



BUAP

HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE PUEBLA

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES
DE CIRUGÍA VAGINAL POR PROLAPSO DE
ORGANOS PELVICOS EN EL HOSPITAL
GENERAL ZONA NORTE PUEBLA”.**

*Tesis para obtener el Diploma de especialidades en
Ginecología y Obstetricia.*

Presenta:

Dr. José Luis Saldivar González

Asesor de tesis y metodología:

Dr. David Escalona Sosa G.O.



H. Puebla de Zaragoza Noviembre 2017.

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

Este trabajo fue realizado en el Hospital General Zona Norte de Puebla bajo la dirección de el Dr. David Escalona Sosa, con el título de: "Factores de riesgo y complicaciones de cirugía vaginal por prolapso de órganos pélvicos en el Hospital General Zona Norte Puebla". Realizada por el Dr. José Luis Saldivar González. Hago constar que he revisado el contenido científico y la estructura metodológica por lo que autorizamos su impresión.

ATENTAMENTE:

Dr. David Escalona Sosa
Ginecología y Obstetricia. Perinatología.
HGZN "Bicentenario de la Independencia"
Tel: 2223352503
e-mail: davesca_01@hotmail.com

Dr. Vicente de Paul Torres Pérez
Jefe de enseñanza e Investigación
HGZN "Bicentenario de la Independencia"

Dra. Araceli Martínez López.
Coordinadora de Posgrado
HGZN "Bicentenario de la Independencia"

Disco compacto

DEDICATORIA

A mi padre José Luis Saldivar Silva, el maestro de mi vida, el pilar de mi carácter; Que a pesar de no estar físicamente en este mundo, el recuerdo de tus obras y palabras me propulsaron y robustecieron para culminar esta meta tan anhelada.

A mi madre María Guadalupe González, por que me diste la libertad de ser quien soy ahora, gracias infinitas por tu apoyo incondicional, por creer en mí y por tu amor interminable.

A mi hermana Guadalupe Araceli Saldivar González, por que tu fortaleza como ser humano y tu gran vocación profesional me inspiran a mejorarme día a día, gracias absolutas por el ánimo, por tu enorme fe en mi y por estar siempre. Tu apoyo fue total y absoluto para culminar mi Residencia.

A Miriam Valdez Bortolotti, en ti conocí el amor incondicional. Tu apoyo incansable, tu confianza y tu procluro fueron vectores indispensables para mi meta. Gracias totales por ser y estar.

A mi tío Adrián Saldivar Silva, gracias interminables por tu enorme apoyo en mis momentos de flaqueza y por no ausentarte.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos eternos a mis maestros médicos especialistas y sub especialistas, que con su disposición, tiempo, paciencia y reciprocidad, cimentaron los pilares de mi formación medico – quirúrgica.

A mi Asesor de Tesis por su colaboración, comprensión, y orientación para lograr terminar este trabajo.

A mis hermanos residentes, amigos, compañeros y aquellos que directa e indirectamente influyeron en mi persona para mi ejecución como profesionalista

INDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| Resumen | 8 |
| Abstract | 9 |
| Introducción. | 10 |
| | |
| CAPITULO 1. PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN | |
| 1.1.Antecedentes | 11 |
| 1.2.Problema de la investigación | 13 |
| 1.3.Pregunta de la investigación | 15 |
| 1.4.Objetivo General | 15 |
| 1.5.Objetivos específicos | 16 |
| 1.6.Justificación | 16 |
| | |
| CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes específicos | 18 |
| | |
| CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA | |
| 3.1 Tipo y diseño de la Investigación | 27 |
| 3.2 Hipótesis | 27 |
| 3.3 Desarrollo metodológico | 27 |
| 3.4 Selección de la muestra | 27 |
| 3.5 Recolección de datos | 29 |
| 3.6 Análisis de datos y resultados | 29 |
| 3.7 Discusión | 32 |

CAPITULO 4. CONCLUSIONES

| | |
|-------------------------------|-----|
| 4.1 Limitaciones | 34 |
| 4.2 Recomendaciones | 35 |
| Identificación de los autores | 36 |
| REFERENCIAS | 37 |
| ANEXO | 39. |

RESUMEN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una entidad de multifactorial de alta morbilidad en mujeres en edad media 50 años. Estudios epidemiológicos indican que las mujeres poseen a lo largo de su vida un riesgo del 7 al 19% de requerir una cirugía para la corrección de dicha patología. En México y otros países en vías de desarrollo la prevalencia media para el POP se ha estimado en el 19.7%, puede ser tratada desde pesarios hasta cirugía robótica requiriendo importantes recursos sanitarios.

Objetivos: identificar factores de riesgo de pacientes sometidas cirugía vaginal y sus complicaciones en el Hospital General Zona Norte.

Metodología: se realizó un estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo, analítico, no probabilístico y secuencial. Se identificó a 42 pacientes con diagnóstico de POP que fueron sometidas a cirugía vaginal en el periodo comprendido enero de 2015 hasta Julio de 2017. Criterios de selección: Pacientes con diagnóstico POP sometidas a cirugía vaginal, que cuenten con expediente clínico completo y que fueron atendidas en el Hospital General Zona Norte de Puebla. Se analizaron con graficas y tablas, los factores de riesgo, estadificación del prolapso, cirugía vaginal realizada y complicaciones.

Resultados: Se identificó como principales factores de riesgo multiparidad y obesidad, causantes de histerectomía vaginal reconstructiva. Destacó el éxito terapéutico en el 70% de pacientes. Se encontró como causas de complicaciones diabetes mellitus 2 y obesidad, reportando dehiscencia de herida e infección y falla del éxito quirúrgico.

Conclusiones: Los factores de riesgo de la población de estudio no varia respecto a la referencia bibliográfica. Se corrobora como multifactorial la etiopatogenia del prolapso. Se identifico una relación de complicaciones en un 22%, de las cuales destacan infecciones del sitio quirúrgico en pacientes con comorbilidad asociada a obesidad y DM2.

ABSTRACT

Pelvic organ prolapse (POP) is a multifactorial entity with high morbidity in women with a mean age of 50 years. Epidemiological studies indicate that women have a risk from 7 to 19% of requiring surgery to correct this pathology. In Mexico and other developing countries, the average prevalence for POP has been estimated at 19.7%. It can be treated from pessaries to robotic surgery, requiring important health resources.

Objectives: to identify risk factors of patients undergoing vaginal surgery and their complications in the General Hospital Zona Norte.

Methodology: a non-experimental, descriptive, retrospective, analytical, non-probabilistic and sequential study was carried out. We identified 42 patients with a diagnosis of POP who underwent vaginal surgery in the period from January 2015 to July 2017. **Selection criteria:** Patients with a POP diagnosis undergoing vaginal surgery, who have a complete clinical record and who were treated in the General Hospital North Zone of Puebla. The risk factors, staging of the prolapse, vaginal surgery performed and complications were analyzed with graphs and tables.

Results: Multiparity and obesity were identified as the main risk factors, causing reconstructive vaginal hysterectomy. He highlighted the therapeutic success in 70% of patients. It was found as causes of diabetes mellitus 2 complications and obesity, reporting dehiscence of wound and infection and failure of surgical success.

Conclusions: The risk factors of the study population do not vary with respect to the bibliographic reference. The etiopathogenesis of prolapse is corroborated as multifactorial. A relationship of complications was identified in 22%, of which infections of the surgical site stand out in patients with comorbidity associated with obesity and DM2.

INTRODUCCION

Una de las disfunciones más frecuentes del piso pélvico es el prolapso de órganos pélvicos con una edad media de 50 años, En los Estados Unidos representa la indicación principal de alrededor de 400.000 cirugías anualmente. En México y otros países en vías de desarrollo la prevalencia media para el POP se ha estimado en el 19.7% es multifactorial e involucra síntomas asociados incluyendo la función urinaria, intestinal o sexual de la paciente y afectan su calidad de vida.

Para su tratamiento, existen opciones que han evolucionado desde el uso de pesarios hasta la colposacropexia laparoscópica asistida por robot, requiriendo importantes recursos sanitarios.

El prolapso de órganos pélvicos describe la ubicación anormal de los órganos pélvicos, que incluyen la vejiga, el útero, el recto y / o el intestino delgado, dentro o fuera de la vagina. La incontinencia urinaria y fecal se refiere a la evacuación involuntaria de orina y heces líquidas o sólidas a través de la vagina o el recto, que es un problema social e higiénico. Estas afecciones están relacionadas integralmente con la historia reproductiva de las mujeres, especialmente por partos vaginales difíciles y el trauma que puede ocurrir al dar a luz. Incluso en los países desarrollados, donde el prolapso es una de las indicaciones más comunes para la cirugía ginecológica, no hay muchos estudios epidemiológicos de incidencia o prevalencia. En los países en vías de desarrollo, el alcance y las consecuencias de la carga de la enfermedad debido a la disfunción del suelo pélvico es aún menos conocido

Este artículo revisa información sobre la epidemiología de la disfunción del piso pélvico y los factores de riesgo para el desarrollo del prolapso de órganos pélvicos, en mujeres sometidas a cirugía vaginal en el Hospital General Zona Norte de Puebla, También se presenta información sobre las herramientas diagnosticas previas a la cirugía, así como complicaciones

Se discuten las posibles intervenciones para mejorar la prevención y el tratamiento de la disfunción del suelo pélvico, así como sentar las bases para futuros estudios que promuevan tratamientos quirúrgicos modernos que mejoren la calidad de vida deo nuestras pacientes.

1.1 ANTECEDENTES

Antes del siglo XIX, el tratamiento primario para el POP consistió en el uso del pesario vaginal. Sin embargo, los avances en la cirugía ginecológica cobraron impulso en el siglo XIX con la llegada de la anestesia, el nuevo material de sutura aséptica y el uso de antibióticos.

La cirugía para la reparación del prolapso de órganos pélvicos se data desde el año 1500 D.C. La primera histerectomía vaginal se realizó por Berengario da Carpi en 1507 utilizando un trozo de cuerda alrededor del útero descendido hasta que la gangrena causara su separación [12].

La segunda mitad del siglo XIX vio muchas contribuciones notables a la cirugía pélvica así como aclaraciones adicionales de la anatomía pélvica y el establecimiento de los términos utilizados en la actualidad como el prolapso uterino, cistocele, rectocele y enterocele surgieron en ese momento [8, 12].

Cronológicamente, en Europa la histerectomía vaginal fue descrita como tratamiento para el prolapso de órganos pélvicos por Langenbeck en 1813. En Estados Unidos, Samuel Choppin realiza la primera histerectomía vaginal en 1861 en Nueva Orleans[13]. León Le Fort desarrolló su colpocleisis parcial en 1877, que sigue siendo utilizado hoy en día para las pacientes de bajo riesgo [9]. Archibald Donald en 1888 desarrolló la operación de Manchester, que consistía en la amputación del cérvix, la unión de los tejidos paravaginales el uno al otro y fijación del segmento residual del cérvix hacia delante para contrarrestar el prolapso uterino. William Edward Fothergill modificó la técnica original incluyendo la fijación a los parametrios [14]. Alwin Mackendrot en 1895 describió con precisión el tejido conectivo de la pelvis, incluyendo los ligamentos cardinales dando solución al prolapso uterino [9]. En 1898, Thomas Watkins propuso la cirugía de interposición, por creer incorrecto el extirpar el útero en cualquier caso de prolapso a menos que éste presentara alguna patología. El procedimiento consistía en amputar el cérvix uterino y posicionar la vejiga en la pared posterior del útero, elevando el segmento uterino inferior; por lo tanto, el prolapso de la vejiga y el útero se convertían en fuerzas antagónicas. Éste fue el primer acercamiento a la cirugía preservadora uterina para

corregir el prolapso de los órganos pélvicos[9]. En 1915, Mayo publicó su técnica de histerectomía vaginal sumando una colpografía anterior y posterior.

La histerectomía vaginal reconstructiva continuó siendo el principal tratamiento para el prolapso genital hasta la actualidad. [13]. En 1957 Arthure y Savage del Hospital Haring Cross en Londres contribuyeron significativamente a la reparación de los defectos apicales y reconocieron que el prolapso de cúpula podía ocurrir y concluyeron que la histerectomía por sí misma no cura el prolapso, Proponiendo su técnica quirúrgica de histeropexia sacra suponiendo que sería una mejor técnica de reparación. Su descripción del procedimiento (excepto por el uso de un injerto) era idéntica a la sacrocolpopexia abdominal actual [14]. Richardson en 1989 describe por primera vez la histeropexia sacroespínosa, que consistía Después de realizar un abordaje en la pared vaginal posterior en una disección roma cuidadosa del espacio pararectal, fijando el cérvix en forma unilateral derecha o izquierda hacia el ligamento sacroespínoso previamente disecado a 2 cm en sentido medial a la espina isquiática.

A partir de ese momento, existe una amplia variedad de opciones quirúrgicas para las mujeres que desean preservar su útero. [1, 2, 6] La literatura actual describe la realización de la histeropexia mediante abordaje vaginal, el cual puede ser dividido en reparación con o sin uso de material protésico; entre las últimas se destaca la histeropexia sacroespínosa, histeropexia hacia ligamentos uterosacros y operación de Manchester modificada; respecto al uso de material protésico existe la posibilidad de utilizar de segmentos de malla de polipropileno o en el mercado se han creado dispositivos de polipropileno orientados ex profeso a la reparación de compartimento anterior/posterior y que además proporcionan fijación del compartimento apical ofreciendo la posibilidad de preservar la estructura uterina en el caso de que la paciente así lo desee. El abordaje abdominal abierto ha tomado como modelo fundamental la sacrohisteropexia. El abordaje mínimamente invasivo a través del uso de técnicas laparoscópicas describe la histeropexia uterosacra e histeropexia sacra también denominada sacrocervicopexia.

La selección cuidadosa de los pacientes es fundamental antes de considerar una cirugía preservadora uterina como tratamiento primario del POP. [6]

Existen contraindicaciones para la preservación del útero. La mayoría de los estudios excluyen a mujeres con trastornos menstruales, patología uterina o cervical anormal como fibromiomatosis uterina de gran volumen, hiperplasia endometrial y displasia cervical [17].

Un estudio reciente de Frick, ilustra la necesidad de histerectomía en mujeres con sangrado posmenopáusico, incluso con un reporte negativo a patología del revestimiento endometrial debido al alto riesgo (13%) de cáncer no anticipado o hiperplasia [16].

1.2 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

El prolapso de órganos pélvicos (POP) constituye una de las disfunciones más frecuentes del piso pélvico; afecta a mujeres de todas las edades. Reporta en la literatura una prevalencia del 30% en mujeres de edad mediana (50 años), con aumento directamente proporcional a la edad.[1]

El prolapso de órganos Pélvicos severo (Estadios III y IV) se encuentra presente en 23% de las pacientes referidas para una evaluación uroginecológica. [2]

Estudios epidemiológicos indican que las mujeres poseen a lo largo de su vida un riesgo del 7 al 19% de requerir una cirugía para la corrección de dicha patología. En los Estados Unidos representa la indicación principal de alrededor de 400.000 cirugías anualmente. [3].

En México y otros países en vías de desarrollo la prevalencia media para el POP se ha estimado en el 19.7% (rango 3.4% a 56.4%).[4]

El apoyo anatómico de los órganos pélvicos en las mujeres es proporcionado por interacción entre los músculos del piso pélvico y el tejido conectivo a la pelvis ósea. Existe Un sistema de tres niveles integrados de soporte vaginal ha sido descrito por DeLancey. [18]

La pérdida del soporte del piso pélvico que resulta en un prolapso genital es experimentado por 50% de las mujeres que han tenido partos vaginales. [2]

Los factores de riesgo para el POP incluyen: aumento de la paridad, edad avanzada, obesidad e histerectomía. Las mujeres con síndrome de Constipación crónica, aquellas que tienen un trabajo pesado, y las mujeres latinas y blancas también pueden tener un mayor riesgo de POP. [19]

El POP involucra síntomas asociados incluyendo la función urinaria, intestinal o sexual de la paciente y afecta significativamente su calidad de vida. [5]

Las opciones disponibles para el tratamiento de esta entidad son intervenciones conservadoras, mecánicas o quirúrgicas. Respecto a esta última, la elección de la cirugía se remite a la evaluación de una serie de factores entre los que destacan la naturaleza, sitio y gravedad del prolapso, si existen otros síntomas que afectan las funciones de las estructuras involucradas, el estado de salud general de la mujer y las preferencias y habilidades del cirujano; procedimientos concomitantes para tratar o prevenir la incontinencia urinaria se realizan con frecuencia en forma simultánea. [6] Aunque diversas técnicas quirúrgicas han sido diseñadas para corregir estos defectos, el objetivo final es lograr la restauración de la anatomía y en consecuencia, la fisiología normal del piso pélvico.[3]

Tradicionalmente, la corrección quirúrgica del prolapso ha incluido en forma fundamental la histerectomía, asociada en ocasiones a procedimientos orientados a la prevención del prolapso futuro de la cúpula vaginal; a pesar del hecho de que el útero es una estructura pasiva en el proceso de esta patología. [6]

Recientemente las mujeres optan por la conservación del útero debido por razones de fertilidad futura, la creencia de que el útero afecta la función sexual o el sentido de identidad o feminidad y la preocupación por los riesgos asociados a una histerectomía. [1, 6, 7].

El tratamiento del POP requiere importantes recursos sanitarios; El costo anual de la atención ambulatoria de los trastornos del suelo pélvico en los Estados Unidos desde 2005 hasta 2006 fue de casi \$ 300 millones y la reparación quirúrgica de prolapso fue el procedimiento más común en mujeres mayores de 70 años de 1979 a 2006 [15]. De igual manera la forma de

abordaje para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos ha evolucionado desde el uso de pesarios hasta la colposacropexia laparoscópica asistida por robot. [8, 9]

En términos generales, las reparaciones de prolapso se pueden dividir en procedimientos de restauración (usando los propios tejidos de la paciente), procedimientos compensatorios (reparaciones utilizando material protésico, biológico o sintético) y procedimientos obliterantes (obliteración vaginal).[10]

El método estándar, para estadificar de manera objetiva el sitio y el grado de prolapso, es el Sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos / Pelvic Organ Prolapse Quantification System POP-QS. Proporciona gran fiabilidad intra e inter observador al comparar los exámenes pélvicos pre y postoperatorios. [11,17]

El prolapso de órganos pélvicos sintomático requiere la corrección de todos los defectos para lograr resultados óptimos.[1]

1.3 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo de las pacientes sometidas a cirugía vaginal para resolver el prolapso de órganos pélvicos y sus complicaciones en el Hospital General zona norte de Puebla?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo y las complicaciones de la cirugía vaginal para resolver el prolapso de órganos pélvicos en el Hospital General de zona norte de Puebla.

1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo que presentan la pacientes con POP en el HGZN.
- Identificar las complicaciones de las pacientes que fueron sometidas a cirugía vaginal por POP en el servicio de Ginecología, del HGZN.

1.6 JUSTIFICACION

En el Servicio de Ginecología del Hospital General zona norte de Puebla “ Bicentenario de la Independencia”, se lleva a cabo un promedio de 210 cirugías ginecológicas por año, basado en la programación de quirófano central del HGZN; de las cuales el 20 % corresponden a la corrección del prolapso de órganos pélvicos, siendo el procedimiento predominante la histerectomía vaginal en un 66.6%.

En los dos últimos años dentro de la consulta externa, se ha observado un aumento en el diagnostico de patología ginecológica demandante de tratamientos eficaces y de bajo costo, ecuánime al estrato socioeconómico de nuestra población, lo que nos lleva a estudiar las condiciones predisponentes y consecuencias del tratamiento ofertado, considerando desde prevención hasta la rehabilitación para mejorar su calidad de vida, sin ignorar las limitaciones de insumos materiales y humanos que confinan la variedad de propuestas de tratamiento en nuestra unidad hospitalaria.

Destaca la ausencia de un estudio previo con enfoque estadístico sobre la casuística quirúrgica ginecológica y de la ejecución de procedimientos cuyo objetivo se encuentre destinado a la corrección del prolapso de órganos pélvicos.

En este hospital de segundo nivel de atención se promueve el proceso de enseñanza, aprendizaje y formación de recursos humanos del área ginecológica al proporcionar conocimientos teóricos y habilidades practicas en una patología con una alta prevalencia e incidencia en nuestro medio, sentando una base de conocimiento para la subsecuente realización de estudios prospectivos y con seguimiento a plazo determinado sobre el abordaje clínico o quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos.

Se demostraran características y factores de riesgo de las pacientes sometidas a cirugía vaginal por prolapso de órganos pélvicos, así como la efectividad de la herramienta diagnóstica utilizada en la valoración pre operatoria y comparar la cirugía realizada con la programada, además de identificar la comorbilidad asociada las complicaciones que serán identificadas en las revaloraciones subsecuentes citados en el expediente clínico de consulta externa.

2.1 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

El prolapso de órganos pélvicos (POP), incluyendo el prolapso vaginal anterior y vaginal posterior, prolapso uterino y enterocele, es un grupo común de trastornos clínicos que afectan a las mujeres. El prolapso puede ser asintomático o manifestarse con debilidad grave y disfunción asociada de la vejiga, intestino o disfunción sexual. La capacidad para detectar, diagnosticar y tratar estas entidades se vuelve cada vez más importante para los médicos.

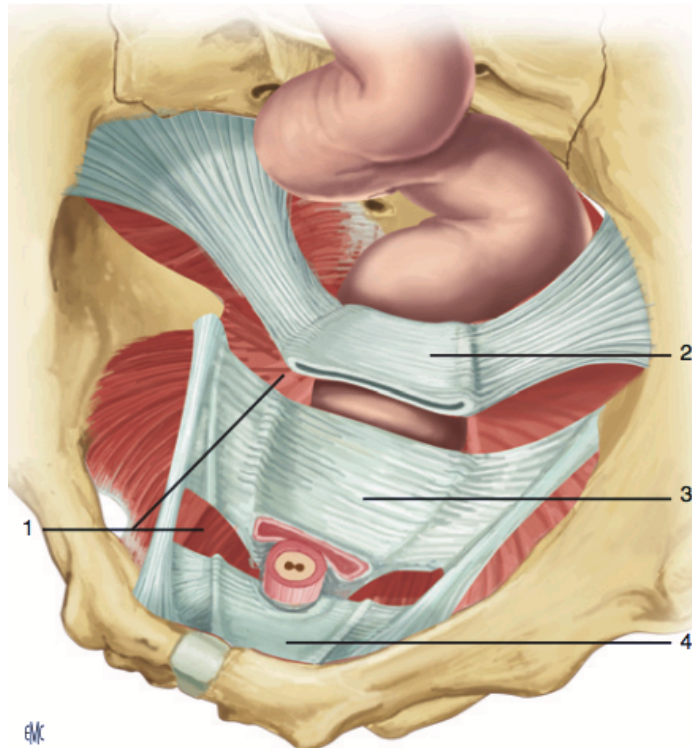
Los defectos en las estructuras de sostén de la pelvis conducen a una diversidad de anomalías clínicamente evidentes de la relajación pélvica. Los defectos en el soporte pélvico se pueden clasificar según su ubicación anatómica.

Anatomía: medios de suspensión, de soporte y de cohesión de los órganos pélvicos

En 1993, DeLancey describió tres niveles de soporte de la vagina.

El nivel 3 (tercio superior de la vagina) estaría suspendido a la pared de la pelvis por los ligamentos cardinales y uterosacos; el nivel 2 (tercio medio), por los arcos tendinosos de la fascia pélvica y del elevador del ano, y el nivel 1 estaría mantenido de forma pasiva por las estructuras circundantes, es decir, los músculos perineales y el centro tendinoso del periné.

El piso pélvico, representado por los músculos elevadores del ano, sostiene como una hamaca los distintos órganos. Este piso tiene una hendidura denominada hiato urogenital, que es un sector de debilidad. Está delimitado por el fascículo pubovisceral y rectal del músculo elevador del ano lateralmente, el pubis por delante y el centro tendinoso del periné por detrás. Los órganos están sostenidos por el piso pélvico y suspendidos por las fascias y ligamentos que los conectan a la pared pélvica. Todos estos elementos son móviles entre sí. Cuando uno de ellos falla, el desequilibrio generado puede conducir a la aparición de un prolapso.



Niveles de suspensión descritos por DeLancey. 1. Músculo elevador del ano; 2. nivel 1; 3. nivel 2; 4. nivel 3.
 Fuente: EMC E-290-A-10. Elsevier Masson 2017

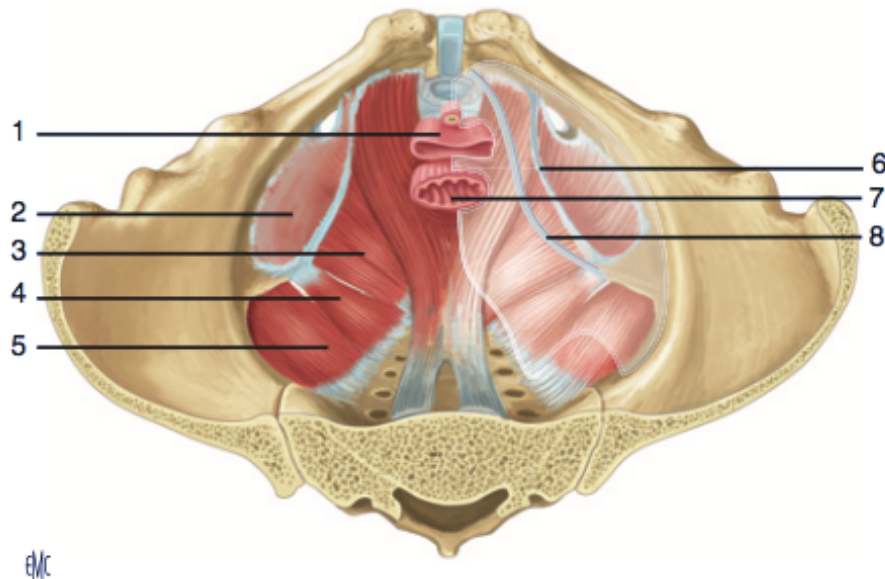
Fascias y ligamentos

Fascia pélvica

La fascia pélvica es una membrana que tapiza el piso pélvico, situado un poco por encima del plano de los elevadores, y se prolonga sobre los órganos pélvicos. Esta fascia tiene algunas zonas más gruesas. Lateralmente, el fascículo iliococcígeo del músculo elevador del ano se inserta en el músculo obturador interno al nivel del arco tendinoso del elevador del ano, que es un engrosamiento de la fascia pélvica sobre el obturador interno. El arco tendinoso del elevador del ano se extiende de la espina isquiática al pubis. Un poco más medialmente se sitúa el arco tendinoso de la fascia pélvica, otro engrosamiento de la fascia con el mismo origen que el anterior y un trayecto más medial en dirección al pubis. Estos arcos tendinosos son los puntos de fijación de la porción media de la vagina a la pared pélvica.

Ligamentos uterosacros

Tal vez no sea correcto denominarlos «ligamentos», ya que más bien se trata de un engrosamiento de la fascia pélvica que permite el paso de estructuras neurovasculares. La descripción anatómica e histopatológica del ligamento uterosacro es imprecisa. Se inserta al nivel del tercio superior de la vagina frente al fondo de saco vaginal lateral y sobre el borde posterior del cuello uterino, donde se confunde con el paracolpos y el paracérvix. Se dirige lateralmente y termina sobre la fascia presacra frente a las vértebras sacras S2-S4. El ligamento uterosacro no estaría presente en el nacimiento, sino que se desarrollaría de forma progresiva como consecuencia de las fuerzas de tracción en posición de pie.



Arcos tendinosos. 1. Vagina; 2. músculo obturador interno; 3. músculo iliococcígeo; 4. músculo coccígeo; 5. músculo piriforme; 6. arco tendinoso del elevador del ano; 7. recto; 8. arco tendinoso de la fascia pélvica.

Fuente: EMC E-290-A-10. Elsevier Masson 2017

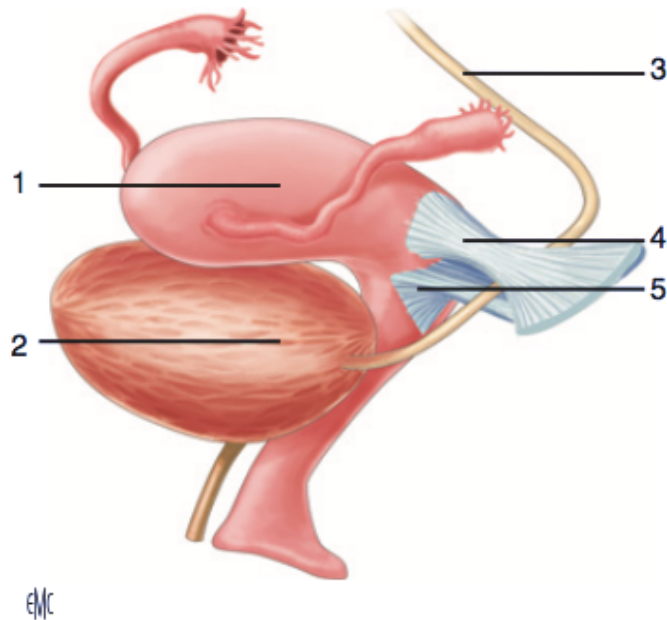
Ligamentos cardinales

Son láminas de tejido conjuntivo que se extienden desde el mismo nivel que el ligamento uterosacro hasta el origen de los vasos ilíacos. También se conocen como ligamentos de Mackenrodt. A veces se ha puesto en duda su existencia.

Paracolpos/paracérvix/parametrio

El papel de estas estructuras en las movilidades pélvicas es incierto. Se trata de un tejido conjuntivo dispuesto a los lados de la vagina, del cuello uterino y del útero, alrededor de

la vascularización uterina y vaginal. El límite entre el parametrio y el paracérvix/paracolpos está definido de manera artificial por el uréter que pasa entre ambos. Estas estructuras parten lateralmente del útero y de la vagina, y se dirigen hacia atrás y lateralmente para insertarse en la pared pélvica al nivel del arco tendinoso de la fascia pélvica.



Parametrio y paracérvix. 1. Útero; 2. vejiga; 3. uréter; 4. parametrio; 5. paracérvix.
Fuente: EMC E-290-A-10. Elsevier Masson 2017

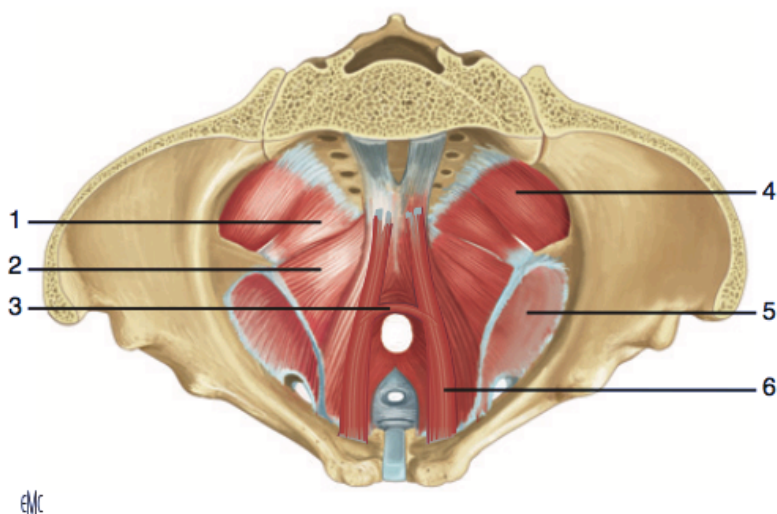
Ligamentos vesicales/ligamento rectal lateral

El ligamento umbilical medio parte del ápex de la vejiga y llega al ombligo. El ligamento pubovesical se extiende desde cuello vesical hasta la cara posterior del pubis. El ligamento vesical lateral se inserta sobre la cara inferolateral de la vejiga y se dirige hacia el arco tendinoso de la fascia pélvica. Al igual que el parametrio y el paracérvix, se trata de una estructura conjuntiva vascular que contiene los vasos vesicales. Los ligamentos vesicouterinos o pilares internos de la vejiga se unen al istmo uterino en la región preureteral vesical. El ligamento rectal se sitúa al nivel de la arteria rectal media y constituye lo que comúnmente se denomina «alerón del recto».

Piso pélvico

La excavación pélvica está cerrada por una «hamaca» formada por el músculo elevador del ano y el músculo isquiococcígeo. El músculo elevador contiene varios fascículos y denominaciones. Los autores de este artículo usan la establecida por Kearney et al [5],

quienes han propuesto una denominación común en función de las inserciones de las porciones musculares. El músculo elevador del ano está formado por los fascículos iliococcígeo, pubovisceral (puboperineal, pubovaginal y puboanal) y puborrectal. El fascículo iliococcígeo se inserta al nivel del arco tendinoso del elevador del ano, un engrosamiento de la fascia del obturador interno, y termina en el ligamento anococcígeo. Los fascículos pubovisceral y rectal se insertan debajo de la sínfisis púbica, situándose a ambos lados de la uretra, de la vagina y del recto. El músculo pubovisceral intercambia fibras con la vagina, el centro tendinoso del periné y el recto. Forma el hiato urogenital, que permite la desembocadura de la uretra y la vagina en la vulva. Las fibras del fascículo puborrectal se entrecruzan detrás del recto para formar una especie de cincha. El músculo isquiococcígeo se inserta en la espina isquiática y se extiende hasta el cóccix y las primeras piezas sacras. Está cubierto por el ligamento sacroespinoso en su parte inferior, con el cual se confunde



EMC

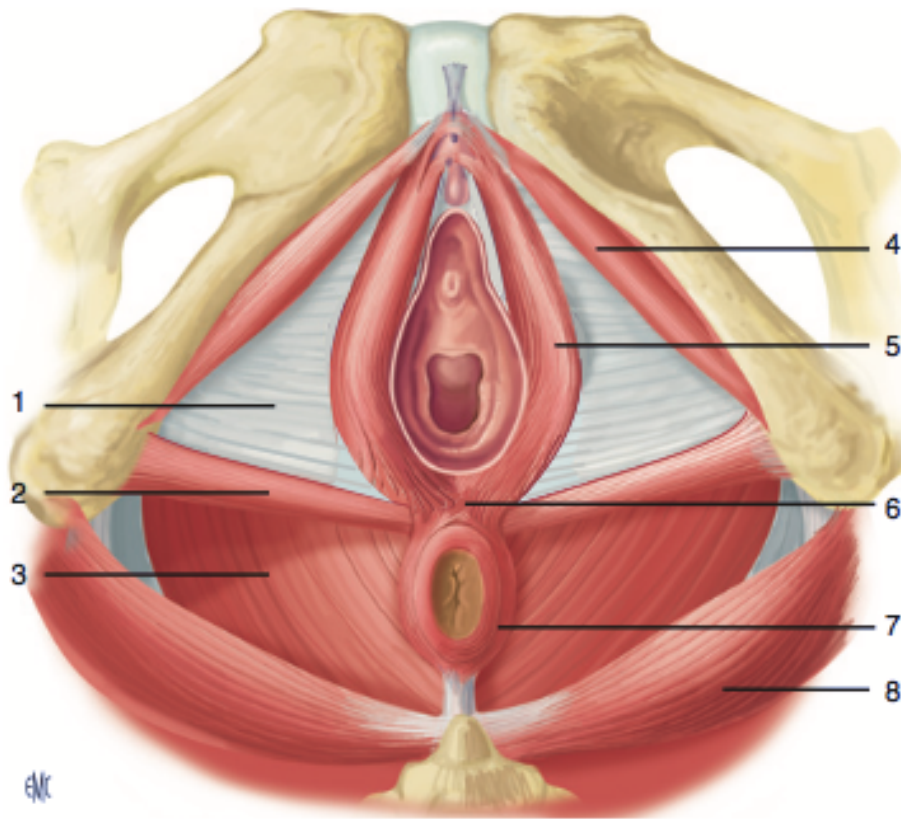
Piso pélvico. 1. Músculo coccígeo; 2. músculo iliococcígeo (músculo elevador del ano); 3. fascículo puborrectal (músculo elevador del ano); 4. músculo piriforme; 5. músculo obturador interno; 6. fascículo pubovisceral (músculo elevador del ano).

Fuente: EMC E-290-A-10. Elsevier Masson 2017

Periné

El periné está situado por debajo del plano de los elevadores. Comprende un plano superficial y un plano profundo. El plano profundo está constituido por el músculo transverso profundo y el esfínter externo de a uretra. El plano superficial comprende los

músculos isquiocavernosos, bulboesponjosos y transversos superficiales (inconstantes), así como el esfínter anal externo.



Periné superficial. 1. Membrana perineal; 2. músculo transverso superficial; 3. músculo iliococcígeo; 4. músculo isquiocavernoso; 5. músculo bulboesponjoso; 6. centro tendinoso del periné; 7. músculo esfínter externo del ano; 8. músculo glúteo mayor.

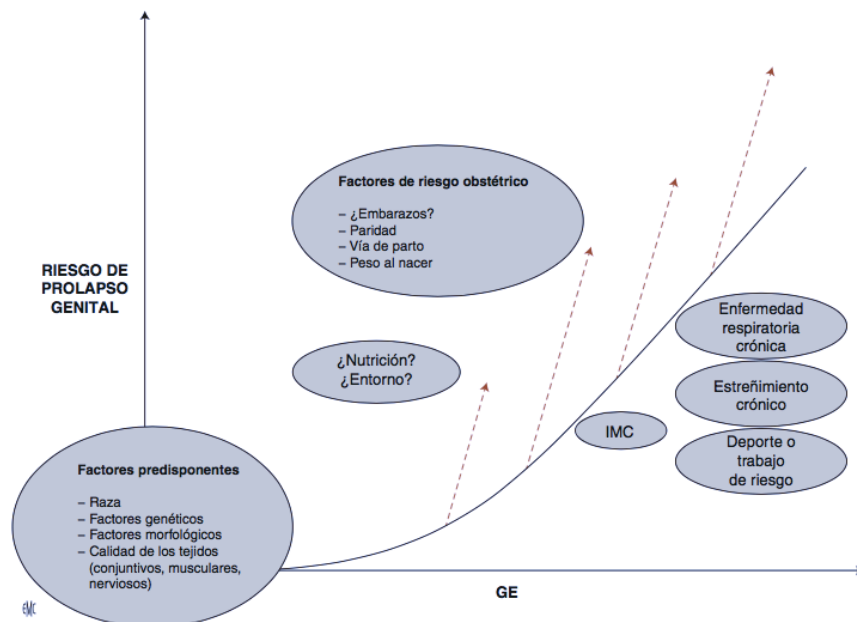
Fuente: EMC E-290-A-10. Elsevier Masson 2017

Patogenia.

Para el POP, los factores probados de riesgo incluyen edad, mayor paridad, obesidad y antecedentes de cirugía pélvica, específicamente histerectomía. La tos crónica, el estreñimiento crónico pueden aumentar las presiones sobre el piso pélvico. Al actuar como un pistón constante, las fuerzas que se ejercen sobre los tejidos pélvicos de sostén pueden causar herniación de las paredes vaginales. De manera similar, la actividad laboral que requiere levantar pesos de manera repetida debido al embate diario de la presión pélvica frecuente.

La menopausia, la debilitación física e incluso el deterioro neurológico, pueden contribuir al desarrollo de POP. Sin embargo, algunas mujeres están predispuestas al desarrollo de POP. Debido a que se ha demostrado prolapso en mujeres sin factores identificables de riesgo, la calidad inherente del tejido conjuntivo representa un fuerte papel en la susceptibilidad para el desarrollo de prolapso y de los trastornos relacionados. La indagación del genotipo, la consistencia y composición de los tejidos “fasciales” endopélvicos, y la interacción de la remodelación enzimática es un área de intenso interés e investigación en la actualidad.

La multiparidad incrementa el riesgo de POP hasta 4.5 veces cuando hubo más de dos partos vaginales. Durante el trabajo de parto, debido a que el vértice desciende a través de la vagina, es posible que las fuerzas físicas sobre los tejidos pélvicos sean intensas. Los músculos, vísceras, tejido conjuntivo y nervios están susceptibles a sufrir una posible lesión. Las fuerzas de compresión y distensión se combinan para dañar los nervios del piso pélvico, lo cual conduce a isquemia y neuropraxia. Las fibras miofasciales se pueden alterar o romper, debido a la distensión que ejercen la cabeza y cuerpo del feto. Cuando los tejidos se lesionan, el cuerpo los repara. Los factores que afectan la reparación adecuada del tejido y la curación de las heridas también representan una función que aún debe determinarse en el desarrollo de POP.



Patogenia del prolapso genital. IMC: índice de masa corporal.

Fuente: EMC E-290-A-10. Elsevier Masson 2017.

Tratamiento:

Excepto en raras ocasiones, el prolapso de los órganos pélvicos es un trastorno que afecta no sólo la calidad de vida. En consecuencia, el grado y tipo de tratamiento deben reflejar y adecuarse al grado de impacto sobre la calidad de vida que sufra la paciente. La percepción de la paciente también es un componente esencial y la autoimagen y la incomodidad conceptual son pertinentes para cualquier discusión del tratamiento. Las razones comunes para intervenir son cuando la función se altera debido al prolapso. El prolapso anterior puede contribuir a incontinencia urinaria o, cuando es grave, a la obstrucción urinaria. El epitelio vaginal protuberante puede entrar en contacto con la ropa interior y, con el tiempo, es posible que desarrolle úlceras y erosiones por presión. Un defecto vaginal posterior se puede volver tan grande que se dificulte la evacuación fecal o que la paciente necesite reducir en forma manual la pared vaginal posterior hacia la vagina para facilitar la expulsión de las heces. Un prolapso grande puede afectar la movilidad. Todos los síntomas anteriores constituyen razones para discutir la posibilidad de una cirugía.

Las úlceras crónicas por decúbito en el epitelio vaginal pueden conducir a prolapso. Con el prolapso pueden ocurrir infecciones de las vías urinarias debido a prolapso vaginal anterior y con el prolapso puede haber obstrucción parcial de la uretra con hidronefrosis. A consecuencia del estreñimiento y del esfuerzo para defecar pueden presentarse hemorroides. La obstrucción del intestino delgado debido a enterocele profundo es un suceso raro.

Medidas conservadoras

La paciente con POP pequeño o moderado requiere que se le tranquilice acerca de que los síntomas de presión no son resultado de un trastorno grave y que, en ausencia de retención urinaria o de ulceración grave de la piel, no ocurrirá ninguna enfermedad grave. La historia natural del POP es de tal tipo que continuará igual o progresará. Si no hay síntomas, se tranquiliza a la paciente y se deja en observación el prolapso.

Vía alta o vía vaginal

Para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital hay tres alternativas posibles: la promontofijación o sacrocolpopexia (vía laparoscópica o laparotómica), la cirugía vaginal

con tejidos autólogos y la cirugía vaginal con refuerzo protésico. Los datos publicados hasta la fecha no permiten establecer una conducta basada en la evidencia.

Las técnicas quirúrgicas del prolapso, ya sea por vía alta o por vía vaginal, no están estandarizadas.

Cirugía por vía vaginal con tejidos autólogos

Una de las ventajas de la cirugía vaginal es que puede practicarse con anestesia locorregional. Esto permite disminuir el riesgo anestésico, que en algunas pacientes es considerable. Para tratar un prolapso por vía vaginal sin prótesis hay diversas técnicas quirúrgicas.

En la mayoría de los casos, esta cirugía autóloga debe asociar diversos artificios con el fin de tratar todos los niveles afectados por el prolapso. Las recidivas serían más frecuentes después de la cirugía sin prótesis de un prolapso anterior.

Necesidad de una histerectomía

El prolapso apical es producto de una debilidad de los medios de suspensión y de soporte. Por lo tanto, extirpar el útero no impide el prolapso del fondo vaginal restante. Prueba de ello son los prolapsos apicales consecutivos a una histerectomía. Si existe una patología uterina, al tratamiento del prolapso debe asociarse una histerectomía. En los otros casos, la decisión entre histerectomía y conservación uterina es menos evidente. En todos los casos hay que descartar previamente una patología endometrial. En caso de preservación uterina, no se conoce el porcentaje de pacientes que más adelante deberán someterse a una histerectomía. Su práctica prolonga la duración de la cirugía, provoca más hemorragias y alarga la convalecencia.

| Contraindicaciones para la preservación del útero. |
|---|
| Fibromiomas , adenomiosis, patología endometrial. Historia actual o reciente de displasia cervical. Sangrados menstruales anormales. Sangrado postmenopáusico. Antecedente familiar de gen BRCA 1 y 2 (Incremento teórico del riesgo de cáncer de ovario de salpinges y carcinoma seroso endometrial). Antecedente de cáncer de colon hereditario no polipósico (Incremento del 40-50% del riesgo de cáncer de endometrio). Terapia con tamoxifeno. Incapacidad de apego a la revisión ginecológica frecuente. |

Fuente: Uterine-preserving POP surgery. Gutman R. Maher C. Int Urogynecol J (2013) 24:1803–1813

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de Estudio: No experimental, descriptivo, retrospectivo, analítico. No probabilístico y secuencial.

Diseño de la investigación: Clínica epidemiológica

3.2 HIPÓTESIS

Estudio retrospectivo, No se realiza Hipótesis.

3.3 DESARROLLO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio, descriptivo y retrospectivo, en el Hospital general zona norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”, que incluirá a las pacientes que fueron sometidas a cirugía vaginal en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2015 y el 30 de julio de 2017.

De cada paciente incluida se llevará a cabo una revisión del expediente clínico (físico y/o electrónico) con la finalidad de obtener la información requisitada en el formato instrumento de recolección de datos.

A partir de esta información obtenida se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas de las pacientes estableciendo factores de riesgo, estadificación del prolapso de órganos pélvicos de acuerdo a la herramienta diagnóstica utilizada, técnica quirúrgica transvaginal realizada.

Se describió las complicaciones derivadas de dichos procedimientos quirúrgicos, en base a la nota subsecuente de revisión por la consulta externa.

Los resultados obtenidos se muestran mediante tablas y gráficas sobre las variables y los tipos de complicaciones de los procedimientos realizados en el Hospital general zona norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”.

3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se identificó a 42 pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos que fueron sometidas a cirugía vaginal en el periodo comprendido enero de 2015 hasta Julio de 2017.

Se solicitó a las autoridades correspondientes, tener acceso a los expedientes de pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos que fueron sometidas a cirugía vaginal en el periodo comprendido del 1 de Enero del 2015 al 31 de Julio del 2017, debido a que cada lustro se depura el archivo clínico, acorde a normatividad.

Una vez obtenidos los expedientes, se corroboró el diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos y la ejecución de la cirugía vaginal.

Se seleccionaron 27 casos que cumplieron con los criterios de inclusión y posteriormente se recopilaron los datos y se vaciaron a una hoja electrónica de Excel, que contenía las variables del estudio, posteriormente se procesaron estadísticamente para conocer los factores de riesgo y las complicaciones asociados en dichas pacientes.

Finalmente se emitieron resultados y conclusiones basadas en la información obtenida.

Ubicación espacio-temporal

El estudio se llevará a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital general zona norte de Puebla “Bicentenario del la Independencia”. Obteniendo información desde el 1 de Enero de 2015 hasta el 31 de Julio de 2017.

Criterio de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos quienes fueron sometidas a cirugía vaginal.
- Pacientes que cuenten con expediente clínico completo y que fueron atendidas en el Hospital General Zona Norte de Puebla.

Criterio de exclusión.

- Pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos quienes fueron sometidos a Histerectomía abdominal.
- Pacientes no candidatas a cirugía vaginal
- Suspensión de cirugía vaginal
- Pacientes que no se presentaron a la cirugía.
- Pacientes que no cuenten con expediente completo.

Criterio de eliminación.

- Pacientes sometidas a cirugía vaginal que no cuentan con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos.

Variables.

| VARIABLE | DEFINICIÓN | TIPO DE VIARIABLE | INDICADORES |
|-----------------|---|--------------------------|---|
| Edad | Tiempo que transcurre desde el nacimiento y el momento de la evaluación. | Variable discreta | Se expresa en años |
| Obesidad | Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo | Cualitativa dicotómica | Índice de masa corporal > 25m ² /Kg. |

| | | | |
|--------------------------------|---|------------------------|---------------------|
| Diabetes mellitus 2 | Enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas | Cualitativa dicotómica | Presente o ausente |
| Cirugía previa de piso pelvico | Operación quirúrgica que consiste en manipular los elementos de sustentacion del piso pelvico | Cualitativa dicotómica | Presente o asuente |
| Paridad multiple | Numero de embarazo | Cuantitativa continua | 3 o más embarazos. |
| Complicaciones quirurgicas | Evento adverso advertido o durante o despues de una cirugia. | Cualitativa continua | Presente o ausente. |

3.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

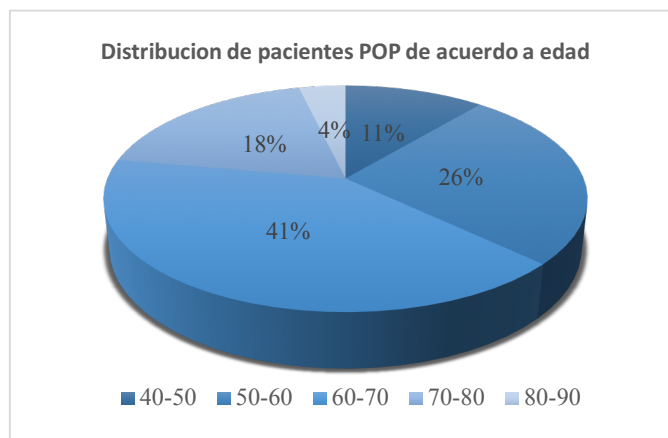
Se recopilaron datos de los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión y posteriormente se vaciaron a una hoja electrónica de Excel (Anexo 1), que contenía las variables del estudio.

Se realizaron tablas, graficas de barras y de pastel en una hoja electrónica de Excel para finalmente realizar el análisis estadístico.

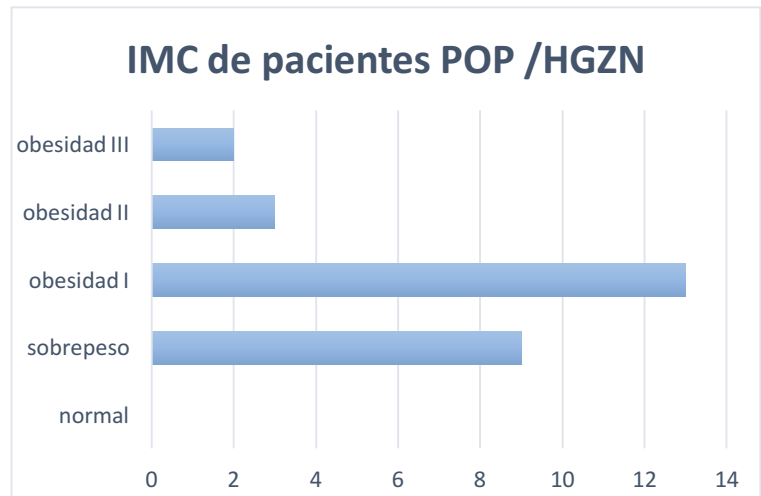
3.6 ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.

Se realizo un análisis descriptivo de las variables de las pacientes, identificando factores de riesgo asociados con apego a la literatura.

Se analizó una muestra de 42 pacientes. La edad media estima fue de 61.6 años (mínima 42, máxima 86 años)

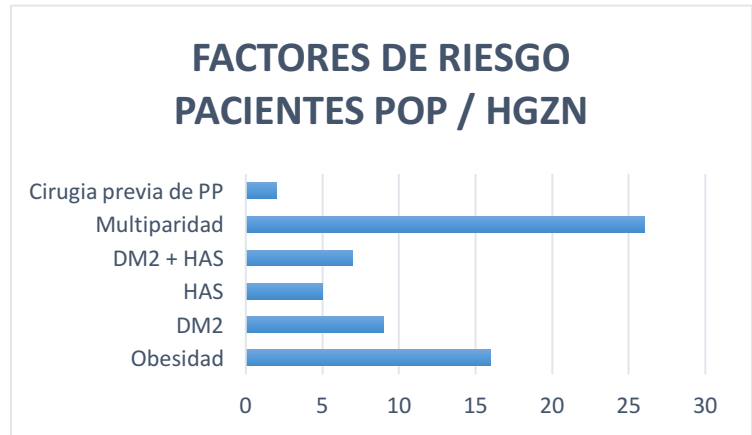


El índice de masa corporal de las pacientes predomina obesidad I y sobrepeso.

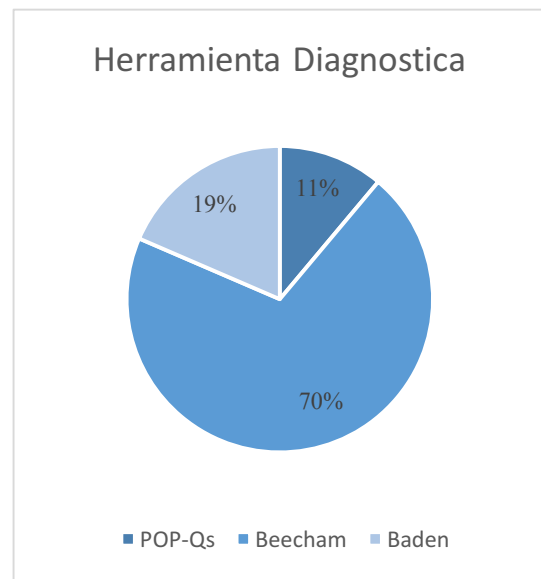


Se identificó a la multiparidad como principal factor de riesgo predominante para POP en las pacientes del HGZN.

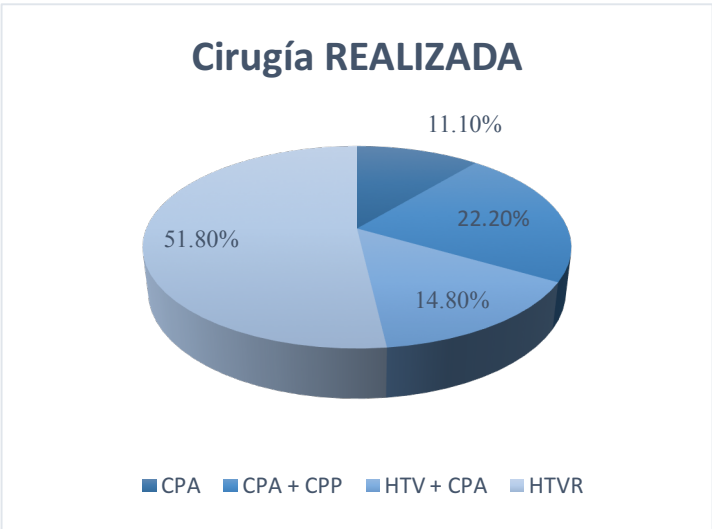
A demás se asocia comorbilidad ligada a diabetes mellitus 2 y Obesidad.



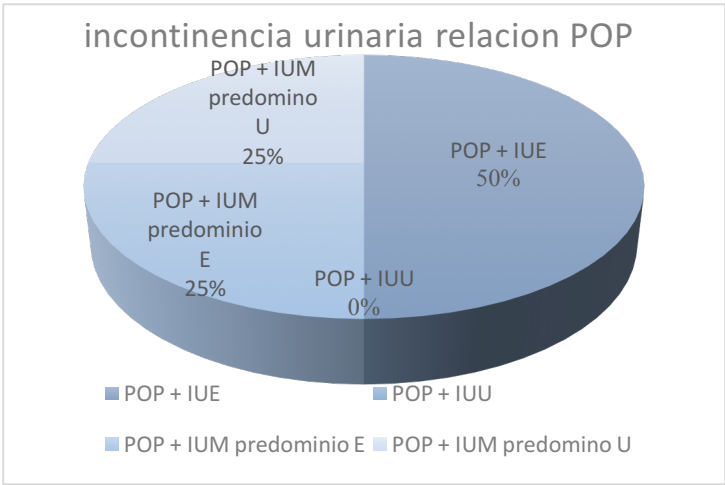
Se identificó a la clasificación por grados de Beecham como herramienta diagnóstica utilizada en la consulta externa en la programación preoperatoria, sobre la estadificación del POP-Qs



El tipo de cirugía realizada predomina la histerectomía reconstructiva (histerectomía vaginal, colpoplastia anterior y colpoplastia posterior).

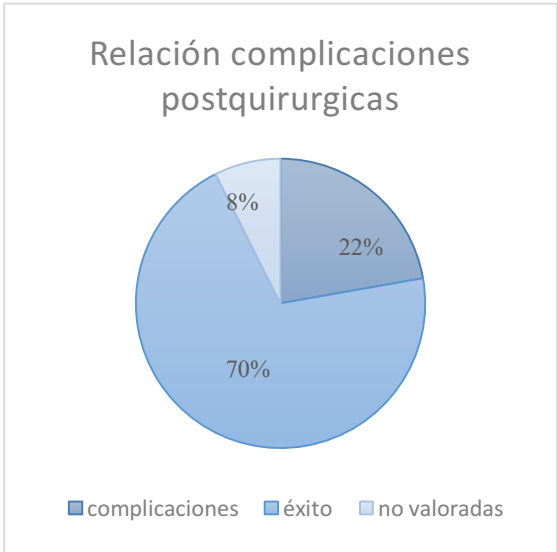


Resalta la relación de incontinencia urinaria de predominio esfuerzo en un 75% de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos.



Se identifico una relación de complicaciones en un 22%, de las cuales destacan infecciones del sitio quirúrgico en pacientes con comorbilidad asociada a obesidad y diabetes mellitus 2. Con buena respuesta terapéutica obteniendo éxito temprano en un 70% de paciente sometidas a cirugía vaginal el Hospital General Zona Norte Puebla.

Del total de de pacientes complicadas, asociadas a diabetes. por E colli y Gardnerella V. Porcentaje de asociación infección dm2.



3.7 DISCUSIÓN

Viviane Diets y Gutman en sus estudios discuten sobre la histerectomía vaginal como procedimiento de primera elección en muchos países. En México así como nuestra población nosocomial beneficiada, demostrado en el estudio Cochrane, se prefiere la histerectomía vaginal sobre la preservación del útero.

De acuerdo al estudio de Walker, en países como México en vías de desarrollo, se identifico la disfunción del suelo pélvico como una causa importante de morbilidad entre las mujeres adultas, especialmente a medida que envejecen, donde muchas pacientes prefieren mantener la enfermedad oculta y no reconocida, aunque las consecuencias socioeconómicas suelen ser graves, especialmente si esta asociado con sus funciones reproductivas.

El grupo de edad de nuestra población afectada así como la edad media, ronda la 6ª década de la vida al igual que Constantinni en sus estudio. Encontrando la limitación de la identificación de la función sexual femenina, donde no se hace énfasis en nuestro interrogatorio, dictando una pauta para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Barbalat y Shah, enfatizan cronológicamente la evolución de la cirugía vaginal desde los egipcios hasta la cirugía robótica, en procedimientos conservadores así como cirugía radical. Tomando como base la rápida evolución de la cirugía, alentando a la formación de nuevos grupos de trabajo que mejoren la experiencia clínica fomentando la modernización de nuestros quirófanos de acuerdo a las necesidades de nuestra población.

Los factores de riesgo de nuestra población, no varían de a la mencionada en la literatura, al igual que Tarney y Giraudet, hacemos énfasis en el mecanismo fisiopatológico, sobresaliendo la obesidad, la multiparidad y la edad como principales causas de prolapso de órganos pélvicos.

Las herramientas diagnosticas utilizadas para el diagnostico de POP en nuestro nosocomio, dejan en evidencia la forma pragmática de la consulta ginecológica, atacada por el volumen de pacientes y la carencia de tiempo que impide la adecuada

estandarización de los signos demostrados por Bump, donde la severidad del prolapso, el tipo de cirugía realizada y la cirugía ejecutada, pone en discusión el éxito terapéutico de las pacientes.

Sin embargo, la experiencia, pericia y aptitud de nuestro personal, destaca éxito terapéutico en la mayoría de nuestras pacientes evaluadas.

Ecuánime a Burrows, uno de los hallazgos sobresalientes son las escasas asociaciones sólidas entre los síntomas específicos evaluados y la gravedad del prolapso.

A demás concordamos nuestros hallazgos sobre la relación de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al grado de prolapso, ya que en nuestro estudio solo 6 pacientes presentaron esta comorbilidad, predominando la incontinencia de esfuerzo. Esto respaldando la teoría de que el prolapso avanzado obstruye la micción y la manifestación de la incontinencia de esfuerzo en algunas mujeres.

CAPITULO 4. CONCLUSIONES

El POP es una condición compleja que requiere atención individualizada del paciente.

El POP que genera un elevado costo institucional, y se ve limitado por recursos materiales y humanos.

El cirujano pélvico debe ser competente en varias técnicas quirúrgicas de prolapso para proporcionar la mejor atención a su paciente.

Los factores de riesgo de la población de estudio no varía respecto a la referencia internacional.

Se corrobora que la etiopatogenia del prolapso uterino es multifactorial, y cómo antecedentes predominantes edad avanzada, multiparidad y comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2 y obesidad).

Las características únicas del paciente y los objetivos del tratamiento deben tenerse en cuenta al decidir la ruta de la cirugía.

Las complicaciones pueden preverse con medidas generales disminución de peso, control metabólico en pacientes diabéticas, así como seguimiento frecuente por el servicio de ginecología.

4.1 LIMITACIONES

Una limitación de nuestro estudio es el hecho de que existe una marcada heterogeneidad entre la forma en que se diseñó y realizó. Por ejemplo, las diferencias en el tiempo de seguimiento por la consulta externa, las características basales de las pacientes (diferencias en la edad, estado preoperatorio del prolapso uterino, cirugía a realizar y cirugía ejecutada)

La verificación de recurrencias reclasificando con la herramienta estandarizada POP-Qs. Incluso las diferencias en la técnica quirúrgica, dificultan la agrupación de datos de todos las pacientes.

4.2 Recomendaciones

Siendo que los resultados obtenidos coinciden con la literatura internacional, se deberá promover la prevención en pacientes que presenten algún factor de riesgo con el fin de disminuir su incidencia y complicaciones.

El adecuado conocimiento de la anatomía y fisiología del piso pélvico, además de la fisiopatología del prolapso uterino son fundamentales al momento de planificar su tratamiento, permitiendo una reparación adecuada así como mejores resultados a lo largo del tiempo.

Actualmente existen novedosas técnicas como la colocación de citas de suspensión aunadas a la reconstrucción de piso pélvico, y asistencia por cirugía mínima invasiva laparoscópica hasta cirugía robótica.

En nuestro hospital, las diferentes técnicas quirúrgicas para reconstrucción de piso pélvico, se ven limitadas por situación administrativa de recursos materiales y humanos. La cirugía vaginal ocupa el tercer lugar de cirugías programadas por la consulta externa de ginecología, (después de las laparotomías y otras como cirugía de mama o retiros de cuerpos extraños, incluso obstétricas del control de la fertilidad de intervalo), con una buena tasa de éxito a corto plazo comparado con la literatura mundial.

Se demuestra un estudio novedoso al no contar con estudios de cirugía vaginal previos en nuestro hospital que sentará las bases para futuros estudios prospectivos en cuanto nuevas técnicas quirúrgicas, al incorporar a nuevos médicos con habilidad y adiestramiento en técnicas mínimas invasivas. Nuestros residentes, en sus rotaciones adquieren y promueven habilidades que mejoran la experiencia clínica así como el beneficio de nuestra población de pacientes. Llegando el punto en el que nuestro hospital sea portador de un servicio exclusivo de uroginecología que permitirá el desarrollo académico y administrativo de nuestro nosocomio.

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

Dr. José Luis Saldivar González

Residente 4º año

Ginecología y Obstetricia.

Hospital General Zona Norte de Puebla.

Dr. David Escalona Sosa.

Ginecólogo Obstetra.

Perinatólogo

Medico adscrito GYO en HGZN.

Profesor titular.

Asesor metodológico.

REFERENCIAS

1. Dietz V, Schraffordt Koops SE, Van der Vaart CH. Vaginal surgery for uterine descent; which option do we have? A review of the literature. *Int Urogynecol J* 2009.
2. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
3. Burrows L, Meyn L, Walters M, et al. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2004.
4. Godfrey J, Walker & Prasanna Gunasekera. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *Int Urogynecol J* 2011.
5. M Doaee, Moradi-Lakeh M, Nourmohammadi A et al. Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2011.
6. Gutman R. Maher C. Uterine-preserving POP surgery. *Int Urogynecol J* 2013.
7. E. Constatini, M. Porena, M. Lazzeri, et al. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. *Int Urogynecol J* 2013.
8. Shah SS, Sultan AH, Thakar R. The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2006.
9. Barbalat Y, Tunungultla R. Surgery for pelvic organ prolapse: A Historical Perspective. *Curr Urol Rep* 2012.
10. Cvach K, Dwyer P. Surgical management of pelvic organ prolapse: abdominal and vaginal approaches. *World J Urol* 2012.
11. Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996.
12. Tizzano A, Fidela PR. The evolution of pelvic surgery. <http://www.augs.org/p/cm/ld/fid01>. 2012.
13. Baskett TF. Hysterectomy: evolution and trends. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005.
14. Downing KT. Uterine prolapse: from antiquity to today. *Obstet Gynecol Int.* 2012.

15. Sung VW. Costs of ambulatory care related to female pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2010
16. Frick AC, Walters MD, Larkin KS, et al. Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2010.
17. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared Vaginal Anterior (Cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo IMSS-263-10
18. Barber MD. Contemporary views on female pelvic anatomy. *Cleve Clin J Med* 2005
19. Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2015
20. G. Giraudet, J.-P. Lucot, J.-F. Quinton, M. Cosson. Prolapsos genitales. EMC E-290-A-10. *Elsevier Masson* 2017.
21. Alan H. DeCherney, MD et al. Lange Diagnostico y tratamiento ginecobstetricos. 11^a Ed. McGraw Hill. Capitulo 42. Pag. 687-700. México 2014.

Anexo 1. Hoja de recolección de datos.

| Hoja de recolección de datos. Dr. José Luis Sánchez RASCO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|-----------------------------------|-------------|-------------------------|------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|-----|-----|---|
| INCIDENCIA Y COMPLICACIONES DE CIRUGÍA VAGINAL POR PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS EN EL HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE PUEBLA. | | | | | | | | | | | | | | | | | | INTEGRACIONES | | | |
| Nº | No. expediente | paciente | edad (años) | de gira quirúrgico | HAC | EMG | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | HAB | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | no programada |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 9646 | DE BENITO RODRIGUEZ M ELENA | 51 | POP Grado 2 + UE | 32 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña - gineco - ginecomastia / mastectomía + C. col. Se da de tratamiento |
| 2 | 8713 | DE LAS AMONAS NADIA | 62 | POP 77 | 38.1 | x | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | diarrea - ingesta pastosa de salada de microorganismos BPF - CV endometrio - endometriosis |
| 3 | 1370 | DE LA FARMACIA DINA BETHEA | 51 | POP Adia Grado 3 | 30.6 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña alta del conducto |
| 4 | 7640 | DE VIZCARRA MARIA LUCIA | 76 | POP Grado 3 | 34 | | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | no actual a Hospital |
| 5 | 8870 | DE LOPEZ BRUNO LUCYFERA | 43 | POP Grado 3 | 40.9 | | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña alta del conducto |
| 6 | 9996 | DE JAZMIN TRENDA JAZMIN | 64 | POP Grado 3 | 36.5 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña en BPF - ingesta 7% - endometriosis - tumor referido TMO |
| 7 | 10366 | DE ROSA SANCHEZ MARIA | 51 | POP Grado 3 | 39.3 | x | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña - alta del conducto en BPF |
| 8 | 10144 | DE ROSA VAGUELA ROSALBA | 66 | POP Grado 3 + OPAC1 | 28.9 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña alta en BPF |
| 9 | 10304 | DE GARCIA BETSABE MARTHA ELENOIDA | 65 | POP Adia Grado 3 | 30.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña alta |
| 10 | 10300 | DE SANCHEZ MARCO JOSE MARIA ELENA | 38 | POP Grado 3 + UMSI | 34 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña / CV de la tromba |
| 11 | 10260 | DE JARAMILA LINDA ROSA EVA | 52 | empaña Grado 2 | 28.3 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña alta |
| 12 | 10773 | DE GONZALEZ GABRIEL TERESA | 68 | POP Grado 4 | 33 | x | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | ALTA |
| 13 | 10782 | DE VIZCARRA ROSALBA | 73 | POP Adia Grado 4 + UMSI | 27 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | insuficiencia + C. colitis con la amputación de BPF |
| 14 | 12968 | DE LOS VIZCARRA DE LOPEZ DINA | 48 | Coloide Grado 2 + UMSI | 27 | x | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 15 | 14490 | DE LOS VIZCARRA ROSALBA | 72 | POP Grado 3 | 30.5 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | empaña alta |
| 16 | 10771 | DE VIZCARRA ROSALBA | 52 | POP Grado 2 + UMSI | 29 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Autonomía alta |
| 17 | 13388 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 69 | POP Grado 3 | 29 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Autonomía BPF - NEC - endometrio - subrotado |
| 18 | 13950 | DE VIZCARRA ROSALBA | 63 | empaña Grado 3 | 34.3 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado - endometrio - endometrio |
| 19 | 14024 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 72 | POP Grado 3 | 39.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Autonomía alta BPF - ginecomastia - ginecomastia |
| 20 | 12011 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 57 | POP Grado 3 | 34 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Autonomía BPF - ginecomastia - ginecomastia |
| 21 | 13011 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 74 | POP Grado 4 | 39 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | No aplica. No se realiza. Ingreso diciembre 2016. Tratamiento subrotado. Sin BPF |
| 22 | 13222 | DE GONZALEZ ROSALBA | 65 | POP Grado 3 + UMSI | 28 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Se refiere con cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 23 | 13274 | DE JANA CASTILLO VERONICA | 42 | POP Grado 3 + UMSI | 40 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Dieta - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 24 | 12423 | DE MARTINEZ ROSALBA | 66 | POP Adia Grado 3 | 34 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Autonomía BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 25 | 12848 | DE JARAMILA LINDA ROSA EVA | 68 | POP Grado 4 | 37.6 | x | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Autonomía BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 26 | 12813 | DE JARAMILA LINDA ROSA EVA | 66 | POP Grado 4 | 30 | | | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 27 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 28 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 29 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 30 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 31 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 32 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 33 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 34 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 35 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 36 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 37 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 38 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 39 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 40 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 41 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |
| 42 | 14010 | DE MONTEFRANCISCO ESTERITA | 68 | POP Grado 3 + UMSI | 40.3 | x | x | OPAC1 | no | | | | | | | | | | | | Saldo de otros con subrotado. Cuadro clínico de tipo BPF - ginecomastia - ginecomastia - ginecomastia |