejido nativo y a las mallas sintéticas¹².

Compartimento posterior:

No existe ninguna evidencia que sugiera que la utilización de cualquier malla se traduzca en una mejora de los resultados. El uso de implantes biológicos o de materiales absorbibles en la reparación del compartimento posterior no mejora los resultados de la plastia vaginal posterior tradicional.

La culdoplastia de McCall ha demostrado ser efectiva en la prevención del enterocele. El objetivo de la culdoplastia de McCall es obliterar el fondo de saco de Douglas traccionando de los ligamentos uterosacros al otro lado de la línea media. Esta técnica está particularmente indicada cuando existe un importante fondo de saco de Douglas pero se recomienda su realización de forma rutinaria tras la realización de histerectomía vaginal para prevenir el prolapso de cúpula vaginal.

Recomendaciones NICE

La evidencia actual sobre la seguridad de la sacrocolpopexia con malla para reparar el prolapso de la bóveda vaginal muestra que existen problemas de seguridad graves pero bien reconocidos. La evidencia sobre la eficacia es adecuada en cantidad y calidad. Por lo tanto, este procedimiento puede utilizarse siempre que existan acuerdos estándar para el gobierno clínico, el consentimiento y la auditoría.

Durante el proceso de consentimiento, los médicos deben asegurarse de que los pacientes entiendan que existe el riesgo de que vuelva a haber prolapso de la bóveda vaginal y de complicaciones potencialmente graves, incluida la erosión de la malla (por ejemplo, dentro de la vagina). Los pacientes deben recibir información escrita clara sobre el procedimiento y sus complicaciones. Además, se recomienda el uso de la información de NICE para el público.

La selección y el tratamiento de pacientes solo deben realizarlo los médicos especializados en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria en mujeres. Todos los médicos que realizan este procedimiento deben tener una capacitación específica actualizada y realizar el procedimiento con regularidad.

Los médicos deben ingresar detalles sobre todos los pacientes que tienen sacrocolpopexia con malla para reparar el prolapso de la bóveda vaginal en un registro apropiado (por ejemplo, la base de datos de la Sociedad Británica de Uroginecología). Todos los eventos adversos relacionados con los dispositivos médicos (incluida la malla) utilizados en este procedimiento se deben informar a la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios.

2. indicaciones y tratamientos actuales

Prolapso de la bóveda vaginal es cuando la parte superior de la vagina desciende de su posición habitual, a veces a través de la abertura vaginal. Es común después de la histerectomía y puede afectar la calidad de vida al causar presión y malestar, y por su efecto sobre la función urinaria, intestinal y sexual.

El tratamiento rara vez se indica si no hay síntomas. El prolapso de leve a moderado se puede tratar con medidas conservadoras como el entrenamiento muscular del piso pélvico, la estimulación eléctrica y la biorretroacción. Los estrógenos tópicos y las medidas mecánicas, como los pesarios, también se pueden usar. La cirugía puede ser necesaria cuando el prolapso es severo. Diferentes procedimientos quirúrgicos están disponibles para reparar el prolapso de la bóveda vaginal usando abordajes vaginales o abdominales (abiertos, laparoscópicos o robóticos). Algunos procedimientos implican el uso de malla para proporcionar soporte adicional.

El procedimiento

La sacrocolpopexia que usa malla para reparar el prolapso de la bóveda vaginal se realiza con el paciente bajo anestesia general, usando un abordaje abdominal abierto o laparoscópico. La malla

está unida al ligamento longitudinal del sacro, o al sacro mismo, con mayor frecuencia al nivel del promontorio sacro. La malla se une al vértice de la vagina y, a veces, a la pared vaginal anterior o posterior. El procedimiento se puede combinar con la cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo, como colposuspensión o colocación de cabestrillo suburetral. Varios tipos diferentes de mallas o injertos se han utilizado para este procedimiento, incluidas mallas sintéticas, aloinjertos y xenoinjertos. Los diferentes tipos de malla pueden tener diferentes perfiles de seguridad.

Eficacia

Suspensión de la vagina o la vagina y el útero hacia el sacropromontorio por medio de un abdominal, laparoscópico o robótico enfoque ha demostrado ser un tratamiento eficaz para uterovaginal

Prolapso y prolapso de la bóveda vaginal.

Aunque las indicaciones para la colpexia sacra abdominal son controvertidas, yo este procedimiento a una reparación vaginal cuando es obvio fracaso de los mecanismos de soporte compensatorio de la pelvis, especialmente en el paciente muy joven; cuando hay coexistencia prolapso rectal que requerirá un abordaje abdominal o cuando la vagina ha sido escorzada como resultado de reparaciones previas. Muchos materiales de injerto diferentes se han usado para la colpexia sacra abdominal. Materiales biológicos incluyen la fascia lata, la fascia del recto, la duramadre y el porcino vejiga. Los materiales sintéticos han incluido polipropileno malla, malla de fibra de poliéster, politetrafluoroetileno malla, malla de Mersilene, goma de silicona Silastic, y Marlex mesh, pero ahora el material de elección es el polipropileno. Cuando hay una contraindicación para la malla sintética opaciente no quiere que se use malla permanente. EL material de elección es Matristem Pelvic Floor Matrix.

VI. Antecedentes

En su artículo Shippey S, Quiroz L, Sanses T, "Anatomic outcomes of abdominal sacrocolpopexy with or without paravaginal repair " refiere que el soporte del ápex vaginal posterior a una histerectomía se deriva de fibras de los ligamentos cardinales y uterosacros, la colposacrosuspensión ha sido la técnica quirúrgica de elección para la suspensión vaginal, su efectividad ha sido estimada con una buena técnica quirúrgica del 78% hasta el 100%, en contraste la porción media de la vagina se suspende lateralmente de los arcos tendinosos de la fascia de la pelvis y la fascia superior del musculo elevador del ano.

Desde 1981 Richardson describió los defectos de soporte vaginal "es un defecto en las fibras de soporte apicales comprendidos los ligamentos uterosacros y cardinales nivel I, el soporte medio lateral se da con la fascia de ligamentos pélvicos en relación con la línea ileopectínea nivel II, y el soporte inferior dado por la fascia del musculo elevador del ano".

Lowder et al en 1990 encontró que la elevación del ápex vaginal reducía la aparición de prolapso de la pared anterior en un 55%.

Por otro lado, algunos casos observacionales demostraron que si una paciente presentaba defectos en la pared anterior vaginal y cistocele la suspensión del ápex vaginal resolvía en un 70 a 80 % ambos defectos sin necesidad de la reparación de cistocele.

Bhavin NP, Lucioni A, Kahtleen CK. Anterior Pelvic Organ Prolapse Repair Using Synthetic Mesh; puntualizaron que la sacrocolposuspensión se ha convertido en el estándar de oro para el manejo del prolapso vaginal, mas sin embargo el correcto uso de medicación antibiótica y una técnica quirúrgica correcta y cuidadosa. El absceso pélvico se ha descrito como una de las principales complicaciones de la cirugía reconstructiva pélvica.

La infección pélvica secundaria a la técnica de colposacrosuspensión, es una complicación mínima que ocurre en un 1-2% en una cirugía abierta, y en comparación con reconstrucción pélvica de sacrocolposuspensión por vía laparoscópica el porcentaje de complicaciones es menor siendo del 0.3-0.8%. En el 0.3% del tratamiento de la infección de colposacrosuspensión usualmente se reseca la cinta de la suspensión de la cúpula.

El manejo exitoso del absceso y/o de la infección de la colposacrosuspensión, depende del uso de antibioticoterapia de amplio espectro y de drenaje percutáneo del absceso pélvico o intraabdominal y valorar la remoción de la cinta de colposacrosuspensión. El mejor tratamiento de los abscesos pélvicos, se ha documentado por los años 2012 y 2015 con drenaje percutáneo guiado por tomografía.

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, en su estudio publicado en el 2009 comparó rangos de recurrencia entre cistocele seguida de una colposacrosuspensión con y sin reparación vaginal. Dicho estudio fue retrospectivo de pacientes con colposacrosuspensión con reparación paravaginal o sin reparación vaginal; Definiendo falla anterior con Ba > 1 y se comparó rango de reintervenciones quirúrgicas en presencia de cistocele. En un primer grupo de pacientes comparó el rango de falla anatómica en mujeres con colposacrosuspensión con y sin reparación vaginal, en un segundo grupo se comparó el rango de reintervención quirúrgica para cistocele en los grupos de con y sin reparación vaginal. Durante este estudio se revisaron 259 pacientes con colposacrosuspensión, de estas 170 presentaron defectos en la pared anterior vaginal, 62 de ellas tuvieron reparación paravaginal y 108 sin reparación paravaginal, encontramos que la efectividad de la colposacrosuspensión con malla y reparación paravaginal puede llegar a un 90% para prevenir defectos en la pared anterior y hasta en 80% para prevenir cistocele.³

El prolapso de órganos pélvicos, también se puede llamar prolapso urogenital el cual se denota la protrusión de órganos pélvicos intraabdominales; utero, vagina o vejiga si se habla de defecto anterior o en su caso recto en defecto posterior, en la mujer el riesgo de prolapso de órgano pélvico con o sin útero de 30-50%, en general la prevalencia en la población para prolapso vaginal es del 38%. El prolapso de órganos pélvicos es bien identificado por la paciente ya que de inicio presenta sensación de cuerpo extraño en la vagina y posteriormente afecta significativamente en el estilo de vida de la paciente pudiendo causar sintomatología en tracto genital inferior, alteraciones urinarias, o inclusive gastrointestinales.

Varias técnicas quirúrgicas se han descrito para corregir y restaurar la anatomía pélvica normal, la colposacropexia es considerada la técnica más durable para reparar el prolapso vaginal, con un rango de éxito del 78 al 100% con una adecuada técnica quirúrgica hasta para 3 años y un rango de éxito del 74% para 13 años. Las técnicas tradicionales para colposacrosuspensión utilizan una ruta transperitoneal para suspender el ápex vaginal al ligamento sacro con malla de mesh.

Faith et al en 2011 en una investigación de seguimiento de pacientes postoperadas de colposacrosuspensión las complicaciones postoperatorias independientemente de la técnica se pueden manifestar en un 1 % en sintomatología gastrointestinal. La incidencia de un ileo postoperatorio puede ir de un rango de 1.1% hasta 9.3% de los pacientes, y paciente que fueron sometidos a reintervención quirúrgica por obstrucción (adherencias, ileomecánico, postquirúrgico) fue del 0.6% al 8.6%. En este artículo se describe una técnica extraperitoneal que potencialmente evita las complicaciones gastrointestinales a corto y largo plazo, en comparación con la técnica intraperitoneal. La duración de la técnica 86 minutos con sangrado de 400cc en media de todas las cirugías que se practicaron, los pacientes iniciaron vía oral temprana la cual fue bien tolerada, el 87% de los pacientes postoperados se egresaron a las 24 horas de su evento quirúrgico, se presentó solo una perforación vesical de 1 cm la cual se reparó debidamente. Los síntomas postoperatorios tanto tempranos como tardíos sugestivos de de ileo o sub-ileo no fueron evidentes en todas las paciente en un seguimiento a 20 meses, no se encontraron eventos adversos al abordaje quirúrgico; infección de la herida, extrusión de la malla mesh o hernia incisional, los ultrasonidos del tracto urinario no denotaron ninguna obstrucción.⁴

En el 2012 se realizó un estudio multicéntrico aleatorio doble ciego, que comparaba la equivalencia clínica entre la colposacrosuspensión con técnica abierta y con técnica laparoscópica. Este estudio se realizó en 3 unidades de uroginecología del Reino Unido y los criterios de selección fueron pacientes posthisterectomizadas y que presentaran sintomatología, todas las pacientes se agruparon por las pacientes que presentaran prolapso de cúpula vaginal 1 cm por delante del orificio vaginal. El prolapso de cúpula vaginal en la población inglesa se ha reportado una incidencia de 0.36 a 3.6 por cada 1000 mujeres.

Como es ya del conocimiento médico la colposacrosuspensión es el estándar de oro para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal, esta técnica ha presentado rangos de éxito del 93-99% y rango de complicaciones con menos del 6%.; es utilizada en nuestros días la técnica modificada por Timmons que corrige el prolapso de cúpula en los 3 compartimentos vaginales. La técnica laparoscópica para colposacrosuspensión fue descrita por primera vez en 1994 y tiene avances potenciales para la reducción de la morbilidad, estancia corta en el hospital y disminuye la convalecencia, así mismo se describió un mejor abordaje de la pared vaginal posterior por técnica laparoscópica en comparación con la técnica abierta.

Ambas técnicas fueron realizadas por cirujanos expertos en dichas técnicas con un mínimo de 20 cirugías de cada técnica.

Para prevenir complicaciones postoperatorias se tomaron medidas profilácticas como antibioticoterapia preoperatoria, así como profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular.

Los resultados de este estudio del total de pacientes operadas la diferencia clínica no fue relevante, mas sin embargo la pacientes postoperadas por vialaparoscópica demostraron una tasa de dolor postquirúrgico de mínimo a moderado mientras que las pacientes con cirugía abierta presentaron una tasa de dolor de moderado a alto.

Las complicaciones por vialaparoscópica solo se reportaron 2 incidentes; laceración vesical e laceración vaginal ambas reparadas con éxito, en la cirugía abierta se reportó un caso de sangrado en el sacro el cual requirió cera ósea hemostática.

No hubo evidencia en el seguimiento a 1 año de complicaciones tanto en la vialaparoscópica como en la cirugía abierta, mas sin embargo solo se reportó un caso de dispareunia ajeno al procedimiento quirúrgico y 2 casos de constipación .

La cirugía laparoscópica se ha vuelto más popular entre los cirujanos así como con los pacientes más sin embargo este abordaje depende de larga práctica y amplia experiencia, hasta ahora otra forma de abordaje quirúrgico es por cirugía robótica pero con el inconveniente de que su alto costo y poca accesibilidad. 5

La incidencia de prolapsos graves en los órganos pélvicos, luego de una histerectomía, es de 2 a 3.6 por 1000 mujeres-año. Se han observado tasas tan altas como 15 por cada 1000 mujeres año quienes se realiza histerectomía por una manifestación inicial de un prolapso de algún órgano pélvico.

En un estudio retrospectivo realizado en el IMSS en el Hospital Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez; se describe que el injerto ideal, sea biológico o sintético, es el que es estéril, inerte, no carcinogénico, durable, que no origina una reacción inflamatoria, barato, disponible y fácil de aplicar. Las mallas de monofilamento y macro porosas (mayores de 75 μm) son las que más se aplican porque facilitan la incorporación del tejido, lo que permite el acceso de fibroblastos y células que confieren inmunidad ante el paso de bacterias. La aplicación de mallas para

sacrocolpopexia abdominal se remonta a 1962 y es una técnica avalada hace muchos años. Sin embargo, la eficacia de las reparaciones de algún problema en la cúpula vaginal aún no ha podido demostrarse debido al bajo nivel de evidencia publicada y de estudios con seguimiento a corto plazo. A la aplicación de mallas se ha asociado una serie de complicaciones: extrusión, erosión, dolor pélvico, dispareunia, acortamiento y estenosis vaginal. El objetivo de este ensayo fue: evaluar la frecuencia de complicaciones asociadas con las mallas de polipropileno en mujeres a quienes se efectuó colposacropexia en el IMSS. La información se obtuvo de los expedientes clínicos de las pacientes a quienes se efectuó colposacropexia debido a un prolapso de la cúpula vaginal y a quienes se aplicó una malla de polipropileno macroporosa (mayor a 75 μm) que se colocó en forma de pantalón, con el segmento anterior más corto que el posterior y se fijó a la pared vaginal anterior y posterior y al ligamento anterior del sacro, a la altura de las vértebras sacras S2 y S3, con sutura de polipropileno del 1.

Se consideraron los principales factores de riesgo asociados con el prolapso de órgano pélvico, la comorbilidad y las complicaciones vinculadas directamente con el procedimiento; todo se apega a la clasificación de la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) y la Sociedad Internacional de Continencia (ICS). Todas las pacientes tuvieron diagnóstico de prolapso apical en estadio II a IV de la POPQ con longitud total de la vagina menor de 10 cm; suspensión sacroespinal o colposacropexia fallida por el uso de material biológico o suturas de absorción tardía; índice de masa corporal menor a 34.9 kg/m² y expediente completo. Se excluyeron del estudio: mujeres con suspensión apical con material biológico, antecedente de alergia conocida al polipropileno, estadio IV de la POPQ con longitud total de la vagina mayor de 10 cm; mujeres con IMC mayor de 34.9 kg/m²; expedientes incompletos y las que se perdieron en el seguimiento. Se revisaron 70 expedientes de pacientes a quienes se realizó colposacropexia por prolapso en la cúpula vaginal. Se excluyeron 3 por no encontrarse íntegros, de tal manera que se constituyó una muestra de 67 pacientes. La edad promedio fue de 56 años (mínima 33 y máxima 79 años). El promedio de peso fue de 67 kg (mínimo 45 y máximo 87 kg). En relación con el índice de masa corporal se obtuvo una media de 28, con un mínimo de 20 y máximo de 41. En 20 de 67 pacientes se registraron complicaciones relacionadas con el procedimiento de la colposacropexia y la aplicación de la malla de polipropileno; 5 casos se diagnosticaron al momento de la cirugía; 3 de ellos con hematuria macroscópica, secundaria a la disección del peritoneo visceral de las paredes vaginales, previa a la fijación de la malla (4A, T1). En 1 de estos 3 casos se lesionó accidentalmente la vejiga (4B, T1) y en otro se abrió el íleon (5C, T1). En un caso se efectuó laparotomía exploradora, por

signos de bajo gasto asociados con el hemoperitoneo, a las 8 horas posoperatorias (7A, T2). Un caso de absceso pélvico (1D, T2) y otro con enterocele a los 30 y 90 días, respectivamente, de la intervención quirúrgica. Se documentó incontinencia urinaria en 2 pacientes, una de ellas en los primeros 4 meses del posoperatorio; otra más a los 12 meses.

La Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) y la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) propusieron un sistema de clasificación de las complicaciones directamente relacionadas con la inserción de prótesis paracirugía del piso pélvico femenino. Este sistema de clasificación representó un esfuerzo para uniformar la terminología para que los reportes de las complicaciones y efectos adversos fueran confiables. La codificación del sistema de clasificación se basa en la categorización de las complicaciones, tiempo de diagnóstico clínico y sitio de complicación.

El dolor se sub-clasifica en 5 grados que se inician con la ausencia de síntomas y de dolor y el más alto cuando el dolor se manifiesta espontáneamente. Una paciente puede sufrir diferentes complicaciones en distintos momentos, cada una debe clasificarse en un rango que va del mínimo a la categoría máxima. La exposición consiste en la apreciación visual de la malla; y la extrusión vaginal en la salida gradual de la malla a través de una estructura del cuerpo o tejido. La paciente puede sufrir dispareunia, descarga vaginal, olor vaginal, sangrado vaginal, dolor pélvico, o anomalía palpable.⁶

Dentro de los primeros trabajos destaca el estudio de Mant et al que luego de analizar más de 17.000 admisiones hospitalarias, estimó la incidencia de la patología en 2.04 por 1.000/personas año. Olsen et al estima que el riesgo de ir a cirugía anti incontinencia urinaria o por prolapso de órganos pélvicos en estados unidos durante la vida de 11.1% en un estudio retrospectivo de 150,000 pacientes mujeres y en donde dos tercios de las indicaciones de hospitalización fueron por prolapso.

De todas las causas que se han propuesto, el parto ocupa el primer lugar como el principal desencadenante de esta patología, además de la asociación que presentan estas pacientes con déficit en la síntesis o estructura del colágeno. En el estudio epidemiológico de la Oxford Family Planning Association, la paridad fue el factor de riesgo más sólido para la aparición del prolapso

genital, con un riesgo relativo ajustado de 10.85. El sostén que constituye el suelo pelviano, lejos de ser una estructura estática, depende de la acción coordinada de los músculos lisos de los órganos pélvicos, elementos que deben funcionar juntos para controlar el almacenamiento y la evacuación de orina y heces, así como para mantener la estática pelviana en cualquier situación de esfuerzo, incluyendo situaciones como el embarazo y el parto, y al verse afectado este equilibrio permite la presencia de dichos padecimientos.

Un estudio retrospectivo de 1995, entre 149,554 mujeres mayores de 20 años diagnosticadas de prolapso e incontinencia urinaria en Noruega, pone de manifiesto que la disfunción del suelo pélvico es el problema de salud más importante entre las mujeres mayores, con riesgo de cirugía de 11.1% y el de re intervenciones por falta de adecuada corrección de la incontinencia y recidivas puede alcanzar 29%.

El prolapso de órganos pélvicos sintomático es el menos frecuente de los trastornos del suelo pélvico, con una prevalencia estimada de 2.9 a 6%.^{1 2} Dos de los síntomas más frecuentes son ver o sentir un bulto vaginal, o la sensación de abultamiento o protrusión vaginal.^{8,9}

No se conoce con exactitud, la frecuencia de la disfunción del piso pélvico, se reportan cifras disímiles dependiendo de la población estudiada, así como de los criterios utilizados para su diagnóstico, pues no se conoce con exactitud el grado de soporte de los órganos pélvicos femeninos (2). En el *Women's Health Initiative* (WHI) de la totalidad mujeres incluidas en el estudio el 40 % reportó algún grado de prolapso y se evidenció un 14 % de histerocele (3). En estudios estadounidenses se señala que existe un riesgo quirúrgico por prolapso o incontinencia urinaria de 11,1 % a los 80 años y un 29,2 % requirió una segunda cirugía (4), otros señalan 30, 8 % de prolapso, pero sólo el 2 % se localizaban por debajo del introito vaginal (6); en Australia reportan 35,3 % de disfunción del piso pélvico asociados a incontinencia urinaria y fecal, más frecuente en nulíparas que en hombres, por ello concluyen que es una patología de género (7).

En un meta análisis realizado en 2003 (8) utilizando la base de datos de BIOMED (1966-2002), NESLI (1989-2002), EMBASE (1980-2003), CINAHL (1982-2003) y COCHRANE concluyeron que el 50 % de las mujeres de todas las edades reportaron algún tipo de disfunción del piso pélvico, con una

serie de síntomas que raramente se presentan aislados. En Buenos Aires (9) una encuesta realizada en 483 mujeres de 24 a 85 años, el 49 % reportó pérdida de orina, de ellas el 90 % no consultó ni realizó algún tratamiento y sólo el 52 % reportó alteración de su calidad de vida. En otra encuesta aplicada en una población rural de El Salvador se encontró una alta incidencia de incontinencia: 71 % urinaria y 41 % fecal (10). En Colombia (11,12) dos estudios realizados a nivel hospitalario, uno con 240 pacientes donde el 72.% reportó síntomas de sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en los prolapsos grado II, los grado III estaban asociados a multiparidad, edad mayor de 60 años, menopausia y menor número de IUE; el segundo de 102 casos con un promedio de edad de 60 años y de siete partos; el 74,5 % eran prolapsos de III ° y señalan que el 30 % de la cirugías ginecológicas de ese centro asistencial son por cura de prolapso. En las publicaciones venezolanas aparece el trabajo de D.Elia y col. (13) con 106 pacientes de 2 hospitales públicos, la mayoría jóvenes, con IUE y con prolapsos avanzados para corrección quirúrgica.

En una revisión sistemática y metanálisis de 3.414 mujeres de 30 ensayos de control aleatorio (ECA) que compararon la cirugía para el prolapso de órganos pélvicos apicales, 16 estudios compararon la cirugía para el prolapso de la bóveda vaginal. En 3 ECA (n = 277) la sacrocolpopexia (SCP) tuvo una tasa de falla subjetiva estadísticamente significativamente menor que los procedimientos vaginales (7% [10/139] para SCP en comparación con 16% [22/138] para procedimientos vaginales, relación de riesgo [RR] 2.11; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1.06 a 4.21, I² = 0%). El uso de malla o injerto biológico para SCP no afectó la tasa de falla subjetiva. La adición de colposuspensión a SCP no alteró la tasa de falla subjetiva en un estudio de seguimiento de 7 años.

VII. Justificación

Es un hecho reconocido a nivel mundial que el prolapso de órganos pélvicos afecta la calidad de vida. El prolapso es un problema frecuente, las mujeres se presentan con incomodidad, por la sensación de una bola entre sus piernas, presión, molestia vaginal, dificultad para orinar, y estreñimiento. El prolapso pélvico puede causar pena o molestia física en muchas mujeres, lo que provoca poco entusiasmo para participar en actividades de la vida diaria.

El prolapso pélvico posterior a una histerectomía de pacientes de 80 años alcanza el 11 % de la población femenina, lamentablemente la estadística acerca de este tema en nuestro país no está bien referida, en la presente tesis se hizo una revisión del Centro Nacional de Estadística de Salud de Estados Unidos entre 2008 y 2015, mostró que se hicieron 600,000 histerectomías y el 20% fueron por prolapso de órganos pélvicos.

El Hospital de la Mujer de Morelia es una Unidad de referencia de Segundo Nivel de atención que recibe pacientes de todo el Estado de Michoacán. El grado de severidad de las pacientes que ingresan con diagnóstico de prolapso pélvico es variable, algunas de las pacientes presentan una morbilidad importante por enfermedades crónico-degenerativas y otras se presentan saludables pero con incapacidad para la realizar sus actividades.

Debido a la alta incidencia de prolapso de órganos pélvicos que se presenta; pero nulo registro de datos estadísticos sobre este tipo de pacientes en el Hospital de la Mujer y el impacto que produce en la vida personal de las usuarias de los servicios que lo presentan se ha realizado esta revisión para identificar si el número de partos es un factor que pueda relacionarse y ser causal de la alteración del soporte del piso pélvico; para establecer mejoras en el protocolo de atención y resolver este problema en las usuarias de los servicios .

VIII. Planteamiento del problema

El prolapso de órganos pélvicos es un problema de salud mundial ya que esta alteración afecta la calidad de vida de las pacientes. El Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán se encuentra ubicado como uno de los hospitales de que otorga la mejor atención y resolución integral a los problemas de salud femenina, no nada más de problemas obstétricos sino también ginecológicos.

40

Por este motivo, se realiza este estudio de investigación para conocer la incidencia del problema por la falta de registros sobre la atención ofertada a usuarias con esta patología en la Unidad; así como de la resolución quirúrgica que se le plantea a las pacientes teniendo en cuenta la efectividad del procedimiento. Es de gran importancia contar con datos estadísticos y reportes de estudios de investigación; así como determinar si los factores de riesgo se relacionan con el número de partos para la génesis del prolapso de cúpula vaginal que requerirán de un tratamiento quirúrgico de colposacrosuspensión.

IX. Pregunta de Investigación

41

¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar un prolapso de cúpula vaginal que requiera tratamiento quirúrgico de colposacrosuspensión?

X. Hipótesis

42

El prolapso de órganos pélvicos se desarrolla por una deficiencia principalmente de tejido conjuntivo de sostén, el número de partos y la capacidad de contención de los músculos del piso pélvico, la colposacrosuspensiones un procedimiento quirúrgico que tiene una efectividad del 90-95% de los casos tratados..

H_i

El número de partos es la principal causa de prolapso de cúpula vaginal que requiera resolución quirúrgica con colposacrosuspensión.

H_a

La presencia de hernias concomitantes puede causar prolapso de cúpula vaginal que requiera resolución quirúrgica con colposacrosuspensión.

XI. Objetivos

43

Objetivo general:

Identificar los factores de riesgo para presentar un prolapso de cúpula vaginal que requiera tratamiento quirúrgico de colposacrosuspensión en el Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán.

Objetivos Específicos:

- Analizar expedientes de pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal del 2005 al 2015.
- Establecer el número de pacientes con prolapso de cúpula vaginal que se resolvieron con colposacrosuspensión.
- Definir el número de partos que registro cada paciente.
- Identificar las pacientes que presentaron hernias concomitantes.
- Definir la incidencia de pacientes con hernias concomitantes que se resolvieron con colposacrosuspensión en el periodo de tiempo establecido

XII. Material y métodos

Tipo de estudio: Cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y transversal.

Población de estudio:

44

Pacientes con prolapso de órganos pélvicos y hernias concomitantes que hayan sido postoperadas de colposacrosuspensión desde el año 2005 hasta el 2016.

Tamaño de la muestra: 108 pacientes revisados en bitácoras de quirófano del hospital de la mujer.

Muestreo: no probabilístico por conveniencia.

XIII. Criterios de selección

45

Criterios de inclusión:

Pacientes con prolapso de cúpula vaginal y hernias concomitantes que hayan sido postoperadas de colposacrosuspensión desde el año 2004 hasta el 2016.

Criterios de exclusión:

Pacientes a las que se les realizó histerectomía vaginal

Criterios de eliminación:

Pacientes que fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos distintos al citado en dicha tesis.

Expedientes con datos incompletos.

XIV. Descripción de variables

46

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Resolución por Colposacrosuspensión

Prolapso de Cúpula

VARIABLE DEPENDIENTE:

Factores de Riesgo Asociados

Operacionalización de Variables:

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición	Indicadores o Ítems
Variable Dependiente					
Resolución por Colposacrosuspensión	Técnica quirúrgica mediante la cual se suspende la cúpula vaginal al ligamento sacro	Cualitativa	Nominal	Intervención quirúrgica realizada o no.	Resolución Quirúrgica con Colposacrosuspension: Si _____ No _____
Prolapso de cúpula vaginal	Salida de la cúpula vaginal que rebasa el introito vaginal	Cualitativa	Ordinal	Resultado de examen clínico	Cúpula que se queda en el introito. Cúpula que rebasa 1 cm del introito vaginal. Cúpula que rebasa 2 cm o mas del introito vaginal.
Variable Independiente					
Paridad	Del latín "partus" se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.	Cuantitativa	Escala	No. De partos que presento la paciente	No. De Gestas _____
Hernia	Protrusión de un órgano o tejido fuera de su compartimiento normal.	Cualitativa	Nominal	Tipo de hernia	Hernia Umbilical _____

XV. Metodología

Debido a que no se cuentan con registros anteriores a 5 años en el área de archivo clínico; se recurrió a realizar una búsqueda de datos en las bitácoras de registro de quirófano de las salas 1,2 y 3 de todas las pacientes que fueron postoperadas de colposacrosuspensión desde los años 2005 hasta 2016. Asimismo; complementando la información realizando una búsqueda sistemática en cada expediente clínico de las pacientes; indagando sobre los datos de antecedentes quirúrgicos y ginecoobstétricos para encontrar número de partos y presencia de hernias concomitantes; separándolos por años. Posteriormente se elaboró la base de datos para analizarse con el programa SPSS Versión 19 utilizando estadística descriptiva para presentarla en tablas de frecuencias y porcentajes.

XVI. Análisis estadístico

La información recabada en los formatos elaborados por el investigador se capturó para elaborar una base de datos en el Programa de Excel; para posteriormente realizar el análisis de la información utilizando el programa estadístico de SPSS Versión 19 manipulando los datos con estadística descriptiva para presentar resultados en tablas y graficas de frecuencias y porcentajes.

XVII. Consideraciones éticas

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964, con las modificaciones de Tokio de 1975, Venecia de 1983, Hong Kong de 1989, Somerset West de 1996 y de acuerdo a las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos en Ginebra de 2002 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas perteneciente a la Organización Mundial de la Salud. Por lo que apegado a los documentos previos se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo así como durante todo el tiempo de la investigación se contemplaron las normas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

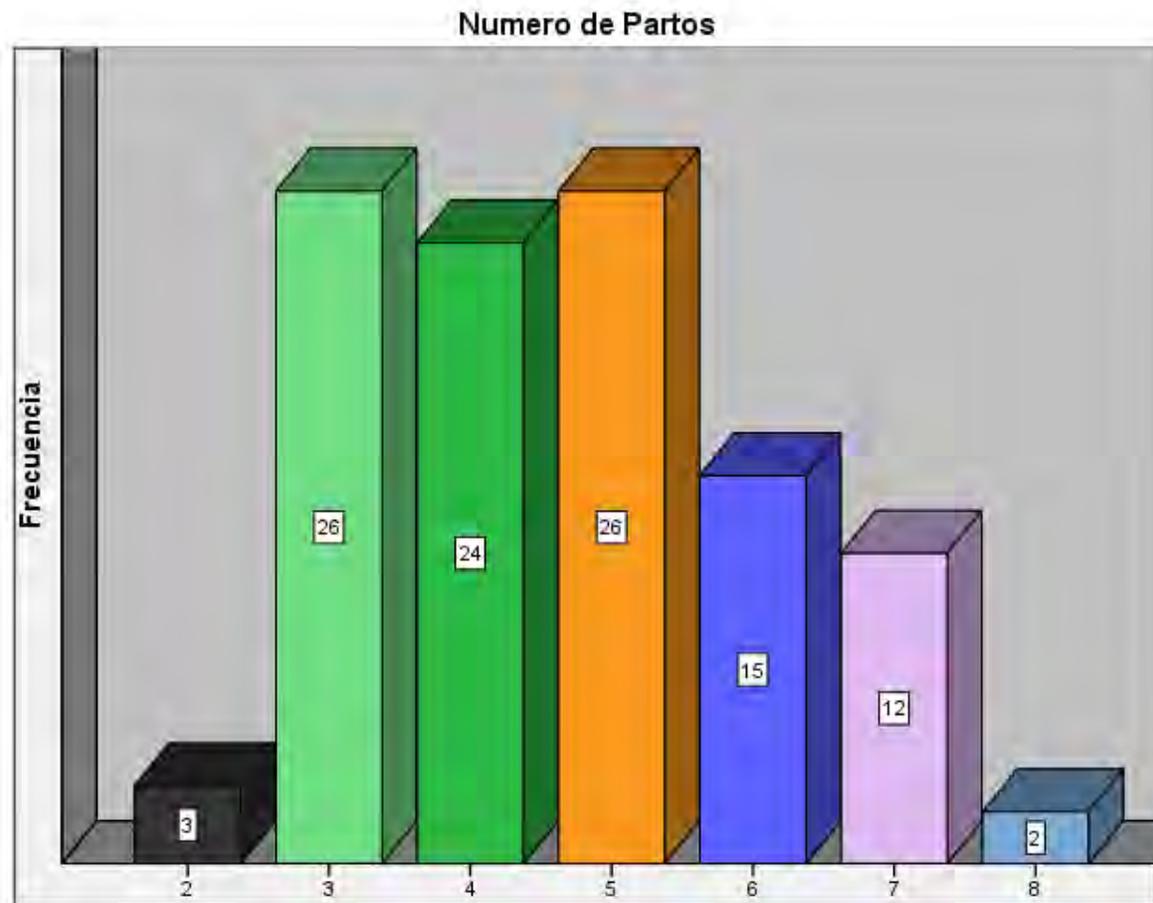
Por lo que ningún participante hasta el término del estudio sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación. Y en caso de ser publicados los resultados se mantendrá el anonimato.

XVIII. Resultados

Se revisaron todas las bitácoras de registro de los quirófanos del Hospital de la Mujer de Morelia; Michoacán de los años 2004 al 2016; logrando establecer una muestra de 108 pacientes y los resultados encontrados se presentan a continuación.

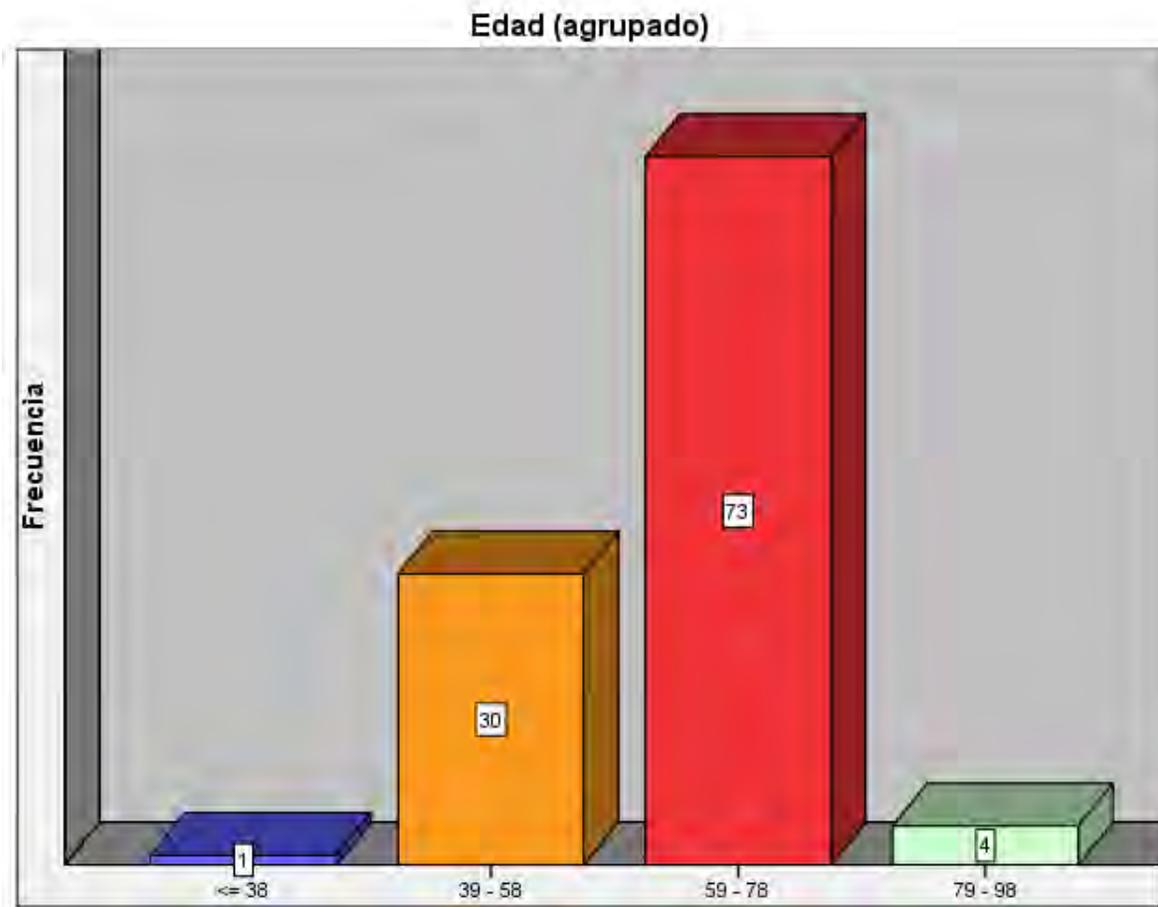
51

Gráfica 1. Número de Partos



La Gráfica 1 muestra que el porcentaje más alto se ubicó en pacientes que tuvieron una paridad entre 3 y 5 partos.

Gráfica 2. Edad agrupada

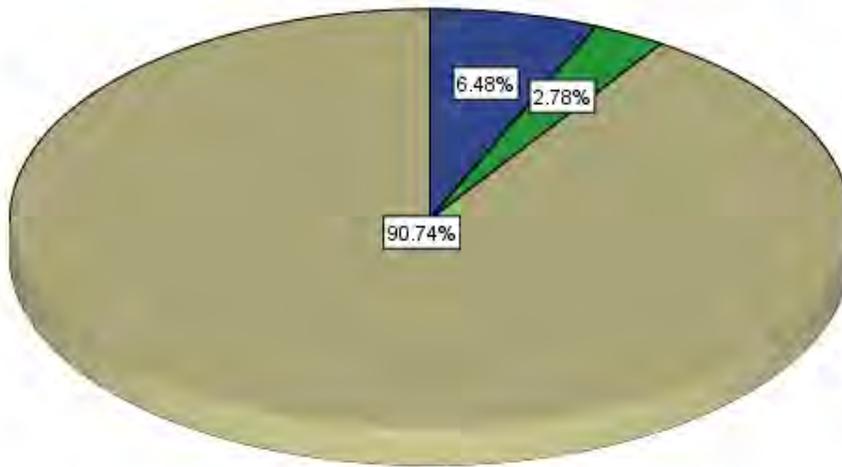


En la gráfica 2 se describe que la edad agrupada relevante para presentar prolapso de cúpula es en pacientes que están en el rango de 59-78 años que correspondió a 73 pacientes.

Gráfica 3.Hernioplastia Efectuada

Hernioplastia efectuada

- Hernioplastia Inguinal
- Hernioplastia Umbilical
- Sin Hernioplastia



La Gráfica 3 ejemplifica que del total de las pacientes que constituyeron la muestra; el 9.26% se registraron con antecedente de hernioplastia; lo cual carece de significancia como factor de riesgo para presentar prolapso de cúpula.

Tabla 1. Edad

Edad		
N	Válidos	108
	Perdidos	0
Media		63.29
Mediana		62.50
Moda		58
Desv. típ.		7.781
Varianza		60.543
Rango		47
Mínimo		38
Máximo		85

La Tabla 1 registra que la media de edad de las pacientes que fueron sometidas a colposcrosuspensión fue de 63 años de edad.

XIX. Discusión

Con los resultados de esta tesis la edad promedio de pacientes sometidas a colposacrosuspensión fue de 63 años las cuales se encuentran a una edad aun productiva con respecto a los análisis estadísticos de INEGI.

Bhavin y Lucioni en el 2012 en su artículo de Investigación titulado “Anterior Pelvic Organ Prolapse Repair Using Synthetic Mesh” encontraron que el parto es un factor de riesgo para la génesis de prolapso de cúpula vaginal, lo que concuerda con los resultados de la presente tesis; que confirma dicha aseveración presentando que de un total de 108 pacientes; el 100% presentó el antecedente de 2 o más partos en sus antecedentes ginecoobstétricos; correspondiendo el porcentaje más alto entre 3 y 5 partos.

Corton MM. En el 2009 en su reporte de investigación titulado Anatomy of Pelvic Floor Dysfunction describió que la estabilidad del piso pélvico depende de varios factores que se resumen en la tonicidad de los músculos del piso pélvico que está dada por la elongación de las fibras y la capacidad para la reparación y síntesis del colágeno. Indirectamente se puede relacionar la falta de síntesis de colágeno con la formación de hernias y por consecuencia con las hernioplastias; sin embargo en nuestro estudio no tuvo resultados significativos, continúa siendo un factor independiente para prolapso de cúpula vaginal.

XX. Conclusiones

El presente estudio ayuda a tener un panorama sobre la prevalencia e incidencia las pacientes que presentaron prolapso de cúpula vaginal así como de las que fueron resueltas por vía quirúrgica de las pacientes que se atendieron en el Hospital de la mujer.

Es importante reconocer el impacto en la calidad de vida que presentan las pacientes por prolapso de cúpula vaginal al impedir la realización de sus labores diarias.

Este estudio denota que la paridad se encuentra directamente relacionada con el riesgo de prolapso de cúpula vaginal ya que las paciente que presentaron más de 3 partos fueron sometidas a colposacrosuspensión por presentar prolapso de órganos pélvicos. Otro factor que se corrobora en los resultados y que influye en la presentación de la patología en estudio; fue la edad; pues la media de la edad de las pacientes registradas fue de 63 años.

La importancia del estudio fue identificar los factores de riesgo; para determinar el impacto en la salud y calidad de vida de las mujeres haciendo énfasis en el Programa de planificación familiar de la Institución y el seguimiento a largo plazo de las pacientes multigestas para prevenir riesgos ya que a posteriori son pacientes potencialmente propensas a presentar dicha alteración.

XXI. Limitaciones

La presente tesis estuvo limitada para su estudio en el acceso completo de expedientes clínicos los cuales; por razones administrativas, se encuentran depurados a partir del año 2014 es por eso que se tuvo acceso solo a datos del expediente electrónico mismo que depende de datos contundentes sobre las intervenciones quirúrgicas (antecedentes de hernioplastia).

XXII. Referencias bibliográficas

- 1.-Bhavin NP, Lucioni A, Kahtleen CK. Anterior Pelvic Organ Prolapse Repair Using Synthetic Mesh. *CurrUrol Rep* 2012;13:211-15.
- 2.-Yun S, Brown S, Hibbeln. "Conservative management of pelvic abscess following sacrocolpopexy: a report of three cases and review of the literature" *J IntUrogynecol J* 2017.
- 3.-Shippey S, Quiroz L, Sanses T, "Anatomic outcomes of abdominal sacrocolpopexy with or without paravaginal repair" *IntUrogynecol J* "2010.
- 4.Fatih F, Kaya E, Köse O -"A novel technique for management of advanced vault prolapse: extraperitoneal sacrocolpopexy" *IntUrogynecol J* 2011.
- 5.-Freeman R, Pantazis K, Thomson A, Frappell J. "A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study. " *IntUrogynecol J* 2013.
- 6.- Aguilera L, Jiménez C, Solís T ."Complicaciones asociadas con el uso de mallas de polipropileno en mujeres que se efectúa colposacropexia" *GinecolObstetMex* 2015
- 7.-Skoczylas LC, Lane FL. Use of Composite Grafts in Abdominal Sacrocolpopexy. *Female Pelvic Med ReconstrSurg* 2011;17:40-43.
- 8.-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. *IntUrogynecol J* 2010;21:1413-31.
- 9.-Bacsu C, Zimmen P. Complicaciones del tratamiento de incontinencia urinaria y prolapso de pelvis. *RevMedClinCondes* 2013;24:238-47.
- 10.-Schettini M, Fortunato P, Gallucci M. Abdominal SacralColpopexywithProleneMesh. *IntUrogynecol J* 1999;10:295-99.
- 11.-Corton MM. Anatomy of PelvicFloorDysfunction. *ObstetGynecolClin N Am.* 2009; 36:401–419.
- 12.-Barber MD. Contemporary views on female pelvic anatomy. *Cleve Clin J Med.* 2005; 72 Suppl 4:S3-11.
- 13.-Rooney K, Kenton K, Mueller ER, et al. Advanced anterior vaginal wall prolapse is highly correlated with apical prolapse. *Am J ObstetGynecol* 2006;195:1837–40.

- 14.-Marinkovic SP, Satanton SL. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. *J Urol.* 2004 Mar;171(3):1021-8
- 15.-Muir TW, Stepp KJ, Barber MD. Adoption of the pelvic organ prolapse quantification system in peer-reviewed literatura. *Am J ObstetGynecol.*2003; 189:1632-5.
- 16.-Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P et al. The standardisation of terminoloty of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *NeurourolUrodyn.* 2002;21:167-78.
- 17.-Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1332-8.
- 18.-Ghetti C, Gregory T, Edwards R, N. Otto L, L. Clark A. Pelvic organ descent and symptoms of pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:53-7.
- 19.-Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane DatabaseSystRev* 2010.CD004014.
- 20.-Beer M, Kuhn A. Surgical techniques for vault prolapse: A review of the literature. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol.*2005;119:144.
- 21.-Mancera A, Jimenez J. Prolapso de órganos pélvicos *Rev HospJuaMex* 2013; 80(4): 248-250.
- 22.-Nygaard I, Barber M, Burgio K, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008; 300(11): 1311-6.
- 23.-Lawrence J, Lukacz E, Nager C, et al. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *ObstetGynecol* 2008; 111(3): 678-85.
- 25.-Olsen A, Smith V, Bergstrom J, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *ObstetGynecol* 1997; 89(4): 501-6.
- 26.-Barber M. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *IntUrogynecol J PelvicFloorDysfunct* 2007; 18(4): 461-5.
- 27.- INEGI GRUPOS DE EDADES FEMENINAS EN EDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA.

XXIII. Anexos**Tabla 1. Número de Partos**

		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	2	3	2.8	2.8	2.8
	3	26	24.1	24.1	26.9
	4	24	22.2	22.2	49.1
	5	26	24.1	24.1	73.1
	6	15	13.9	13.9	87.0
	7	12	11.1	11.1	98.1
	8	2	1.9	1.9	100.0
Total		108	100.0	100.0	