

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL DOCTOR FERNANDO VELEZ PAIZ



Tesis para optar al título de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Tema:

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Autor:

Dra. Rosmery Del Carmen Real Montalván.

Tutor:

Dra. Tamauritania Calderón Vellejos.

Especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital Fernando Vélez Paiz.

Asesor Metodológico:

Dr. Osvaldo Obando.

Especialista en Pediatría Hospital Fernando Vélez Paiz.

MSC en Salud Pública UNAN-Managua.

Marzo de 2023

Opinión del tutor

Como tutor de la tesis titulada “Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vélez Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021”, Elaborada por la Dra. Rosmery del Carmen Real Montalván, para obtener el título Especialista en Ginecología y Obstetricia, hago constar que el tema de investigación es pertinente, oportuno y con resultados aplicables para mejorar la atención y los resultados de las pacientes que acuden a la consulta de nuestra institución por Prolapso de Órganos Pélvicos. Por otra parte he visto en la Dra. Real mucha disciplina y dedicación en la realización de su tesis, lo cual se ve reflejado en la presentación de su tesis que responde a las necesidades planteadas.

La tesis cumple con el rigor metodológico, científico y funcional a dar unas pautas para mejorar la atención de las pacientes. Por tanto hago constar que la tesis reúne los estándares científicos y metodológicos exigidos por la UNAN-Managua para ser presentada y sometida a evaluación.

Felicito a la autora, por haber realizado con mucha responsabilidad el desafío de la tesis y haber finalizado exitosamente este proyecto.

Dra. Tamauritania Calderón.

Tutora

Dedicatoria

Dedico mi tesis a mi madre, que no pudo verme personalmente, pero que desde el cielo guía cada uno de mis pasos, sin su recuerdo y todos los valores que me inculcó no hubiese podido hacer esto, al día de hoy sería mi mejor amiga.

A mi hijo Yelsito Eduardo, quien me ha dado el valor y el aguante para superar cada obstáculo que he tenido en mi vida desde su existencia, sin el todo sería distinto.

A mi esposo quien siempre da lo mejor de su parte y hemos ido creciendo como personas dándonos apoyo mutuo. Pilar fundamental en mi vida.

Agradecimientos

Agradecer al padre Celestial por todas las bendiciones que ha traído a mi vida, por haberme dado la oportunidad de estudiar una especialidad médico-quirúrgica en el Hospital que hasta el momento es el más completo que existe en el País.

A todos los profesores que he tenido, principalmente a los que me han tratado de una manera excepcional y han contribuido a mi formación personal de una manera inigualable.

A mi tutora, Dra. Tamauritania Calderón, por su disponibilidad y apoyo incondicional. A mi asesor metodológico Dr. Osvaldo Obando, quien me brindo la ayuda necesaria para la realización del estudio.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo correlacional acerca de los resultados de las cirugías correctivas de POP y factores asociados a recidivas en pacientes intervenidas en el Hospital Fernando Vélez Paiz de enero 2018 a diciembre 2021, se estudiaron un total de 60 pacientes, entre las edades de 38-88 años, la mayoría de procedencia urbana (49) y sin ningún grado de escolaridad (25), además 53% sin comorbilidades. De los hábitos presentes en la población el más frecuente fue el estreñimiento, presente en el 21.7% de la población. En cuanto a las gestas podemos decir que la mayoría fueron multigestas y grandes multigestas con 35% y 40% respectivamente y que el 90% de la población se encontraban en la menopausia.

La sintomatología encontrada en pacientes portadoras de POP son la sensación del bulto en vagina (80%) y la sensación de peso (61%), los demás síntomas se presentaron en menor proporción.

La recurrencia posterior a la cirugía es de 55%, el periodo de tiempo en el que mayormente se realizó el diagnóstico fue de los 6 a 12 meses. Los síntomas más frecuentes que estaban presentes en las pacientes con recidiva fueron la sensación de peso y de bulto en la vagina siendo de 63% y 57% respectivamente.

Solo 3 de las pacientes en estudio presentaron complicaciones representando el 5% de la población en general, siendo dehiscencia de sitio quirúrgico, lesión vesical y retención urinaria con el 1% para cada una de ellas.

Con respecto a los factores demográficos y antecedentes personales asociados a recidiva, para la edad las mayores de 60 años la frecuencia fue del 61.4%, el valor de P mediante la prueba de T Student mostró un valor de p 0.008. En las mujeres analfabetas, la frecuencia de recurrencia

de POP es 72%, con un valor de $p= 0.02$. Respecto a la paridad la recurrencia de pop aumentaba al ser esta mayor, las mujeres que tenían más de 6 partos presentaron 70% de recurrencia de POP, en cambio las mujeres que tenían entre 1-5 partos su frecuencia era del 47.5%, con valor de $P= 0.08$. Respecto a la presencia o no de enfermedades crónicas, no hubo diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos. Con respecto a la recidiva de POP y algunos factores de riesgo, en las pacientes que tenían tabaquismo y alcoholismo fue similar en quienes presentaban o no presentaban estos hábitos patológicos (50% vs 50%). Este comportamiento también se observó en los pacientes con el antecedente de sedentarismo. En las pacientes que tenían el antecedente de estreñimiento presentaron mayor frecuencia de recidivas de POP, con un 69.2%, valor de $p=0.24$. En las pacientes con obesidad la prevalencia de recurrencia fue menor en comparación a las pacientes con peso normal. En cuanto a los procedimientos quirúrgico que mayores recidivas reportan esta es la histerectomía vaginal 76.9%, y la colpoplastia anterior con 58.7%, el método que presento menores recidivas es la histerectomía vaginal reconstructiva 45 %; observando que para todo el valor de p es igual (0.15).

Palabras clave: Prolapso de órganos pélvicos (POP), recurrencia, factores asociados.

Abstract

A descriptive correlational study was carried out on the results of POP corrective surgeries and factors associated with recurrences in patients operated on at the Fernando Vález Paiz Hospital from January 2018 to December 2021, a total of 60 patients were studied, between the ages of 38-88 years, the majority of urban origin (49) and without any degree of schooling (25), also 53% without comorbidities. Of the habits present in the population, the most frequent was constipation, present in 21.7% of the population. Regarding the deeds we can say that the majority were multi-pregnant and large multi-pregnant with 35% and 40% respectively and that 90% of the population were in menopause.

The symptoms found in patients with POP are the sensation of a bulge in the vagina (80%) and the sensation of weight (61%), the other symptoms occurred in a lesser proportion.

The recurrence after surgery is 55%, the period of time in which the diagnosis was mostly made was from 6 to 12 months. The most frequent symptoms that were present in the patients with recurrence were the sensation of weight and bulge in the vagina, being 63% and 57% respectively.

Only 3 of the patients in the study presented complications, representing 5% of the general population, being dehiscence of the surgical site, bladder injury and urinary retention with 1% for each of them.

With respect to demographic factors and personal history associated with recurrence, for age those over 60 years the frequency was 61.4%, the P value using the Student T test showed a p value of 0.008. In illiterate women, the frequency of recurrence of POP is 72%, with a value of $p=0.02$. Regarding parity, POP recurrence increased as it was greater, women who had more than 6 deliveries presented 70% of POP recurrence, while women who had between 1-5 deliveries their

frequency was 47.5%, with a value of $P= 0.08$. Regarding the presence or absence of chronic diseases, there was no statistically significant difference in both groups. Regarding the recurrence of POP and some risk factors, in the patients who had smoking and alcoholism it was similar in those who presented or did not present these pathological habits (50% vs 50%). This behavior was also observed in patients with a history of sedentary lifestyle. In the patients who had a history of constipation, there was a higher frequency of POP recurrences, with 69.2%, p value=0.24. In obese patients, the prevalence of recurrence was lower compared to patients with normal weight, with a value of $p=0.35$. Regarding the surgical procedures that report the highest recurrences, this is vaginal hysterectomy 76.9%, and anterior colpoplasty with 58.7%, the method that presented fewer recurrences is reconstructive vaginal hysterectomy 45%; noting that for all the value of p is equal (0.15).

Keywords: Pelvic organ prolapse (POP), recurrence, associated factors.

Índice de Principal

1.	Introducción	1
2.	Antecedentes	2
2.1	Globales.....	2
2.2	Latinoamérica.....	3
2.3	Nicaragua	4
3.	Justificación	7
3.1	Originalidad y conveniencia:	7
3.2	Valor teórico:.....	7
3.3	Relevancia social:.....	7
3.4	Utilidad metodológica:	8
3.5	Implicación práctica económica, social y productiva:	8
4.	Planteamiento del Problema	9
5.	Objetivos.....	11
5.1	Objetivo general:	11
5.2	Objetivos específicos:	11
6.	Marco teórico	12
6.1	Definición.....	12
6.2	Anatomía del suelo pélvico	13
6.3	Clasificación.....	16

6.4 Factores de riesgo.....	20
6.5 Cuadro clínico	22
6.6 Tratamiento	24
6.6.1 Tratamiento conservador	24
6.6.2 Tratamiento quirúrgico	28
6.7 Complicaciones del tratamiento quirúrgico.	35
6.8. Factores de riesgo para recidiva	35
7. Hipótesis de investigación	37
8. Diseño Metodológico.....	38
8.1 Tipo De Estudio	38
8.2 Área de estudio.....	38
8.3 Periodo de estudio	38
8.4 Universo y muestra.....	39
8.5 Criterios de inclusión y exclusión	40
8.5.1 Criterios de inclusión.....	40
8.5.2 Criterios de exclusión	40
8.6 Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI).....	41
8.7 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos e información.....	48
8.7.1 Técnicas descriptivas	48
8.7.2 Instrumento y procedimientos para la recolección de datos e información.	48

8.8 Plan de tabulación y análisis estadístico de los datos.....	49
8.9 Normas de ética.....	50
9. Resultados.....	51
9.1 Características sociodemográficas y antecedentes personales patológicos y no patológicos:	51
9.2 Manifestaciones clínicas de las pacientes con POP.	52
9.3 Prevalencia de recidiva de POP	52
9.4 Complicaciones postquirúrgicas.	53
9.5 Relación/asociación de la recidiva del POP con las características sociodemográficas- antecedentes personales, hábitos de riesgo de las pacientes y técnica quirúrgica usada.	53
10. Discusión.....	55
11. Conclusiones.....	60
12. Recomendaciones	61
12.1 A las autoridades del Ministerio de Salud:.....	61
12.2 Al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz:	61
12.3 A las pacientes en general:	61
13. Limitantes del estudio.	62
14. Referencias bibliográficas.....	63
15. Anexos	69

15.1 Instrumento de recolección de datos e información.....	69
15.2 Tablas y figuras de los resultados:	72

Índice de Figuras

Figura 1. Niveles de suspensión vaginal.	13
Figura 2. Dinámica muscular	15
Figura 3. Puntos de referencia clasificación POP Q.	17
Figura 4. Cuadrícula clasificación POP Q.	19
Figura 5. Diferentes tipos de pesarios.	27
Figura 6. Pasos para realización de colpoplastia anterior.	31
Figura 7. Colpoplastia posterior.	33
Figura 8. Perineoplastia.	34
Figura 9. Edad de las pacientes en estudio.	72
Figura 10. Distribución porcentual de los pacientes según la presencia o ausencia de antecedentes patológicos.	74
Figura 11. Hábitos patológicos en las pacientes a estudio.	76
Figura 12. Hábitos patológicos presentes en la población.	76
Figura 13. Menopausia.	77
Figura 14. Diagnóstico de POP previo a la cirugía.	78
Figura 15. Recurrencia del prolapso.	80
Figura 16. Diagnóstico de las pacientes con recidiva de POP.	80

Índice de Tablas

Tabla 1.	Estadios del POP-Q.	19
Tabla 2.	Características sociodemográficas de la población en estudio.....	73
Tabla 3.	Antecedentes patológicos encontrados	75
Tabla 4.	Gestaciones.	77
Tabla 5.	Sintomas presentes al momento del diagnóstico de POP.	78
Tabla 6.	Tipo del procedimiento quirúrgico para manejo de POP.....	79
Tabla 7.	Comolicaciones post quirúrgicas..	79
Tabla 8.	Tiempo de recurrencia desde la cirugía hasta la recidiva..	81
Tabla 9.	Síntomas y Signos en las Pacientes con Recidiva De POP	81
Tabla 10.	Tratamiento utilizado en las pacientes con recidiva.	82
Tabla 11.	Recidiva de POP según características sociodemográficas y antecedentes personales.....	83
Tabla 12.	Recidiva de POP Según Hábitos Patológicos Presentes en la Población.	84
Tabla 13.	Recidiva de POP Según el Procedimiento Quirúrgico.	85

Abreviaturas

AUGS. Sociedad Americana de Uroginecología.

ICS: Sociedad Internacional de Continencia.

POP-Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification System.

HFVP: Hospital Fernando Vélez Paiz.

POP: Prolapso de órganos pélvicos.

HG: Hiato genital.

CP: Cuerpo perineal.

LTV: Longitud total de vagina.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y obstetricia.

MOVI: Matriz de operacionalización de variables.

RCD: Recidiva

PVVS: Paciente que vive con el virus del SIDA.

1. Introducción

Inicialmente el prolapso de órganos pélvicos fue definido como "el descenso de uno o más órganos que tienen relación con la pared anterior, posterior o el ápice de la vagina o cúpula vaginal después de la histerectomía" haciéndose uso de estos términos de manera subjetiva sin ninguna estandarización (Collins et al., 2021).

A partir del 2001 la Sociedad Americana de Uroginecología (AUGS) y la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) proponen un sistema que pretende estandarizar los términos del prolapso; POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) con modificaciones de Baden Walker Half Way; dicho sistema tiene objetivos, medibles y reproducibles; por consiguiente facilita la comunicación entre examinadores, el diseño de proyectos de investigación y la planeación más eficiente y adecuada del abordaje de la paciente (Haylen et al., 2010).

En los antecedentes, la búsqueda bibliográfica realizada mostró poca evidencia científica sobre los factores de riesgo para la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos, tras un procedimiento quirúrgico. La frecuencia de recurrencia se encuentra entre el 10 al 33%, en donde los principales factores de riesgo fueron paridad, índice de masa corporal, constipación crónica, levantamiento de objetos pesados, edad mayor. No hay un análisis comparativo sobre la efectividad de los procedimientos quirúrgicos, aunque el estudio Zepeda Lara (2021), mostró menor recurrencia en la paciente con colpocleisis de Lefort los datos no son suficientes para demostrar alguna teoría.

La presente investigación se encuentra dentro de las líneas de investigación y prioridades del ministerio de salud e instituciones universitarias, la cual proporcionará información científica

sobre la recurrencia de POP, necesaria para generar nuevas acciones que beneficiará a la población en general y podría contribuir en disminuir los costos en la en reintervenciones quirúrgicas.

La recurrencia del prolapso después de un procedimiento quirúrgico es un problema difícil y complicado y los factores que lo promueven o lo previenen no están bien definidos. En este estudio se pretende investigar la frecuencia de la recidiva de prolapso de órganos pélvicos tras su tratamiento quirúrgico y los factores asociados a la misma, en un grupo de pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vélez Paiz (HFVP). Esto se logrará mediante la elaboración de este estudio descriptivo, de corte transversal con datos retrospectivos y con un análisis correlacional, que mediante el análisis estadístico de las variables podrá responder las interrogantes planteadas.

2. Antecedentes

2.1 Globales

Jeon y colaboradores (2008), realizaron un estudio retrospectivo de 212 expedientes médicos de pacientes sometidas a cirugía reconstructiva (incluida colpoplastia anterior y posterior e histerectomía transvaginal). En este estudio se encontró una frecuencia de recurrencia del 10% tras un período de seguimiento de 24 meses. Los factores asociados a la recurrencia fueron características propias de la paciente incluida paridad, índice de masa corporal, constipación crónica, levantamiento de objetos pesados, edad y la terapia de reemplazo hormonal tuvieron influencia, aunque no fueron considerados factores independientes. Sin embargo, el estadio IV pre quirúrgico fue un factor de riesgo independiente. En este estudio, los análisis realizados fueron agrupados por compartimentos apical, anterior y posterior según el diagnóstico pre quirúrgico.

Chang y colaboradores (2021), realizaron una revisión de expedientes que abarco un período de 10 años desde 2004 hasta 2014, en un hospital de la localidad de Cleveland. El objetivo de este estudio era el de identificar factores de riesgo para la recurrencia tras sacrocolpoplexia en cualquier modalidad. Se identificaron como casos aquellos que presentaron, tras sacrocolpoplexia recidiva anatómica, síntomas pélvicos o requirieron cualquier otra forma de retratamiento. Utilizaron un radio de caso: control de 1:4, emparejados por cirujano y fecha de cirugía. Dentro de las variables analizadas, aquellas pacientes que recibieron colpoplastia anterior concurrente y aquellas con un hiato genital mayor o igual a 4 cm tendrían mayor riesgo de recurrencia.

Liu y colaboradores (2022), publicaron un estudio con diseño metodológico similar al anteriormente presentado, centrándose en las características clínicas y ultrasonográficas del piso pélvico de pacientes con recurrencia de prolapso en pacientes que fueron sometidas a técnicas de reparación quirúrgica con injertos pélvicos vía transvaginal. La definición de caso incluyó los hallazgos ultrasonográficos además de las características clínicas y síntomas. Nuevamente se encuentra el hiato genital preoperatorio como un factor determinante de las recurrencias.

2.2 Latinoamérica

Hernández y colaboradores (2018), en un estudio observacional descriptivo en el cual se realizó el seguimiento de 41 pacientes manejadas por sacrocolpoplejia laparoscópica en La Habana, Cuba. En esta serie de casos se tuvo una media en la duración de seguimiento de 7 años, significativamente mayor a otros estudios encontrados durante la revisión bibliográfica. Se encontró también una tasa de recurrencia baja y no se estableció relación estadística con los factores estudiados, aún con aquellas condiciones premórbidas que condicionan la recurrencia como se ha observado en otros estudios citados en este trabajo.

2.3 Nicaragua

Zeledón (2008), presenta un seguimiento con una duración media de un año en pacientes tratados por Prolapso de órganos pélvicos en la ciudad de León, Nicaragua. En este estudio se encuentra un aumento progresivo de las tasas de recurrencia hasta en un 33%. Este estudio fue netamente descriptivo, sin embargo, no describe de manera precisa la definición de caso para la recurrencia de Prolapso. Dentro de los estadísticos para factores asociados se encuentra multiparidad y gran multiparidad en el 100% de los casos asociados por lo que no se procedió a mayores análisis.

Alfaro y Mendoza (2010), en León, realizaron un estudio retrospectivo en 2010 que incluyó datos de 4 años con un total de 208 pacientes, obteniendo una frecuencia de recurrencias del 11%. A pesar de que el tiempo que abarcó el estudio fue de 4 años, la media de seguimiento fue de 24 meses. Sobre los factores de riesgo, aparecen asociados el tabaquismo, el índice de masa corporal y el estreñimiento. Pese a que se aborda el nivel formativo del médico tratante como un factor asociado, la falta de un pareamiento entre pacientes que presentaron recidivas y pacientes que no las presentaron exige precaución al interpretar estos hallazgos.

Gutierrez Toruño (2015), Con un enfoque orientado a las sintomatologías urinarias que provocan las alteraciones del suelo pélvico, entre ellas el POP, se investigaron en un grupo de 98 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. La mayoría de las pacientes eran multíparas, con partos vaginales y con presencia de POP con cistocele (84%) y rectocele (44%). Las cirugías más realizadas fueron colpoplastia e histerectomía, pero en la parte uroginecológica se emplearon malla TOT o la operación de Burch. El 2.3% de las pacientes presentaron sintomatología de recidiva a los dos años de seguimiento.

Zepeda Lara (2021), realizó un estudio sobre recidiva de prolapso de órganos pélvicos en pacientes con POP grado VI. Las pacientes tuvieron síntomas de sensación de cuerpo extraño (22.9%) e incontinencia urinaria (17.1%), el abordaje quirúrgico más frecuente fue colporrafia anterior. El segmento con mayor frecuencia de recurrencia fue el segmento anterior con grados II y III del segmento Ba. El estudio demostró correlación la sintomatología urinaria y el grado de descenso del segmento anterior, así como el grado de recidiva según el tipo de técnica quirúrgica pero este análisis bioestadístico no es correcto y no se tomaba en cuenta otros factores influyentes.

La revisión de la literatura mostró escasez en la producción científica enfocada a la identificación metódica de factores de riesgo para la recurrencia tras la corrección quirúrgica del prolapso de órganos pélvicos, sobre todo la producción regional latinoamericana. Además, se encuentran como metodologías utilizadas con mayor frecuencia el estudio de casos-controles y las cohortes retrospectivas.

3. Justificación

3.1 Originalidad y conveniencia:

Basado en la búsqueda de la literatura realizada, se encuentra un vacío en el tema a abordar, no en cuanto a una deficiente caracterización sino en cuanto a falta de un enfoque que permita establecer las correlaciones de este fenómeno (Prolapso de órganos pélvicos) con factores asociados al paciente, a la patología o a la técnica quirúrgica usada para su corrección. Es de prioridad para el Ministerio de salud la investigación de patologías que afectan la salud sexual y reproductiva de la mujer, con esta investigación se estará contribuyendo con información actualizada.

3.2 Valor teórico:

Dado que la elección de la técnica quirúrgica se individualiza en base a la presentación particular de la paciente, reconocer a grupos de pacientes con alto riesgo de recidiva da mayor sustento al proceso de toma de decisión clínica. Este estudio ofreció evidencia científica y adecuada a nuestro contexto para favorecer la toma de decisiones clínicas respecto al manejo de las pacientes sometidas a cirugías de reparación.

3.3 Relevancia social:

Esta investigación tiene trascendencia a toda la población, debido a que la complejidad que rodea al prolapso de órganos pélvicos pese a que no es una entidad que amenace la vida, repercute profundamente en la calidad de vida de las pacientes y esto crea carga sobre los familiares. Con los datos obtenidos se puede generar información útil para mejorar la atención médica y quirúrgica, mejorando significativamente la satisfacción de las pacientes.

3.4 Utilidad metodológica:

Se pone de manifiesto las estrategias metodológicas para el análisis de tratamientos y sus resultados cuyos factores no pueden ser completamente aleatorizados, incluyendo la elección del tratamiento mismo. Sin embargo, enfatiza las opciones disponibles para examinar y reflexionar sobre nuestra propia práctica.

Dicho esto, se recalca que este estudio se orienta no solo a una estimación de la frecuencia de prolapso o de su recidiva, sino al análisis de factores que pueden pasar por desapercibido y que influirán en el resultado final. Uno de ellos, la técnica quirúrgica elegida.

3.5 Implicación práctica económica, social y productiva:

Las recidivas aumentan los esfuerzos e investigación ya que son motivos de corrección quirúrgica lo que causa costos mayores para los sistemas de salud alrededor del mundo e insatisfacción por las pacientes.

4. Planteamiento del Problema

El prolapso de órganos pélvicos es una patología que no representa un aumento en la mortalidad de las pacientes que lo presentan. Sin embargo, impacta profundamente en la calidad de vida. Por ello las indicaciones para su manejo quirúrgico se basan tanto en la severidad del prolapso cuantificada mediante el sistema POP-Q como por la severidad de la sintomatología asociada al caso.

Aunque las técnicas utilizadas han sido mejoradas continuamente, la recidiva tras la intervención continúa siendo importante sobre todo en las técnicas de pared anterior. Por ello, la valoración de los factores asociados a prolapso permite dirigir la selección de técnicas específicas y la decisión de utilizar mallas de reforzamiento sintéticas.

En el HFVP en el área de ginecología se diagnostica, trata y da seguimiento a las pacientes con POP, pero no hay datos disponibles respecto a los factores que se asocian a la recurrencia según las características del paciente o la técnica quirúrgica empleada.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los resultados de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y los factores asociados a recidivas en pacientes atendidas en HFVP, Enero 2018-Diciembre 2021?

Las preguntas de *sistematización* correspondiente se plantean a continuación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes manejadas quirúrgicamente por prolapso de órganos pélvicos en esta unidad?

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos en estudio?

¿Cuál es la prevalencia de recidiva de prolapso de órganos pélvicos en las pacientes sometidas a cirugía correctiva?

¿Cuáles son las complicaciones post quirúrgicas que presentan las pacientes en estudio?

¿Cuál es la relación entre la recidiva de prolapso de órganos pélvicos, las características y patologías de cada paciente y la técnica quirúrgica utilizada?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general:

Conocer los resultados de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y los factores asociados a recidivas en pacientes atendidas en HFVP, Enero 2018-Diciembre 2021.

5.2 Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y antecedentes personales de las pacientes en estudio atendidas en la unidad.
2. Mencionar las manifestaciones clínicas de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos en estudio.
3. Identificar la prevalencia de recidiva de prolapso de órganos pélvicos en las pacientes sometidas a cirugía correctiva.
4. Mostrar las complicaciones postquirúrgicas de las pacientes sometidas a cirugía correctiva de prolapso de órganos pélvicos.
5. Establecer la relación/asociación de la recidiva del prolapso de órganos pélvicos y las características, patologías y técnica quirúrgica empleada en las pacientes estudiadas.

6. Marco teórico

6.1 Definición

El prolapso de órganos pélvicos se define como el desplazamiento de los órganos pélvicos en sentido inferior que se manifiesta como un abultamiento en la pared vaginal. Debido a esta definición, se utilizó terminología como “cistocele”, “rectocele” o “enterocele” para describir entidades de este grupo de patologías. Sin embargo, el uso de estos descriptores no se recomienda en la definición y registro en la historia clínica debido a que, a través de la pared vaginal, no se observa específicamente el órgano que protruye a través de la pared abdominal (A excepción del enterocele cuando se observe peristalsis). Dado que el diagnóstico de esta patología es eminentemente clínico, se recomienda definir el cuadro presentado por la paciente en base a lo que se observa durante la consulta ginecológica: La protrusión de puntos específicos del canal vaginal: Pared anterior, ápex o pared posterior (Pérez et al., 2016).

Se trata de una enfermedad común que puede causar disfunción del piso. Se encuentra relacionado por ejemplo a incontinencia urinaria de urgencia (40%), vejiga hiperactiva (37%), incontinencia fecal (50%), dolor pélvico y sensación de abultamiento. Aunque estas relaciones están establecidas, no han sido esclarecidas las naturalezas de estas relaciones, siendo hasta la fecha inconsistentes los hallazgos de causa y efecto, por lo que estos síntomas pueden no ser parte del cuadro clínico del prolapso de órganos pélvicos; esta consideración debe tenerse en cuenta al establecer diagnóstico, manejo y evaluación de los resultados del mismo (Hoz, 2022).

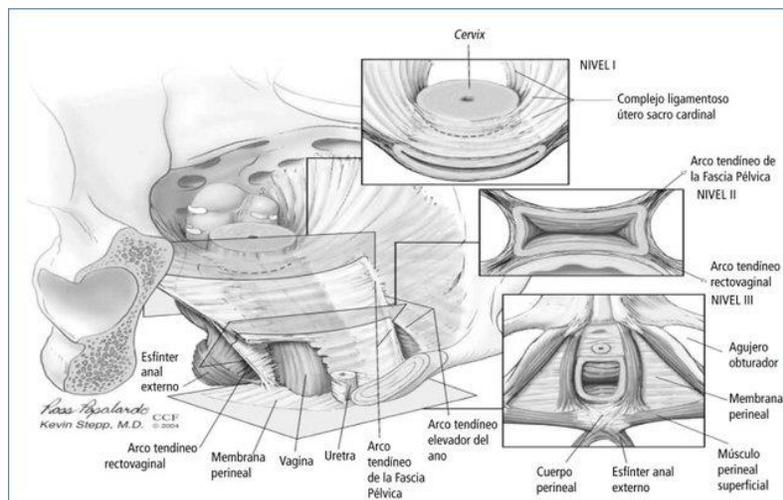
6.2 Anatomía del suelo pélvico

El suelo pélvico consiste en un conjunto de elementos pasivos y elementos dinámicos. Dentro de los elementos pasivos se encuentran los huesos pélvicos y el aparato ligamentoso de la pelvis, mientras que los elementos activos incluyen la musculatura del piso pélvico y los nervios asociados a estas mismas. Junto con los elementos propios del suelo pélvico, se debe considerar su relación con los órganos pélvicos estabilizados por ellos (Huebner & DeLancey, 2019).

Un abordaje comprensivo de la anatomía del suelo pélvico es presentado por DeLancey como los niveles de soporte vaginal, y se deben tomar en cuenta al momento de realizar manejo quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos, pues se estos distintos niveles se encuentran integrados anatomofuncionalmente (Huebner & DeLancey, 2019):

Figura 1

Niveles de suspensión del piso pélvico.



Nota: Niveles anatomofuncionales del piso pélvico. Tomada de (Cohen, 2013).

Nivel I: Este nivel está compuesto por el complejo de ligamentos útero-sacro-cardinal y el anillo pericervical. Daño a este nivel, se asocia a prolapsos del compartimento apical: prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal post histerectomía o enterocele (Cohen, 2013).

Nivel II: Este nivel está compuesto por el tercio medio de la vagina, específicamente el tabique rectovaginal y fascia pubocervical. Daño a este nivel producirá prolapsos en el compartimento anterior (cistocele) o del compartimento posterior (rectocele) (Cohen, 2013).

Nivel III: Este nivel está compuesto por el cuerpo del periné y las estructuras que lo conforman: Esfínter anal externo, músculos superficiales del periné y la membrana perineal. Daños a este nivel se manifiestan como desgarros perineales o cuerpos perineales deficiente (Cohen, 2013).

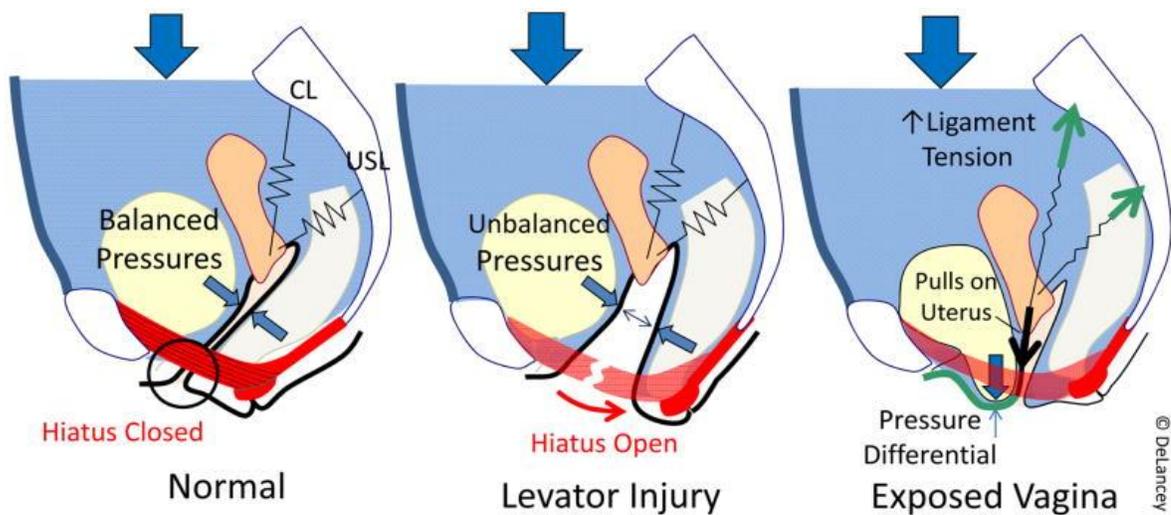
Todos los órganos pélvicos se recuestan sobre el músculo elevador del ano (posición horizontal), y solo su tercio inferior se encuentran en posición vertical para poder transcurrir a través del hiato urogenital. El músculo elevador del ano está conformado por distintos haces musculares (pubococcígeo, puborrectal, ileococcígeo) transcurriendo desde la pelvis ósea y rodeando los órganos pélvicos (DeLancey, 2016).

El soporte normal de los órganos pélvicos requiere de la interacción armónica entre los tejidos conectivos y los musculares previamente mencionados. Así, cuando los músculos se encuentran debilitados, las cargas que normalmente soportan son transferidas al aparato ligamentario, la diferencia de presiones produce la verticalización de segmentos que normalmente descansan sobre el aparato muscular permitiendo la protrusión de órganos pélvicos a través de las paredes vaginales. Se ha clasificado esta alteración como prolapsos por desplazamientos, tienen tendencia a ser defectos centrales y se acompañan de pérdida de los surcos vaginales. La carga

sobre la musculatura se acentúa con los aumentos de la presión intraabdominal, por lo que esta alteración guarda relación con dicho factor de riesgo. En la figura 2 se ilustra como la pérdida de equilibrio entre los elementos dinámicos y estáticos promueve la aparición de prolapsos (DeLancey, 2016).

Figura 2

Dinámica Muscular.



Nota: Tomada de Delancey 2016.

Si en cambio, la alteración anatómica se encuentra dada por el daño o laxitud del aparato ligamentario, los prolapsos se suelen manifestar como laterales o posterior; en este caso, la acción de los músculos pélvicos acentúa el defecto, los surcos vaginales se encuentran presentes. A este mecanismo de prolapso se le conoce como prolapso por distensión. La participación del aparato ligamentoso justifica la observación de correlación entre las conectivopatías, el tabaquismo y el embarazo (independiente de la vía de parto) como factores de riesgo para la aparición de prolapso de órganos pélvicos (Gachon et al., 2016).

6.3 Clasificación

En secciones anteriores se ha manifestado de antemano que el diagnóstico de esta entidad es esencialmente clínico. También se ha recordado que para su caracterización se han abandonado términos como enterocele, cistocele o rectocele y se utiliza la denominación general prolapso de órganos pélvicos. A fin de garantizar descripciones uniformes que permitan el estudio y comparación de resultados entre distintos centros se promovió el uso de un sistema de clasificación basado en estas previstas: Pelvic organ prolapse quantification (Busquets C et al., 2009).

El POPQ se basa en la medición de las distancias comprendidas entre seis puntos situados en la vagina y un punto fijo de referencia que es el himen. Se expresan en centímetros y van precedidas de un signo “-” siempre que el punto se encuentre proximal o por encima del himen, o de un signo “+” cuando el punto está por debajo o distal al himen. Cuando la posición de estos puntos coincide con el plano del himen se le da un valor cero. Se acepta una precisión de 0,5 cm. Los puntos vaginales son los siguientes:

– Punto Aa: punto fijo localizado en la línea media de la pared vaginal anterior a 3 cm del meato uretral.

– Punto Ba: este punto no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal anterior y el punto Aa.

– Punto Ap: localizado en la línea media de la pared vaginal posterior, a 3 cm del himen.

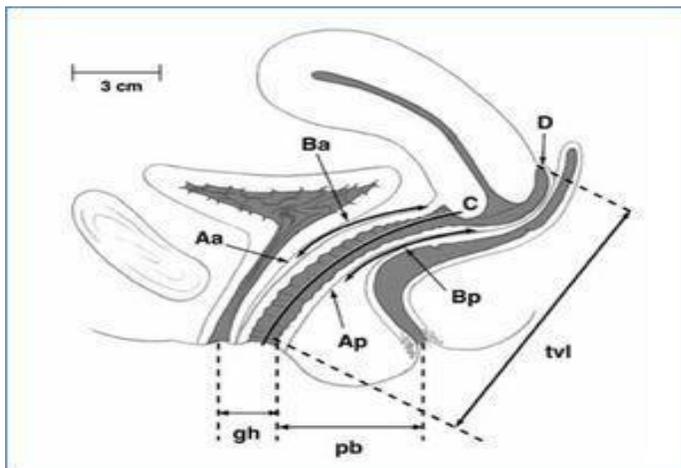
– Punto Bp: este punto no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal posterior y el punto Ba.

– Punto C: es el punto más distal del cérvix o de la cúpula vaginal.

- Punto D: es el punto más distal del fórnix vaginal posterior (fondo de saco de Douglas).
- El hg (hiato genital): se mide desde la línea media del meato uretral y el himen posterior.
- El cp (cuerpo perineal): se mide desde el margen posterior del hiato genital hasta la mitad del orificio anal.
- El Itv (longitud vaginal total): se mide con el prolapso reducido (Cohen, 2013).

Figura 3

Puntos de Referencia Clasificación POP Q.



Nota: Tomada de Hoffman 2014.

Para la aplicación de este sistema, se realiza el examen descrito a continuación:

1. Paciente en posición ginecológica.
2. Maniobra de Valsalva.
3. Medición de gh y pb.
4. Apoyado de una pinza de ojo graduada colocada hacia el vértice vaginal se mide TVL.
5. Los puntos C y D de la región apical se miden utilizando un espéculo bivalvo.
6. Se retira la hoja superior del espéculo para permitir la valoración de la pared anterior (puntos Aa y Ba).
7. Rotación cuidadosa del espéculo para valorar pared posterior (Ba y Bb) (Schorge et al., 2008).

La posición normal de los puntos se describe en base a su distancia del himen o carúnculas himeneales. Los puntos de las paredes anteriores y posteriores se encuentran a 3 cm proximal al himen; mientras que los puntos apicales se encuentran a una distancia del himen equivalente a 2 cm menos de la TVL (TVL-2). Esta posición de referencia se denomina POP-Q 0 y constituye la definición anatómica de curación si la paciente ha sido manejada por prolapso de órganos pélvicos anteriormente.

Los valores que se obtienen con la exploración siguiendo el sistema POPQ se pueden agrupar en estadios que se asignan teniendo en cuenta la porción más severa del prolapso:

Tabla 1

Estadios del POP-Q.

Sistema De Estatificación De Cuantificación del Prolapso de Órgano Pélvico (POP-Q)	
0	No se demuestra prolapso. Los puntos Aa, Ap, Ba y Bp están a -3 cm y el punto C o el D entre $-TVL$ (longitud vaginal total) cm y $-(TVL-2)$ cm (el valor de cuantificación para el punto C o D es $\leq-[TVL-2]$ cm). La figura 24-2 representa la etapa cero.
I	No se cumplen los criterios de la etapa 0, pero la porción más distal del prolapso es >1 cm por arriba del nivel del himen (es decir, su valor de cuantificación es <-1 cm).
II	La parte más distal del prolapso es ≤ 1 cm proximal o distal al plano del himen (es decir, su valor de cuantificación es ≥ -1 cm, pero $\leq +1$ cm)
III	La parte más distal del prolapso es >1 cm por debajo del plano del himen, pero no sobresale más de 2 cm menos de la longitud vaginal total en centímetros (es decir, su valor de cuantificación es $>+1$ cm, pero $<+[TVL-2]$ cm).
IV	En esencia, se demuestra la eversión completa de toda la longitud del aparato genital inferior. La parte distal del prolapso sobresale al menos $(TVL-2)$ cm (esto es, su valor de cuantificación es $\geq+[TVL-2]$ cm). En la mayoría de los casos, el borde más sobresaliente del prolapso en etapa IV es el cuello uterino o la cicatriz del muñón vaginal.

Nota: Tomada de Hoffman, 2014.

Los hallazgos de la valoración se presentan en una cuadrícula mostrada a continuación:

Figura 4

Cuadrícula de Clasificación POP Q.

Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cuello uterino o cúpula vaginal C
Hiato genital gh	Cuerpo perinatal pb	Largo vaginal total tvL
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Fórmix posterior D

Nota: Tomada de Hoffman 2014.

Pese a que existen otros sistemas de clasificación, el sistema POP-Q ofrece una amplia riqueza de información y se promueve su adopción como sistema estandarizado por grandes sociedades de ginecología y continencia (Hoffman, 2014).

6.4 Factores de riesgo

Como se ha mencionado, la patogenia del prolapso de órganos pélvicos representa la pérdida de equilibrio entre los componentes dinámicos y estáticos del piso pélvico. Para ello, debe haber factores predisponentes, estimulantes o precipitantes. Estos factores tienen una frecuencia de presentación variable lo que señala la heterogeneidad del cuadro (Liu et al., 2022).

El aumento de la presión abdominal de manera crónica acentúa el desequilibrio mencionado. De manera que la obesidad, la presencia de patología abdominal alta, el estreñimiento y la tos crónica de distintas causas aumentan el riesgo de prolapso de órganos pélvicos. El Valsalva relacionado con esfuerzos físicos que incluyen el levantamiento de peso ha mostrado una relación significativa con esta entidad; cuando se estudia este factor, se hace referencia a rasgos ocupacionales con alta demanda física y probablemente guarda relación con el analfabetismo y el estrato socioeconómico bajo, ya que se relacionan con ocupaciones de estas características (Liu et al., 2022).

El factor de riesgo que aparece con más frecuencia es la paridad. No se puede separar con facilidad los efectos propios del parto con los efectos del embarazo de manera global, sin embargo, el riesgo de prolapso de órganos pélvicos aumenta 1.2 veces con cada parto vaginal, y el riesgo se incrementa cuando el intervalo intergenésico entre partos es menor a dos años. Debido a esto se llegó a plantear el ofrecer parto por vía cesárea en pacientes con riesgo de prolapso de órganos pélvicos. Sin embargo, se encontró que el número de cesáreas a realizar para prevenir un solo caso

de prolapso de órganos pélvicos es demasiado alto considerando los riesgos inherentes al procedimiento. Es decir, se expone a un elevado riesgo a pacientes que probablemente no percibirían beneficio alguno de la cirugía; por lo que actualmente se recomienda individualizar esta decisión (Singh et al., 2021).

Dentro del parto, dos variables modifican su impacto sobre la aparición de prolapso: La duración del segundo período de trabajo de parto y el uso de fórceps (parto instrumentado). El trabajo de parto prolongado representa un estrés continuado sobre el componente muscular del piso pélvico con distensión del mismo y un aumento del riesgo de lesiones; por tanto, se presupuso una disminución en la incidencia de prolapso de órganos pélvicos al implementar el uso de fórceps o la episiotomía programadas. El uso de fórceps es un factor de riesgo para laceración del piso pélvico, mientras que la episiotomía sistemática no mostró impacto alguno en el riesgo de prolapso de órganos pélvicos (Handa et al., 2012).

Independientemente del número de partos, conforme la edad aumenta, aumenta el riesgo de prolapso de órganos pélvicos y el riesgo de intervención quirúrgica por esta misma causa. Las causas de este fenómeno incluyen la pérdida del estímulo estrogénico sobre la musculatura pélvica, consecuencia del envejecimiento fisiológico y procesos degenerativos. La hipótesis del cese del estímulo estrogénico se muestra insuficiente debido a que la administración de estrógenos exógenos no disminuye consistentemente el riesgo de prolapso de órganos pélvicos y que desde la tercera a la sexta década de la vida, el aumento del riesgo de prolapso de órganos pélvicos es lineal, duplicándose cada 10 años (Dietz, 2008).

Finalmente, factores propios del paciente ofrecen mayor predisposición al POP. Las pacientes con conectivopatías como Ehlers-Danlos y síndrome de Marfan presentan frecuencias de POP de 75% y 33% respectivamente. (Duró et al., 2008) La etnia de las pacientes juega un rol que no ha sido clarificado, postulándose diferencias en la producción de colágeno o la frecuencia de variantes anatómicas de la pelvis ósea, encontrándose mayor incidencia en mujeres de origen caucásico con pelvis ginecoide (Cheung et al., 2015); en reportes latinoamericanos, este tipo de pelvis se encuentra entre el 45%-80% de la población, recordando la diversidad étnica de la región (Castelazo & Dominguez, 1963).

6.5 Cuadro clínico

El POP se relaciona con disfunción del piso pélvico encontrándose con frecuencia la coexistencia de síntomas urinarios, incontinencia fecal, dolor pélvico y sensación de bulto o peso en la zona pélvica. Es necesario remarcar que la presencia de estos síntomas no necesariamente se encuentra subordinada al prolapso de órganos pélvicos. Esta aclaración es necesaria debido a las recomendaciones de guías al considerar los objetivos de tratamiento de una intervención quirúrgica, la estimación del beneficio de las mismas, y la definición de cura (Palma et al., 2005).

Los síntomas urinarios incluyen la incontinencia urinaria de urgencia, la vejiga hiperactiva, sensación de vaciado incompleto, dificultad de vaciado y vacilación. Es una recomendación razonable realizar estudios urodinámicos en pacientes con POP, dado que de existir alteraciones urodinámicas pueden corregirse de forma concomitante a la reparación del POP. El POP causa síntomas urinarios cuando el desplazamiento de órganos pélvicos causa compresión de vías urinarias, pero la resolución de los síntomas urinarios no se encuentra en todas las pacientes que cumplen los criterios de curación anatómica, lo que no demuestra un fallo terapéutico o recidiva,

sino una relación circunstancial entre ambos cuadros. No debe considerarse así la aparición de síntomas urinarios posterior a correcciones quirúrgicas de la pared anterior, dado el riesgo de lesión de vías urinarias con dichas técnicas (Palma et al., 2005).

El estreñimiento no debe considerarse una consecuencia de prolapso de órganos pélvicos sino una causa. Gracias a esto, la paciente realiza Valsalva de forma repetida, lo que aumenta la carga sobre las estructuras del piso pélvico. De hecho, la corrección del defecto primario puede revelar una incontinencia fecal. Esto se espera, sobre todo, cuando la paciente refiere que la reducción vaginal le es necesaria para la defecación (Lacima & Espuña, 2008).

El dolor pélvico aparece en un número más reducido de casos, la resolución del prolapso no alivia este síntoma y puede, de hecho, acentuarse tras una corrección exitosa. El dolor pélvico, sobre todo el que está asociado a la actividad sexual, debe evaluarse en conjunto con los factores culturales, laceración por prolapso, uso de pesarios y desempeño sexual masculino (Vancaillie et al., 2018).

El síntoma que parece tener una relación más directa con esta entidad es la sensación de bulto o peso sobre la región pélvica o perineal. Esta puede ser referida como relacionada al esfuerzo o Valsalva (Slieker-ten Hove et al., 2009).

Se debe reconsiderar la relación de las manifestaciones mencionadas con el prolapso debido a que la intensidad de los síntomas no guarda relación directa con la intensidad del prolapso. Se presentan casos de prolapso con eversión completa con síntomas urinarios, defecatorios o dolores mínimos; por el contrario, la incontinencia urinaria aparece de forma generalizada en distintos grados de prolapso de órganos pélvicos. Dicho esto, hay una relación entre el punto del canal vaginal que presenta prolapso y la sintomatología, relacionándose con mayor significancia

los defectos de la pared anterior y del segmento central con síntomas urinarios, los defectos de pared posterior y ápex con síntomas rectales e intestinales respectivamente (Slieker-ten Hove et al., 2009).

En ocasiones, estos síntomas están presentes mucho antes del diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos debido a que la paciente no manifiesta presentarlos, probablemente por pudor. Por ello se recomienda la pesquisa activa durante las citas de atención a la mujer como lo es la toma de citología cervical. Se encuentran disponibles múltiples cuestionarios para orientar la pesquisa de esta información que deberá ser siempre complementada con el examen ginecológico (Slieker-ten Hove et al., 2009).

6.6 Tratamiento

El manejo del prolapso de órganos pélvicos puede clasificarse como conservador y quirúrgico.

6.6.1 Tratamiento conservador

Se recomienda para pacientes que rehúsan el manejo quirúrgico, aquellas con grados bajos de prolapso, o aquellas con riesgo quirúrgico inaceptable. Este tipo de abordaje va desde la simple observación hasta la aplicación de pesarios (Schorge et al., 2008).

6.6.1.1 Terapia conductual

La Terapia Conductual es un tratamiento basado en la acción que tiene como objetivo promover el cambio de comportamiento positivo, aplicándolo a la patología en cuestión, consiste en eliminar o minimizar los factores de riesgo, incluyendo la intervención sobre el estilo de vida.

Cualquier pérdida de peso puede mejorar el POP en mujeres con sobrepeso u obesas. Acudir frecuentemente a miccionar para disminuir el peso de la vejiga urinaria llena, evitar el consume de alimentos y bebidas que asientan la sintomatología urinaria y defecadora produciendo condiciones que perpetúan los síntomas asociados como incontinencia urinaria y estreñimiento (Schorge et al., 2008).

6.6.1.2 Terapia hormonal

El estrógeno podría ser una opción de tratamiento para ciertas mujeres con prolapso ya que muchas de ellas también están en la menopausia, lo que da lugar a niveles más bajos de estrógeno. Tener una cantidad muy baja de estrógeno puede debilitar los músculos del piso pélvico y provocar sequedad vaginal (Schorge et al., 2008).

Algunas mujeres pueden recibir tratamiento con estrógenos antes de un procedimiento quirúrgico. Sin embargo, algunas personas no deberían usar terapia sistémica con estrógenos, por ello cada caso debe ser individualizado (Schorge et al., 2008).

6.6.1.3 Ejercicios de Kegel

El uso de estos ejercicios brinda consciencia a la paciente para contrarrestar la carga ejercida sobre el piso pélvico ante el Valsalva, sin embargo, no se han encontrado beneficios significativos refuercen esta observación (González Sánchez et al., 2014).

En la década de 1940, el Dr. Arnold Kegel desarrolló este método de ejercicios para control de la incontinencia en el postparto. Todavía seguimos utilizando estos ejercicios en la actualidad,

son ejercicios en los que buscamos la contracción voluntaria del músculo pubococcígeo, favoreciendo el cierre de los esfínteres (ano, uretra) y de la vagina (González Sánchez et al., 2014).

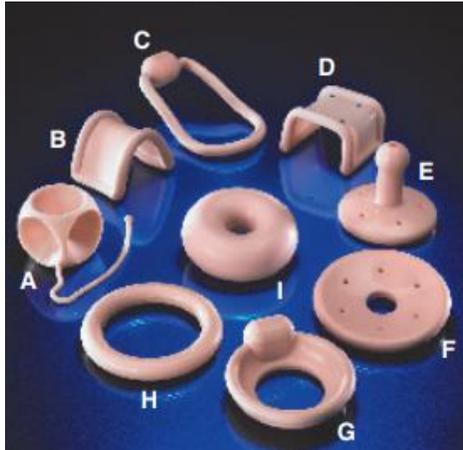
Para realizarlos adecuadamente el paciente se debe auxiliar de la respiración, cuando inspire podrá realizar contracción de la musculatura pélvica (cerrando los esfínteres y la vagina) aprovecha la espiración, cuando suelte el aire, para buscar la relajación. Se deben realizar repeticiones 2-3 series/día en número de 10-12. Con contracciones que duren de 3-10 segundos. Son pautas generales, para realizarlos correctamente (González Sánchez et al., 2014).

6.6.1.4 Pesarios

Son instrumentos que mantienen la posición relativa de los órganos pélvicos a través de dos mecanismos: La fijación de estructuras y la ocupación de espacios. Algunos de estos instrumentos usan ambos mecanismos. Dentro del primer grupo, se encuentra ampliamente extendido el uso del pesario anular. Pesario que se fija a la zona apical con un anillo y ofrece un punto de soporte para las estructuras mientras rodea el cérvix. Se presenta a continuación una figura de este (Schorge et al., 2008).

Figura 5

Diferentes Tipos de Pesarios.



Nota: A. Pesario cúbico. B. Pesario de Gehrung. C. Pesario de Hodge con botón. D. Pesario de Regula. E. Pesario de Gellhorn. F. Pesario de Shaatz. G. Pesario de disco para incontinencia. H. Pesario anular. I. Pesario en rosca. Tomado de Schorge, 2008.

Dentro de los pesarios que actúan llenando espacio, el más difundido es el cubo; mientras que el pesario Gellhorn cumple con ambas características. Entre los pesarios más utilizados se encuentran el anular y el pesario Gellhorn (Jones & Harmanli, 2010).

El uso de pesarios resulta una alternativa para las pacientes que rechacen cirugía reconstructiva. Además, aunque no sea el método elegido para el manejo a largo plazo puede aportar información muy útil. La mejoría de los síntomas con el uso del pesario es un buen predictor del éxito de la cirugía definido como resolución o mejoría de los síntomas referidos por la paciente. Cuando el pesario se usa a largo plazo debe indicarse las medidas de higiene a fin de prevenir infecciones relacionadas al uso de este. Tras su colocación se recomienda retiro de este durante la noche (Jones & Harmanli, 2010).

El pesario debe pasar desapercibido por la paciente. La presencia de dolor referido por ella, o el hallazgo de laceraciones por pesario (que deben ser discriminadas de aquellas causadas por el prolapso) son indicativos de que se está utilizando un pesario de tamaño mayor al adecuado, por lo que debe cambiarse. Debe recordarse que el tamaño del pesario requerido cambia según la paciente envejezca o presente cambios de peso (Jones & Harmanli, 2010).

Además del uso de esta modalidad de tratamiento atendiendo a la voluntad de la paciente se encuentran tendencias generacionales en cuanto a su uso. En médicos experimentados, el pesario representa una opción secundaria a considerar en pacientes de alto riesgo quirúrgico; mientras que médicos de menor edad indican el pesario como primera opción de tratamiento. Sea cual fuese el caso, el pesario ofrece resultados terapéuticos sólidos, pero requiere de la colaboración del paciente en el seguimiento de las recomendaciones de uso (Jones & Harmanli, 2010).

6.6.2 Tratamiento quirúrgico

Si la severidad del prolapso lo justifica o síntomas con probabilidad de mejorar con una intervención están presentes, se recomienda la corrección quirúrgica. Sobre esta decisión, es conveniente señalar que la vía de abordaje, la técnica empleada, el uso de malla e incluso el principio teórico usado son variables y es recomendable individualizarlo para cada paciente (Schorge et al., 2008).

Una consideración especial son los procedimientos oclusivos, que involucran el cierre del canal vaginal por medio de materiales de sutura. Debido a que este procedimiento implica la pérdida de la capacidad coital se reserva para pacientes ancianas o con enfermedades

concomitantes y que no deseen actividad sexual. Fuera de este particular, se encuentra una gran variedad de técnicas en el abordaje reconstructivo (Schorge et al., 2008).

En primer lugar, la corrección de defectos específicos sigue el mismo razonamiento de la reparación de hernias aponeuróticas, donde se considera que un defecto de las estructuras de sostén, al ser reparado presentará una curación adecuada. Esto puede dar resultados variables debido a la presencia de prolapsos en cuya génesis prevaleció un elemento ligamentoso o muscular. Además, la corrección de un defecto particular puede pasar por alto a otros o bien, provocar nuevas molestias no presentes anteriormente (Ramírez et al., 2020).

Parece ser más efectivo abordar esta patología con el fin de reestructurar los niveles de suspensión del canal vaginal. Así, si el prolapso es de los puntos apicales se preferirá la vía abdominal, mientras que para los defectos en los niveles II y III podría ser más conveniente la vía vaginal. La vía abdominal ofrece además un menor riesgo de recidiva y permite el manejo concomitante de otras patologías pélvicas. La elección de laparotomía, laparoscopia o cirugía robótica dependerá de la experiencia y recursos del centro de atención, consiguiéndose resultados similares en estas modalidades, pero menor tasa de complicaciones y menor tiempo quirúrgico con el abordaje laparoscópico. Además, puede ser una vía preferida si se desea mantener la función coital, sobre todo en pacientes con estrechamiento previo del canal vaginal (Ramírez et al., 2020).

La vía vaginal parece ser adecuada para la reparación de defectos en los niveles II y III. Debe considerarse el riesgo de lesión de las vías urinarias en los abordajes anteriores y de los vasos presacros y nervio pudendo en los abordajes posteriores. Además, la presencia de adherencias abdominales por cirugías previas favorece la decisión de abordaje vaginal (Ramírez et al., 2020).

Aunque las cifras varían con la técnica y naturaleza del prolapso, se llegan a presentar tasas de recidiva, definidas como retorno a un grado II POP-Q, de un 30%. Con el fin de disminuir esta cifra se implementó el uso de mallas para fortalecer las áreas afectadas. Sin embargo, el uso de mallas debe evitarse cuando la queja principal de la paciente se refiere al dolor pélvico. No obstante, no se recomienda el uso sistemático de mallas debido a la aparición de laceraciones, infecciones vaginales y dolor pélvico, recomendándose para el manejo de las recidivas y POP-Q mayor a segundo grado. Además, se prefieren las mallas con poros de más de 10 micrómetros dado que permiten el paso de leucocitos, fibroblastos y la deposición de colágeno, favoreciendo así la curación (Fialkow et al., 2008).

6.6.2.1 Compartimento anterior

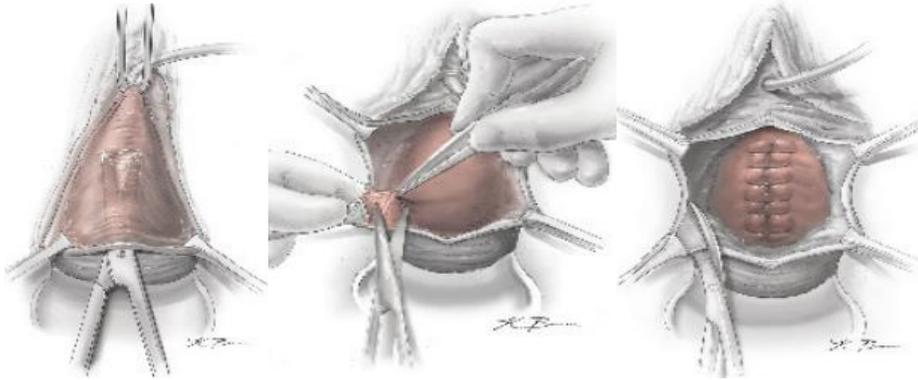
El procedimiento más extendido es la colplastia anterior, en el que se encuentran técnicas de: Plegamiento medial tradicional, reparación unilateral y plegamiento tradicional más reforzamiento con malla sintética.

Los pasos para la realización del procedimiento tradicional incluyen:

1. Colpotomía: extirpando la menor cantidad posible de vagina para conservar el eje y la estática vaginal.
2. Disección de la fascia, separándola de la mucosa vaginal.
3. Reparación de la fascia con una o dos suturas de reabsorción ultralenta según la técnica clásica de plicatura. Una primera capa con puntos entrecortados frunciendo (plicatura) sin tensión la muscularis vaginal y una segunda capa en sutura continua enterrando la primera (Fialkow et al., 2008).

Figura 6

Pasos Para realización de Colpoplastia Anterior.



Nota: Tomado de Hoffman, 2014.

En ocasiones, las protrusiones de la pared anterior se deben a defectos en la capa muscular vaginal del segmento apical, por lo que en estos casos puede utilizarse una técnica dirigida al vértice vaginal como la sacrocolpopexia abdominal o suspensión de cúpula vaginal con el ligamento útero sacro. Si el defecto es lateral, la técnica de reparación unilateral utiliza puntos sueltos o bien malla sintética para reparar dicho defecto (Ramírez et al, 2020).

Con todo ello, las tasas de éxito a largo plazo son bajas encontrándose cifras del 30-40%. Sin embargo, la definición de éxito en estas series de caso es tanto anatómica como sintomático, y retomando las consideraciones en la sección “cuadro clínico” se puede subestimar la eficacia de la intervención (Ramírez et al, 2020).

6.6.2.2 Zona apical

El vértice vaginal puede suspenderse con varios procedimientos, incluida la sacrocolpopexia abdominal, fijación con ligamento sacroespinoso o suspensión de la cúpula vaginal.

Sacrocolpopexia: Esta técnica utiliza mallas para fijación de la vagina al promontorio sacro. Puede hacerse por laparotomía o laparoscopia. Ofrece mejores resultados tanto a largo como a corto plazo. Aunque es descrita como una técnica apical, su uso puede superar los resultados de la colporrafia anterior en pacientes con defectos de tabique central y prolapso en pared anterior.

Fijación con ligamento sacroespinoso: Este procedimiento incluye la fijación uni o bilateral de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso con puntos no absorbibles (técnica de Richter). En los casos de recurrencia del prolapso de cúpula con cirugía clásica y de forma seleccionada según la gravedad del prolapso, o con previsión de alto riesgo de recurrencia se puede utilizar malla sintética para reforzamiento. La suspensión de la cúpula vaginal por ligamento uterosacro sigue una técnica similar, pero es usada con frecuencia como parte de la histerectomía.

Histerectomía vaginal reconstructiva: En general, la histerectomía vaginal ofrece una recuperación más rápida de la paciente, tiempo quirúrgico y hospitalización más breves, así como menor morbilidad quirúrgica. En forma ideal se usa cuando los órganos pélvicos son pequeños, hay cierto grado de descenso uterino y no se requiere acceso a la porción alta del abdomen. Este acceso no suele elegirse para pacientes con pelvis estrecha o adherencias pélvicas significativas.

En pacientes sin perspectiva reproductiva, la cirugía clásica es la histerectomía acompañada de fijación de la cúpula por ligamento uterosacro para prevenir recidivas. En caso de deseo expreso de la paciente o deseo de mantener la capacidad reproductiva se realizará

histeropexia con uso de material protésico, ya sea por vía abdominal o vaginal (Dargent et al., 2003).

6.6.2.3 Compartimento posterior:

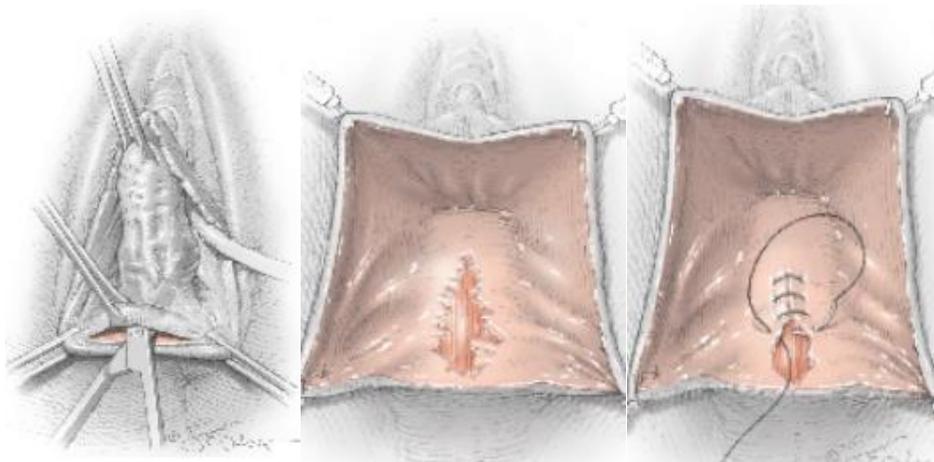
La cirugía clásica es la colpoplastia posterior, siguiendo los siguientes pasos:

1. Colpotomía y disección del tabique recto-vaginal.
2. Reparación del tabique recto-vaginal mediante plicación central del mismo (Reparación de rectocele y enterocele).

No se recomienda la miorrafia de los elevadores. En caso de necesitarse corregir descenso del periné se puede realizar una modificación de sacrocolpoplexia que extiende una malla de reforzamiento hacia el perine (sacrocolpoperineopexia).

Figura 7

Colpoplastia Posterior.



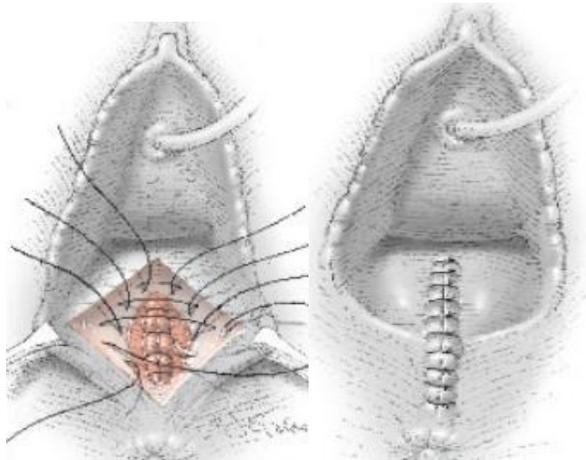
Nota: Tomada de Hoffman, 2014.

Perineoplastia optativa para la reparación de los desgarrros clínicamente significativos

(Ramírez et al., 2020).

Figura 8

Perineoplastia.



Nota: Tomada de Hoffman, 2014.

Se pueden describir los procedimientos obliterativos como la colpocleisis de Le Fort o la Colpectomía parcial siguen siendo una alternativa a ofrecer. Estas técnicas sólo se pueden realizar en pacientes de edad avanzada las cuales se encuentran sin actividad sexual y que no deseen tenerla en el futuro. Su éxito supera el 90% teniendo tasa de complicaciones muy bajas (Cohen, 2013).

En el año 2009 el concepto de recidiva post quirúrgica cambia dado que el Pelvic Floor Disorders Network, incorpora otros elementos a la definición de cura: Ausencia de síntomas por bulto genital, el éxito anatómico lo considera estadio II desde el himen hacia arriba y la ausencia de retratamiento por la misma condición. En pacientes sometidas a cirugías por POP, esta definición es la propuesta a utilizar en la actualidad para definir el éxito de tratamiento (Cohen, 2013).

6.7 Complicaciones del tratamiento quirúrgico.

Todas las cirugías transvaginales implican la disección de espacios vesicovaginales y rectovaginales y por lo tanto tienen pequeños riesgos de sangrado y de cistotomía y proctotomía. Después de la operación pueden presentarse ocasionalmente infecciones vaginales o pélvicas, dificultad para evacuar, e infecciones de las vías urinarias, pero de corta duración (SEGO, 2020).

Pueden ocurrir complicaciones intraoperatorias poco frecuentes, pero graves como hemorragia, lesión neurológica, y lesión rectal. Una hemorragia severa con transfusión de sangre puede ser el resultado de una disección excesiva superior al músculo coccígeo a la espina ciática, lo cual puede producir una hemorragia de los vasos glúteos inferiores, del plexo venoso hipogástrico o de los vasos pudendos. La hemorragia de estos vasos puede ser difícil de controlar. Por esta razón, preferimos la disección cuidadosa limitada en la parte superior (pero no por detrás) del ligamento coccígeo-sacroespinoso (SEGO,2020).

Puede ocurrir estenosis vaginal y dispareunia si se recorta demasiado tejido de la pared vaginal anterior y posterior, si la vagina se deja demasiado corta, o si se realiza una colpografía posterior muy justa. Por lo que se recomienda el uso postoperatorio de una crema vaginal con estrógeno en estas pacientes, con la intención de evitar o disminuir la incidencia de este problema (SEGO, 2020).

6.8. Factores de riesgo para recidiva

El principal problema asociado al prolapso de órganos pélvicos es que no hay una cirugía definitiva. Las tasas de recidiva permanecen altas (hasta 30% con técnicas tradicionales de colpografía anterior). (Fialkow et al., 2008) . En los estudios longitudinales se han publicado tasas

de reintervención que oscilan entre el 0,7 y el 5,4% (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), 2020).

Se ha encontrado, sin embargo, factores predictores de recidiva en seguimientos de 5 años. Para ello es conveniente examinar la definición de recidiva: Prolapso más allá del himen (correspondiente a POP-Q II), repetición de cirugía, uso de pesarios post cirugía y síntomas de abultamiento o peso en la región pélvica. En estas definiciones no se han incluidos los síntomas urinarios o intestinales dado que la correspondencia con estos presenta mayor variabilidad (Schulten et al., 2022).

Ajustando las tasas de recidiva a las técnicas utilizadas los factores de riesgo que para la recidiva incluyen un índice de masa corporal alto, tabaquismo y la puntuación obtenida en el punto Ba durante la valoración del episodio inicial. Además, cuando los procedimientos se realizan en mujeres menores de 40 años de edad el riesgo es todavía mayor. Otros factores de riesgo que se han encontrado es el estadio de POP y algunas comorbilidades crónicas (Schulten et al., 2022).

Con ello, el impacto de estos factores puede ser tomado en cuenta para la toma de decisión de la técnica apropiada para cada caso.

7. Hipótesis de investigación

La recurrencia del prolapso de órganos pélvicos posterior a cirugía correctiva en las pacientes atendidas en HFVP es directamente proporcional a los factores de riesgo presentes, por lo tanto surge la siguiente hipótesis de investigación:

La recidiva de POP tras la cirugía podría ser mayor al presentarse más factores de riesgo a pesar de la técnica quirúrgica empleada en la población estudiada.

8. Diseño Metodológico

8.1 Tipo De Estudio

De acuerdo con el método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura López, 2012). El tipo de estudio es correlacional de acuerdo con (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014). De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es longitudinal.

8.2 Área de estudio

Área de ginecología del Hospital Occidental "Dr. Fernando Vélez Paiz" es un centro hospitalario de referencia nacional ubicado en la Ciudad de Managua-Nicaragua, en el barrio Tierra Prometida.

8.3 Periodo de estudio

Pacientes con prolapso de órganos pélvicos tratadas quirúrgicamente en el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

8.4 Universo y muestra

Para el desarrollo de la presente investigación y por sus características particulares, el universo o población objeto de estudio fue definida por las pacientes con POP, a quienes se les realizó una cirugía correctiva, en el tiempo comprendido en el periodo de estudio.

Dado a que las pacientes con criterios de inclusión fueron menos que las esperadas se tomó a todas las pacientes que cumplieron con dichos criterios como muestra, por lo tanto no se realiza cálculo de muestra. El total de pacientes en estudio fue de 60.

Las pacientes acudieron al hospital un día previo de su cirugía a sala de ginecología, para ser ingresadas por consulta externa. A su ingreso cumplieron planes prequirúrgicos, el día siguiente se llevaron a sala de operaciones según programación quirúrgica, se le realizó la técnicas quirúrgicas que seleccionada para cada caso, posteriormente salen a sala de recuperación y después son llevadas a hospitalización de ginecología, ahí se hace vigilancia postquirúrgica al menos por 24 horas y posteriormente se realiza su egreso hospitalario sin no presentan ninguna complicación mediata.

Son citadas en dos a tres semanas postquirúrgicas a consulta externa de ginecología y se les da un segundo seguimiento al menos 3 meses a 1 año a más dependiendo de evolución.

8.5 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes en la presente investigación fueron:

8.5.1 Criterios de inclusión

- POP grado 3 y 4 que han recibido tratamiento quirúrgico en el periodo de estudio.
- Seguimiento al menos de 6 meses posterior al procedimiento quirúrgico.
- Expediente clínico completo.

8.5.2 Criterios de exclusión

- Paciente con manejo conservador.
- Paciente con diagnóstico o sospechosa de patología malignidad el área genital.
- Pacientes con traslado a otra unidad

8.6 Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, Dimensiones o Categorías	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Describir las características sociodemográficas y antecedentes personales de las pacientes en estudio atendidas en la unidad.	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Características sociodemográficas	Edad	Cuantitativa discreta.	
			Procedencia	Cualitativa Nominal	Urbano Rural.
			Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Iletrado. Primaria. Secundaria. Universitario.
			Ocupación	Cualitativa Nominal	Ama de casa. Domestica. Comerciante. Obrera. Profesionales

RESULTADO DE LAS CIRUGÍAS CORRECTIVAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS Y FACTORES ASOCIADOS A LA RECIDIVA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ, ENERO 2018-DICIEMBRE 2021.

			Estado nutricional	Cualitativa ordinal	Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III		
Los antecedentes personales son datos patológicos, no patológicos y algunas conductas presentes en las pacientes previo al diagnóstico de POP	Enfermedades crónicas.	Hipertensión arterial crónica.		Cualitativa	Si		
				Nominal	No		
			Diabetes mellitus	Cualitativa	Si		
				Nominal	No		
		Hábitos Presentes		Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.		Cualitativa	Si
						Nominal	No
				Estreñimiento		Cualitativa	Si
						Nominal	No
				Tabaquismo		Cualitativa	Si
						Nominal	No
Alcoholismo		Cualitativa	Si				
		Nominal	No				

RESULTADO DE LAS CIRUGÍAS CORRECTIVAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS Y FACTORES ASOCIADOS A LA RECIDIVA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ, ENERO 2018-DICIEMBRE 2021.

	Antecedentes Ginecoobstetricos: Recopilación de información sobre la salud reproductiva de una mujer.	Gestas: Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer sin importar el resultado. Menopausia Época de la vida de una mujer cuando se suprime la menstruación por 1 año a más.	Sedentarismo Total de embarazos. Edad de menopausia	Cualitativa Nominal Cualitativa Ordinal Cuantitativa discreta	Si No Pimigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta
Mencionar las manifestaciones clínicas de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos en estudio.	Síntomas o signos presentes en las pacientes en el diagnostico o en la recidiva.	Signos o síntomas presentes.	Sensación de peso en vagina. Bulto vaginal Síntomas urinarios.	Cualitativa nominal. Cualitativa nominal. Cualitativa nominal.	Si No Si No Si No

RESULTADO DE LAS CIRUGÍAS CORRECTIVAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS Y FACTORES ASOCIADOS A LA RECIDIVA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ, ENERO 2018-DICIEMBRE 2021.

			Síntomas defecatorios	Cualitativa nominal.	Si No
			Dolor pélvico	Cualitativa nominal.	Si No
			Sequedad Vaginal	Cualitativa nominal.	Si No
Identificar la prevalencia de recidiva de prolapso en las pacientes sometidas a cirugía correctiva de prolapso de órganos pélvicos.	Prevalencia de recidiva de prolapso de órganos pélvicos.	Proporción de individuos de la población estudiada que presentan prolapso de órganos pélvicos.	Recidiva el prolapso	Cualitativa nominal	Si No
			Prevalencia de recidiva.	Cuantitativa discreta.	
Mostrar las complicaciones de las pacientes sometidas a cirugía correctiva e	Eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una	Complicaciones post quirurgicas	Hemorragia	Cualitativa nominal	Si No
			Hematoma	Cualitativa nominal	Si No

RESULTADO DE LAS CIRUGÍAS CORRECTIVAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS Y FACTORES ASOCIADOS A LA RECIDIVA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ, ENERO 2018-DICIEMBRE 2021.

prolapso de órganos pélvicos.	respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida.		Dehiscencia de herida	Cualitativa nominal	Si No
			Infección de sitio quirúrgico	Cualitativa nominal	Si No
			Lesión de vías urinarias	Cualitativa nominal	Si No
			Retención urinaria.	Cualitativa nominal	Si No
Establecer la relación/asociación de la técnica quirúrgica empleada, la recidiva del prolapso y los factores de riesgo de las pacientes.	Asociación entre los factores de riesgo y el procedimiento quirúrgico con la recurrencia de POP.	<u>Eje de causalidad</u> Factores de riesgo Procedimiento quirúrgico	Factores asociados a POP Tratamiento quirúrgico utilizado en la paciente	Cualitativa nominal Cualitativa nominal	Todos los factores sociodemográficos y propios de la paciente 1. Colpoplastia anterior 2. Colpoplastia anterior y perineoplastia

RESULTADO DE LAS CIRUGÍAS CORRECTIVAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS Y FACTORES ASOCIADOS A LA RECIDIVA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ, ENERO 2018-DICIEMBRE 2021.

					<p>3. Colpoplastia posterior</p> <p>4. Colpoplastia posterior y perineoplastia</p> <p>5. Colpoplastia anterior, posterior y perineoplastia</p> <p>6. Histerectomía vaginal.</p> <p>7. Histerectomía vaginal reconstructiva.</p>
		<p><u>Efecto</u> Recidiva</p>	<p>Aparición de signos o síntomas de POP después del tratamiento quirúrgico.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Si No</p>

RESULTADO DE LAS CIRUGÍAS CORRECTIVAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS Y FACTORES ASOCIADOS A LA RECIDIVA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ, ENERO 2018-DICIEMBRE 2021.

			Grado actual POP	Cualitativa ordinal.	II III IV
--	--	--	---------------------	-------------------------	-----------------

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

8.7 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos e información.

En cuanto al enfoque de la presente investigación, por el uso de datos y análisis de la información tanto cuantitativa como cualitativa, así como por su integración y discusión holística-sistémica de diversos métodos y técnicas cuantitativas de investigación (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

A partir de la integración metodológica, en el estudio se aplicaron las siguientes técnicas cuantitativas.

8.7.1 Técnicas descriptivas

- Las estadísticas descriptivas para variables de categorías (nominales u ordinales).
- Las estadísticas descriptivas para variables numéricas. IC=95% para variables discretas o continuas.
- Gráficos para variables dicotómicas, individuales o en serie.
- El análisis de frecuencia por medio del análisis de contingencia.

8.7.2 Instrumento y procedimientos para la recolección de datos e información.

La fuente de información secundaria fue constituida por los expedientes clínicos de los pacientes. La Ficha de recolección de datos clínicos, fue elaborada y se llenará para cada expediente clínico. La información de los expedientes clínicos estuvo disponible en medio físico o virtual.

Dicho instrumento contiene:

-Características sociodemográficas (Antecedentes personales patológicos, no patológicos y ginecológicos y obstétricos).

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

-Manifestaciones clínicas del prolapso de órganos pélvicos.

-Diagnóstico y Abordaje quirúrgico empleado.

-Resultado post quirúrgico.

8.8 Plan de tabulación y análisis estadístico de los datos

Es una fase subsecuente a la recolección de datos, se diseñó una base de datos en el programa IBM SPSS versión 26. Posteriormente se verificó que los datos registrados estuvieron completos y correctos para el análisis posterior.

Se elaboró una serie de cuadros de salida, de acuerdo con los objetivos específicos del estudio, se organizaron a partir del análisis de los datos en forma concreta y sistemática para presentar en forma clara y resumida la información que se obtenga del análisis estadístico descriptivo.

Para el plan de tabulación tipo descriptivo, se crearon tablas de salida que se presentaron según el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables mediante datos absolutos y porcentuales. Para las variables numéricas se emplearon medidas de tendencia central como media y desviación estándar, curtosis y asimetría. Para este plan de tabulación se determinarán previamente las variables que ameritan ser presentadas en cuadros o en gráficos. Para las variables numéricas como edad gráficos de cajas y bigotes.

Para el análisis correlacional se realizaron tablas de contingencia, según el tipo de las variables incluidas. Los cuadros de salida se limitaron a especificar porcentajes de fila y totales,

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

así mismo la tabla de Probabilidad de las Pruebas de Correlación y Medidas de Asociación que son necesarias.

El cruce fue entre las variables asociadas y la recurrencia o no de POP.

La medida de asociación utilizada fue la prueba de ji cuadrado, con un nivel de significancia dado cuando $P \leq 0.05$. También se utilizó la razón de prevalencia y su respectivo IC 95%.

8.9 Normas de ética

Se tomaron en cuenta la declaración de Helsinki 2000 y las reglas de la OMS para las investigaciones biomédicas.

Para realizar el estudio se solicitó autorización a las autoridades hospitalarias. La información fue manejada meramente con fines académicos investigativos, guardando sigilo y la debida confidencialidad. La investigación no supone ningún riesgo para los pacientes ni se hizo divulgación de datos personales.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

9. Resultados

Se estudiaron 60 pacientes con diagnóstico de POP, atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, que representa el total de la muestra.

9.1 Características sociodemográficas y antecedentes personales patológicos y no patológicos:

La distribución de las pacientes por edad, siendo el mínimo de 38 años, el máximo de 88 años, y encontramos en el percentil 50 a las de 64 años. La mayoría de las pacientes pertenecen al área urbana para un total de 49, con respecto a la escolaridad una gran parte de pacientes son iletradas (25) y solo una pequeña cantidad es universitaria (2) y en cuanto a la ocupación 21 de ellas son amas de casa al igual que las que no presentan ninguna ocupación.

De la población en estudio el 47% tienen comorbilidades, siendo la patología más frecuente la Hipertensión arterial crónica seguida de la diabetes mellitus con un 40% y 20% respectivamente, la epilepsia, cardiopatía, asma e hipotiroidismo se encontraron cada una de ellas en 1.7% . El 30% de la población poseía hábitos patológicos al momento del estudio. Estando presente el tabaquismo y el alcoholismo por igual con 3%, Solo el 22% de las pacientes presentaron estreñimiento y un 13% presento sedentarismo.

En cuanto a los antecedentes ginecobstetricos se encontró que la mayoría son multigestas y grandes multigestas con 35% y 40% respectivamente. El 90% (54) de la población ya se encontraba en el periodo de menopausia y solo el 10% restante aun menstruaba.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

9.2 Manifestaciones clínicas de las pacientes con POP.

La sensación del bulto en vagina (80%) y que la sensación de peso (61%) son los síntomas más frecuentes en las pacientes con POP. Los síntomas urinarios solamente se presentaron en el 11.7%

9.3 Prevalencia de recidiva de POP

A continuación se detallan los resultados relacionadas con el diagnóstico y abordaje de POP:

La mayor cantidad de mujeres del estudio presentaba un estadio avanzado de POP siendo el estadio IV Cx el más frecuente con un 38% seguido del III BA con 33%, es estadio que menos se presentó es el III BP con 1.7%. De los diferentes procedimientos que se realizaron para el abordaje del POP, la histerectomía vaginal reconstructiva fue la técnica quirúrgica más usada seguida de la histerectomía vaginal y en 3er lugar la colpoplastia anterior con un 58.3 %, 21.7% y 10% respectivamente. Utilizándose los demás procedimientos en menor porcentaje.

El 55% de la población (33), presentó recurrencia del prolapso posterior a la corrección quirúrgica. El tiempo promedio de para presentar recidivas fue de 6 a 12 meses con 65%, solo el 12.5% de la población en estudio presentó recidivas posterior a los 18 meses. La recurrencia se presentó en estadios avanzados, siendo la cúpula vaginal la parte que mayormente se prolapsa, con un 24.2% para los POP IIIC y IV C, al igual que para el IIBA. Los síntomas con mayor frecuencia en las pacientes con recidiva fueron la sensación de peso y de bulto en la vagina con 63.6% y 57.6% respectivamente. De las paciente que recidivaron, 48.5% necesitaron una nueva intervención quirúrgica para tratar su enfermedad y 39.4% se manejaron con tratamiento

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

conservador; además la cirugía que más se usó como tratamiento quirúrgico post recidiva fue la Colpocleisis de Leord con un 34%.

9.4 Complicaciones postquirúrgicas.

Se presentaron 3 complicaciones post quirúrgicas: lesión vesical, dehiscencia de la herida y la retención urinaria, representando un 5% para la población en estudio.

9.5 Relación/asociación de la recidiva del POP con las características sociodemográficas- antecedentes personales, hábitos de riesgo de las pacientes y técnica quirúrgica usada.

Con respecto a las características sociodemográficas y antecedentes personales:

En las mujeres mayores de 60 años la frecuencia de recurrencia fue de 61.4% en comparación al 37.5% presente en las menores de 60, el valor de P mediante la prueba de T Student mostró un valor de p 0.008, el cual se considera estadísticamente significativo. En las mujeres analfabetas, la frecuencia de recurrencia de POP es 72%, en cambio en las mujeres que tienen algún grado de educación, la frecuencia es del 42.9 %, con un valor de p= 0.02, observando otro dato significativo. Respecto a la paridad la recurrencia de POP aumentaba al ser esta mayor, las mujeres que tenían más de 6 partos presentaron 70% de recurrencia de POP, en cambio las mujeres que tenían entre 1-5 partos su frecuencia era del 47.5%, con valor de P= 0.08, sin ser dicho valor significativo. Respecto a la presencia o no de enfermedades crónicas, no hubo diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos.

La recurrencia de POP en las pacientes que tenían tabaquismo y alcoholismo fue similar en quienes presentaban o no presentaban estos hábitos patológicos (50% vs 50%). Este

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

comportamiento también se observó en los pacientes con el antecedente de sedentarismo. En las pacientes que tenían el antecedente de estreñimiento presentaron mayor frecuencia de recidivas del POP, con un 69.2%, valor de $p=0.24$. En las pacientes con obesidad la prevalencia de recurrencia fue menor en comparación a las pacientes con peso normal, con un valor de $p=0.35$. En estos casos no encontramos ningún valor estadísticamente significativo.

Los procedimientos quirúrgico que mayores recidivas reportan son la histerectomía vaginal y las colpoplastias con 76.9% y 58.3% respectivamente, el método que presento menores recidivas es la histerectomía vaginal reconstructiva 45.7%; sin embargo para todas ellas el valor de p (0.15) no es estadísticamente significativo.

10. Discusión

En cuanto a las características sociodemográficas la mayor parte de las pacientes se encuentran entre los 60 y 80 años, siendo la edad media los 64 años, el 61.4% de las pacientes que presentaron recidivas eran mayores de 60 años, constituyendo un factor asociado a la aparición de recidivas de POP con valor de P 0.008, este rango de edad también lo encontró Cohen (2013) ya que después de los 60 años es cuando más frecuente se vuelve el diagnóstico de POP. Espitia (2015) mencionó como edad promedio de aparición los 57 años, siendo la edad mayor de 55 años un factor de riesgo para POP, los que son similares a los resultados de nuestro estudio. Esta edad es la más frecuentes en todas las bibliografías mencionadas esto se puede deber a que muchos otros factores se suman a ella como por ejemplo la menopausia que lleva consigo la carencia de estrógenos.

Con respecto al nivel educativo la mayor parte de la población son iletradas y algunas solamente tienen educación primaria lo cual suma el 80% de la población de estudio, las pacientes analfabetas presentaban riesgo de recidivas con respecto a las letradas con valor de P (0.02) sustentando dicha aseveración; la casuística no se corresponde con los datos encontrados por Espitia (2015) ya que muestra que el 67.5% de su población tenían estudios universitarios y de secundaria y primaria, sin embargo, también demostraron que el 32.5% que eran iletradas y que este era un factor de riesgo para POP. (OR: 2,93 [IC 95%: 1,02-8,44]; $p < 0,05$). Dicho dato puede obedecer a otros factores encontrados, ya que por lo general entre menor es el nivel sociocultural de la población mayor es el número de gestas, obesidad y hábitos involucrados al POP.

En cuanto a la procedencia el 49 % de la población se encuentra en el área urbana. Para la ocupación el 35% son amas de casa, el porcentaje es igual para las pacientes que no tienen ninguna

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

ocupación (dicho dato puede obedecer a que las pacientes son ya muy mayores de edad y por ello no realizan ningún oficio ni desempeñan ninguna profesión); de momento no encontramos estudios con los que podamos realizar comparación de estos datos sin embargo rasgos ocupacionales con alta demanda física probablemente guarde relación con el analfabetismo y el estrato socioeconómico bajo, ya que el POP se relacionan con ocupaciones de estas características (Liu et al., 2022).

Las comorbilidades presentes en la población estudiada son hipertensión (40%) y diabetes (13.3%), las demás comorbilidades solo obedecen a menos del 10% del total. No encontramos ninguna paciente con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y solamente encontramos una paciente con asma, Por lo que no podemos realizar comparación con otros estudios los cuales demuestran que las patologías crónicas del aparato respiratorio están relacionadas con el POP. Dicho dato pudo obedecer que en el expediente clínico falto indagar una poco más sobre dichas patologías respiratorias.

De la población en estudio 70% no padecía ningún habito patológico al momento del estudio, y del restante 30 % que si tenían algún habito patológico, el 21% pertenecía al estreñimiento, 13% al sedentarismo y 3.3% fumaban e ingerían bebidas alcohólicas. Al correlacionarlas encontramos que no constituyen factor asociado para la aparición de recidivas de POP con un valor de p en el estudio de 0.99. Distintos hábitos tales como tabaquismo, alcoholismo, estreñimiento, sedentarismo y obesidad para otros autores como Bárbara y Noa, 2016 en Cuba, en un estudio de casos y controles reportan el hábito de fumar OR 0.53 valor de P 0.017 ingesta de bebidas alcohólicas 0.13 valor de p 0.002 fueron significativas con respecto al control,

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

no así la obesidad y el estreñimiento. Dicho dato es discrepante en nuestro estudio ya que se encontró que en algunas pacientes no se indagó sobre los hábitos en cuestión.

En cuanto a las gestas, la mayor cantidad de pacientes son multigestas y grandes multigestas con un porcentaje de 35% y 40% respectivamente, en el estudio realizado por Franklin J en 2015, encontró que el 69% de la población tenía 3 gestas a más, teniendo su valor de p 0.05%, en nuestro caso nuestro valor es de 0.08% con T Student para las gestas mayores de 6, sin embargo dicha diferencia se puede deber a que nuestra muestra fue menor en comparación con el estudio mencionado.

La menopausia se encontró presente en el 90% de la población, y obtuvimos un valor de p de 0.047, siendo para nosotros un valor significativo, lo que se corresponde con la edad de las pacientes. En el estudio realizado por Franklin J en 2015, muestran que el 42.4% de su población en estudio estaban en periodo de menopausia siendo su valor de P de 0,0032, lo que nos traduce que al igual que para nosotros para ellos también fue un valor estadísticamente significativo. Y si se trata de un factor de riesgo para recidivas. Como sabemos este dato está relacionado directamente con la edad, ya que esta patología se encuentra principalmente en mujeres mayores de 60 años, en quienes la menopausia ya está presente.

Con respecto a la sintomatología, los síntomas que presentaron con mayor frecuencia son la presencia de bulto vaginal con 80% y la sensación de peso vaginal con 61.7%, con respecto a lo mencionado por Franklin J en 2015 encontramos que los síntomas principales son los mismos sin embargo que el porcentaje de ellos es distinto siendo más frecuente la sensación de peso en la vagina con 42% y la de bulto vaginal de 17%. Estos síntomas suelen encontrarse acompañados

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

entre si y en compañía de otros ya que el POP ocasiona disfunción del piso pélvico tanto estructural como funcionalmente.

Para las técnicas quirúrgicas utilizadas en los procedimientos se encontró que la histerectomía vaginal reconstructiva la más usada, seguida de la histerectomía vaginal y en 3er lugar la colpoplastia anterior con un 58 %, 13% y 6% respectivamente. Utilizándose los demás procedimientos en menor porcentaje. Con respecto al estudio realizado por Paola y Lina en febrero 2022, al 31% de su población se le realizo histerectomía vaginal reconstructiva, que solo al 1.6% de la población se le realizo histerectomía vaginal y que al 30.8% de la población se le realizo colpoplastia anterior; dichas diferencias se pueden deber a que ellos tomaron en cuenta todos los grados de prolapsos en su estudio y que además realizaron otros tipos de procedimientos quirúrgicos como traquelectomia, sacrocolpopexia abdominal, histerectomía abdominal, sin embargo a pesar de ello podemos notar que la histerectomía vaginal reconstructiva es la técnica quirúrgica más usada para la corrección del POP a nivel nacional e internacional. No se encontraron estudios para comparar la técnica quirúrgica que más se asocia a POP, sin embargo podemos observar que cuando se trabajan la mayor parte de compartimientos menor recidiva hay en porcentaje, aunque en nuestro estudio el valor de p (0.15) fue igual para las técnicas usadas, sin demostrar significancia estadística.

Con respecto a las complicaciones podemos decir que fueron pocas, observándose solo en el 5% de la población, es importante mencionar que ninguna de las complicaciones presentes se considera mortal, y pudo ser corregida con facilidad, este porcentaje se considera bajo con respecto a los resultados obtenidos en el estudio de Rodríguez en 2022, que muestra hasta un 23% de complicaciones, esto se puede deber a que la población en estudio fue mayor y a que se utilizaron

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

más procedimientos quirúrgicos en el estudio en comparación. Consideramos entonces que se realizan procedimientos quirúrgicos seguros en el HFVP.

El tiempo de recurrencia mínimo fue de 6 meses, el periodo máximo de seguimiento que se le dio a las pacientes fue de 2 años, siendo el periodo de aparición de recidivas más frecuente entre los 6 y 12 meses representando un 65.2%; con respecto al porcentaje de recidiva fue alto encontrándose en el 55% de las pacientes sometidas a cirugías por POP, valor alto en comparación con los resultados mencionados por la SEGO en 2020, ya que se mencionó el 30% de recidivas, mientras que Irene Lurdana en 2008, tuvo solo un 9.2% de recidiva en un seguimiento de hasta 2 años. Como podemos observar dichos datos arrojan porcentajes de recidivas menores a los nuestras lo que puede obedecer tanto a la definición de recidiva como a la cantidad de personas incluidas en el estudio ya que para algunos autores no basta con la corrección anatómica ya que debe haber también una corrección funcional que incluyan falta de dolor, ausencia de incontinencia urinaria, entre otros síntomas.

Con respecto al tratamiento utilizado para la recurrencia, la mayoría de las pacientes necesitaron corrección a través de procedimientos quirúrgicos representando el 48% del total de las pacientes con recurrencia del prolapso, siendo el procedimiento quirúrgico más frecuente para resolución de la patología fue la colpoclesis de Leford con un 34.4%, en cambio con los hallazgos encontrados por Irene Lurdana en 2008, esta encuentra que hasta solo el 5% de las pacientes que recidivaron necesitaron reintervención quirúrgica. Dicho dato puede obedecer a que el grado de prolapso tras cirugía no fue elevado y por ende no requirió corrección quirúrgica.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

11. Conclusiones

- La edad más frecuente con diagnóstico de POP es de 64 años. La mayor parte son de procedencia urbana y amas de casa. En cuanto a los antecedentes ginecobstetricos predominantes fueron multigestas y grandes multigestas. De 60 pacientes estudiadas 54 estaban en periodo de menopausia.
- La sintomatología que más se encontró en pacientes portadoras de POP son la sensación del bulto en vagina (80%) y que la sensación de peso (61%).
- Los procedimientos que se realizaron para el abordaje del POP, fueron histerectomía vaginal reconstructiva el más usado, seguido de la histerectomía vaginal y en 3er lugar la colpoplastia anterior con un 58 %, 13% y 6% respectivamente.
- La recurrencia posterior a la cirugía es de 55%, la cúpula vaginal la parte que mayormente se prolapsa, con un 24.2%. El tiempo promedio de para presentar recidivas fue de 6 a 12 meses con 65%. El 48% necesitaron intervención quirúrgica luego de la recidiva para tratar su enfermedad y el 13% se manejaron con tratamiento conservador. Los procedimientos quirúrgicos que mayores recidivas reporta es la histerectomía vaginal 76.9%, el método que presento menores recidivas es la histerectomía vaginal reconstructiva en 45%.
- Las complicaciones posteriores a la cirugía representan 5%.
- Los factores que resultaron ser estadísticamente significativos son la edad, ocupación y la menopausia. Todos los demás datos que se correlacionaron no mostraron significancia estadística.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

12. Recomendaciones

12.1 A las autoridades del Ministerio de Salud:

- Establecer como protocolo la realización de histerectomía vaginal reconstructiva para el manejo de POP en estadios avanzados.
- Realizar un protocolo adecuado de seguimiento a las pacientes sometidas a procedimiento quirúrgico por POP para una mejor discriminación de las recidivas por esta patología.

12.2 Al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Fernando Vález Paiz:

- Realizar estudios analíticos relacionados al tema los cuales permitan establecer con mayor precisión el riesgo asociado de los distintos factores presentes en las pacientes y la aparición de recidiva de POP posterior al procedimiento quirúrgico.
- Indagar en la historia clínica todos los factores de riesgo conocidos por la literatura para POP.
- Utilizar la cuadrícula POP en todas las pacientes que presenten prolapso de órganos pélvicos y plasmarla debidamente en el expediente clínico estandarizando con ello la clasificación.

12.3 A las pacientes en general:

- Fomentar hábitos de vida saludable y planificación familiar responsable ya que de ahí parten los principales factores asociados para POP encontrados en el estudio y en la literatura.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

13. Limitantes del estudio.

1. Clasificación de POP en algunos de los expedientes clínicos sin establecer medidas en la tabla de 3x3.
2. Interrogatorio poco exhaustivo sobre factores de riesgo para POP.
3. Poco tiempo de seguimiento de algunas pacientes.
4. Ya que se trata de un Hospital escuela, detallar en las notas operatorias quien realiza el procedimiento quirúrgico, para que en estudios próximos se pueda valorar si la experiencia del cirujano en nuestro hospital está relacionado o no con las recidivas.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

14. Referencias bibliográficas.

Alfaro, L., & Mendoza, K. (2010). *FACTORES DE RIESGO DE RECURRENCIA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS POSTQUIRÚRGICO EN EL HEODRA, 2005-2009*. [Tesis de grado]. UNAN-León.

Busquets C, M., Castillo F, F., Bravo G, S., & Conteras P, D. (2009). USO DEL SISTEMA POPQ PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS PROLAPSOS: HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(1), 4-10. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262009000100002>

Castelazo, L., & Dominguez, H. (1963). MORFOLOGIA PELVICA DE VICIOS MAS FRECUENTEMENTE OBSERVADOS EN LATINOAMERICA. *Rev Col Obs Gine*, 14(1), 51-74.

Chang, O. H., Davidson, E. R. W., Thomas, T. N., Paraiso, M. F. R., & Ferrando, C. A. (2021). Predictors for Pelvic Organ Prolapse Recurrence After Sacrocolpopexy: A Matched Case-Control Study. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 27(1), e165-e170. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000874>

Cheung, R. Y. K., Shek, K. L., Chan, S. S. C., Chung, T. K. H., & Dietz, H. P. (2015). Pelvic floor muscle biometry and pelvic organ mobility in East Asian and Caucasian nulliparae. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 45(5), 599-604. <https://doi.org/10.1002/uog.14656>

Cohen, D. (2013). Prolapso genital femenino: Lo que debería saber. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(2), 202-209. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70151-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70151-2)

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Collins, S. A., O'Shea, M., Dykes, N., Ramm, O., Edenfield, A., Shek, K. L., van Delft, K., Beestrup, M., & Kenton, K. (2021). International Urogynecological Consultation: Clinical definition of pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, 32(8), 2011-2019. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04875-y>

Dargent, D., Mathevet, P., & Mellier, G. (2003). Tratamiento quirúrgico de los prolapsos genitales por vía vaginal. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 39(3), 1-18. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(03\)71912-2](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(03)71912-2)

DeLancey, J. O. L. (2016). What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 28(5), 420-429. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000312>

Dietz, H. P. (2008). Prolapse worsens with age, doesn't it? *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 48(6), 587-591. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00904.x>

Diez-Itza, I., Aizpitarte Gorrochategui, I., & Becerro Cortizas, A. (2008). Recurrencia funcional tras la cirugía del prolapso. Factores de riesgo asociados. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 51(3), 117-123. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)71066-5](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(08)71066-5)

Duró, J. C., Figueras, D. J., & del Val, J. L. (2008). Correlación entre laxitud articular y prolapso genital. *Reumatología Clínica*, 4(1), 40-41. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(08\)71795-9](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(08)71795-9)

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vélez Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Espitia de la Hoz, F. J. (2015). Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: Estudio de casos y controles. *Urología Colombiana*, 24(1), 12-18.
<https://doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.003>

Fialkow, M. F., Newton, K. M., & Weiss, N. S. (2008). Incidence of recurrent pelvic organ prolapse 10 years following primary surgical management: A retrospective cohort study. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 19(11), 1483-1487.
<https://doi.org/10.1007/s00192-008-0678-8>

Gachon, B., Desseauve, D., Fradet, L., Decatoire, A., Lacouture, P., Pierre, F., & Fritel, X. (2016). [Changes in pelvic organ mobility and ligamentous laxity during pregnancy and postpartum. Review of literature and prospects]. *Progres En Urologie: Journal De l'Association Francaise D'urologie Et De La Societe Francaise D'urologie*, 26(7), 385-394.
<https://doi.org/10.1016/j.purol.2016.02.001>

González Sánchez, B., Rodríguez-Mansilla, J., Toro García, A. de, & González López-Arza, M. V. (2014). Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(3), 381-400.
<https://doi.org/10.4321/S1137-66272014000300008>

Handa, V. L., Blomquist, J. L., McDermott, K. C., Friedman, S., & Muñoz, A. (2012). Pelvic Floor Disorders After Childbirth: Effect of Episiotomy, Perineal Laceration, and Operative Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 119(2 Pt 1), 233-239.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318240df4f>

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vélez Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 21(1), 5-26. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>

Hoz, F. J. E.-D. L. (2022). Prevalence and characterization of pelvic organ prolapse in women from Quindío, Colombia. 2016-2019. *Revista de La Facultad de Medicina*, 70(3), Art. 3. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.90175>

Huebner, M., & DeLancey, J. O. L. (2019). Levels of Pelvic Floor Support: What do they look like on Magnetic Resonance Imaging? *International urogynecology journal*, 30(9), 1593-1595. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03986-x>

Jones, K. A., & Harmanli, O. (2010). Pessary Use in Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 3(1), 3-9.

Lacima, G., & Espuña, M. (2008). Patología del suelo pélvico. *Gastroenterología y Hepatología*, 31(9), 587-595. <https://doi.org/10.1157/13128299>

Liu, X., Rong, Q., Liu, Y., Wang, J., Xie, B., & Ren, S. (2022). Relationship between high intra-abdominal pressure and compliance of the pelvic floor support system in women without pelvic organ prolapse: A finite element analysis. *Frontiers in Medicine*, 9, 820016. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.820016>

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Palma, P., Nogueira Barbosa, R., Ricetto, C., Hermann, V., Dambros, M., Rodrigues Netto Jr, N., & López, V. (2005). Correlación entre los prolapsos urogenitales y la presencia de detrusor hiperactivo. *Actas Urológicas Españolas*, 29(9), 879-883.

Pérez, Y. A., Torres, J. del C. M., Adams, E. M. R., González, A. A., & Delgado, J. Á. G. (2016). Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 8(S1), 99-110.

Ramírez, D. F. E., Arcos, J. A. L., Egas, M. E. C., & Molina, L. Y. M. (2020). Prolapso genital femenino, abordaje quirúrgico inicial. *RECIMUNDO*, 4(4), Art. 4.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.291-299](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.291-299)

Rodríguez, S., Fuentes, P., & Lina, P. (2022). *Caracterización y desenlaces de las pacientes llevadas a cirugía de corrección del prolapso genital en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, experiencia de 10 años*.
<http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/40010>

Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K., & Cunningham, G. (2008). *Ginecología Williams* (1.^a ed.). McGrawHill.

Schulten, S. F., Detollenaere, R. J., IntHout, J., Kluivers, K. B., & Van Eijndhoven, H. W. (2022). Risk factors for pelvic organ prolapse recurrence after sacrospinous hysteropexy or vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(2), 252.e1-252.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.04.017>

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Singh, R., Mahat, S., Singh, S., Nyamasege, C. K., & Wagatsuma, Y. (2021). The relationship between pelvic organ prolapse and short birth intervals in a rural area of Nepal. *Tropical Medicine and Health*, 49, 5. <https://doi.org/10.1186/s41182-021-00298-z>

Slieker-ten Hove, M. C. P., Pool-Goudzwaard, A. L., Eijkemans, M. J. C., Steegers-Theunissen, R. P. M., Burger, C. W., & Vierhout, M. E. (2009). The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 20(9), 1037-1045. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0902-1>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2020). Prolapso de los órganos pélvicos. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 63(1), 54-59.

Vancaillie, T., Tan, Y., Chow, J., Kite, L., & Howard, L. (2018). Pain after vaginal prolapse repair surgery with mesh is a post-surgical neuropathy which needs to be treated – and can possibly be prevented in some cases. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 58(6), 696-700. <https://doi.org/10.1111/ajo.12804>

Zeledón, M. (2008). *Recurrencia del prolapso de órganos pélvicos en la sala de ginecología del HEODRA en el periodo comprendido de enero del 2005—Enero 2008* [Tesis de posgrado]. UNAN-León.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

15. Anexos

15.1 Instrumento de recolección de datos e información.

 Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021. 		
Expediente:		Ficha #:
Características sociodemográficas y propias de las pacientes		
Edad:	Procedencia: Urbano____ Rural____	Antecedentes patológicos personales: HTA: Si____ No____ DM Si____ No____ EPOC Si____ No____ Otras:_____
Escolaridad Iltrado____ Primaria____ Secundaria____ Universitario____	Ocupación Ama de casa____ Domestica____ Comerciante____ Operaria/obrera____ Actividades profesionales____ Otro. ¿Cuál?_____	Hábitos: Estreñimiento Si____ No____ Tabaquismo: Si____ No____ Alcoholismo: Si____ No____ Sedentarismo: Si____ No____
IMC:____ 1. Normal____ 2.Sobrepeso____ 3. Obesidad 1____ 4. Obesidad 2____ 5. Obesidad 3____		Antecedentes GO : G:____P:____A:____C:____ Menopausia: Si____ No____ Años de menopausia hasta el diagnóstico del prolapso:_____

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Manifestaciones clínicas del prolapso de órganos pélvicos	
Sensación de peso: Si___No___ Bulto Vaginal: Si___No___ Síntomas urinarios: Si___No___ Síntomas defercatorios: Si___No___ Resequedad vaginal: Si___No___	
Diagnóstico y abordaje quirúrgico empleado	
Diagnóstico pre quirúrgico y grado de prolapso: III BA___ III BP___ III CX___ IV Cx___ _____	Fecha de la cirugía _____/_____/_____
Tipo de cirugías realizadas: Colpoplastia anterior___ Colpoplastia anterior y perineoplastia___ Colpoplastia posterior___ Colpoplastia posterior y perineoplastia___ Colpoplastia anterior, posterior y perineoplastia___ Histerectomía vaginal___ Histerectomía vaginal reconstructiva___	
Resultados post quirúrgicos	
Complicaciones post quirúrgicas: Hemorragia: Si___No___ Hematoma: Si___No___ Retención urinaria: Si___No___ Lesión de vías urinarias: Si___No___ Dehiscencia de herida quirúrgica: Si___No___ Infección del sitio quirúrgico: Si___No___	

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

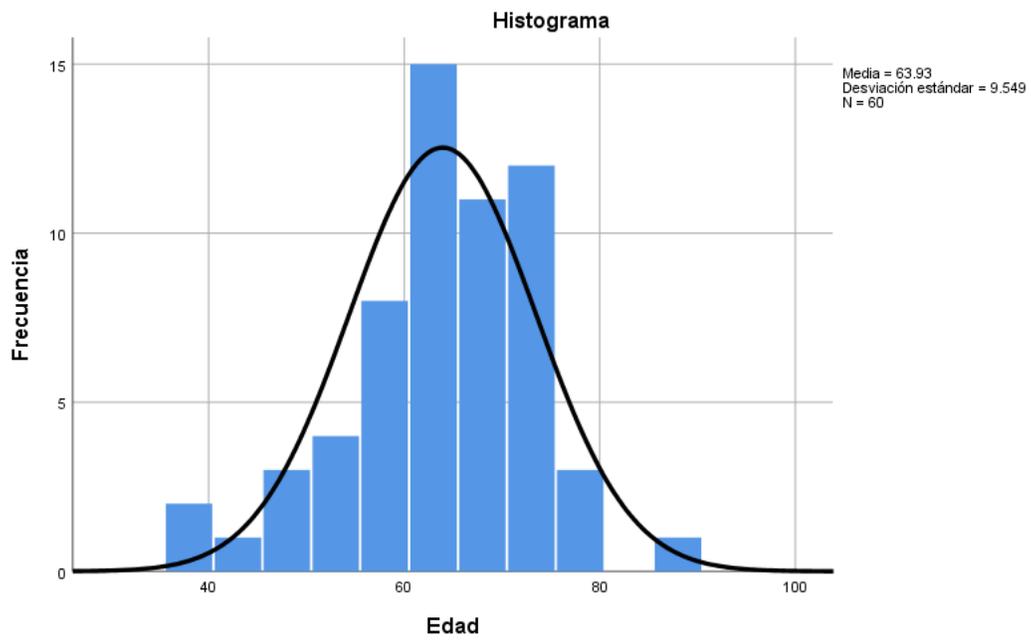
<p>Recurrencia de Prolapso de órganos pélvicos Si _____ 2. No_____</p>	<p>Tiempo en meses posterior al diagnóstico de la recidiva_____</p> <p>Grado de prolapso: 2____ 3____ 4____</p>
<p>Síntomas post-recidiva Sí ___ No___</p> <p>Exacerbación de síntomas iniciales: Sensación de peso: Si___ No___ Bulto Vaginal: Si___ No___ Síntomas urinarios: Si___No___ Síntomas defecatorios: Si___ No___</p>	<p>Tratamiento post recidiva: 1. Medico: Si___No___ 2. Quirúrgico: Si___No___ 3. No aplica:Si___No___</p>
<p>Procedimiento quirúrgico post recidiva:</p> <p>Colpoplastia Anterior:Si___No___</p> <p>Colpoplastia posterior: Si___No___</p> <p>Colpoplastia anterior y posterior +perineoplastia: Si___No___</p> <p>Histerectomia vaginal reconstructiva: Si___No___</p> <p>Colpocleisis de Leford:Si___No___</p>	

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

15.2 Tablas y figuras de los resultados:

Figura 9

Edad de las Pacientes en Estudio.



Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 2

Características sociodemográficas de la población en estudio.

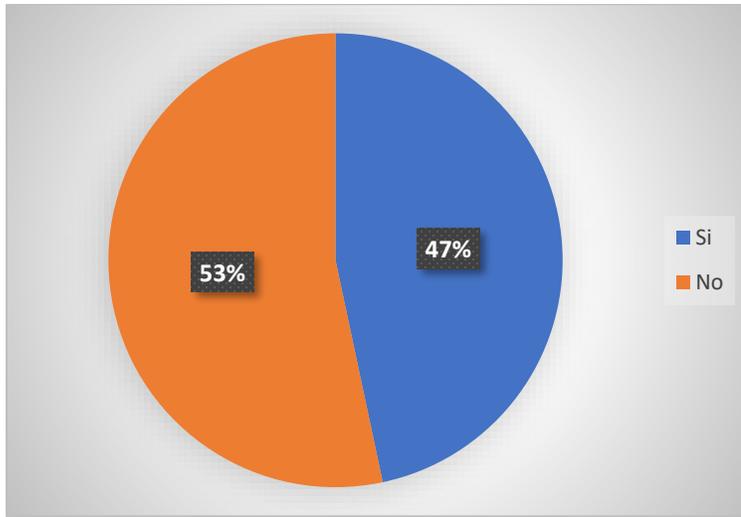
		N.	%
Procedencia	Urbano	49	81.7
	Rural	11	18.3
Escolaridad	Iletrado	25	41.7
	Primaria	23	38.3
	Secundaria	10	16.7
	Universitario	2	3.3
Ocupación	Ama de casa	42	70.0
	Doméstica	6	10.0
	Comerciante	7	11.7
	Operaria/obrero	3	5.0
	Profesional	2	3.3

Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Figura 10

Distribución Porcentual de las Pacientes Según la Presencia o Ausencia De Antecedentes Patológicos.



Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 3

Antecedentes patológicos encontrados.

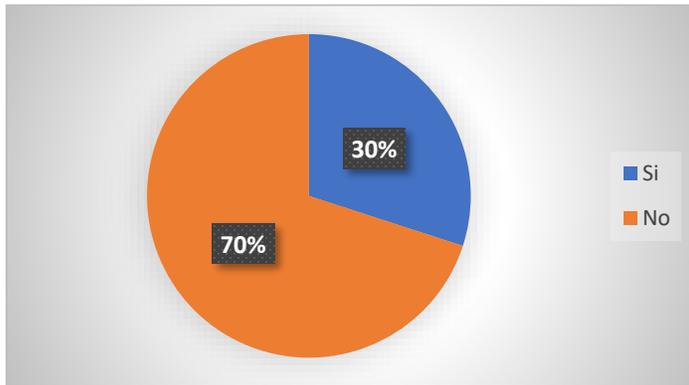
		N.	%
Hipertensión arterial	Si	24	40
	No	36	60
Diabetes Mellitus II	Si	8	13.3
	No	52	86.7
Otras patologías	Asma e hipertiroidismo	1	1.7
	Cardiopatía	1	1.7
	Epilepsia	1	1.7
	Insuficiencia venosa	4	6.6
	PVVS	1	1.7

Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Figura 11

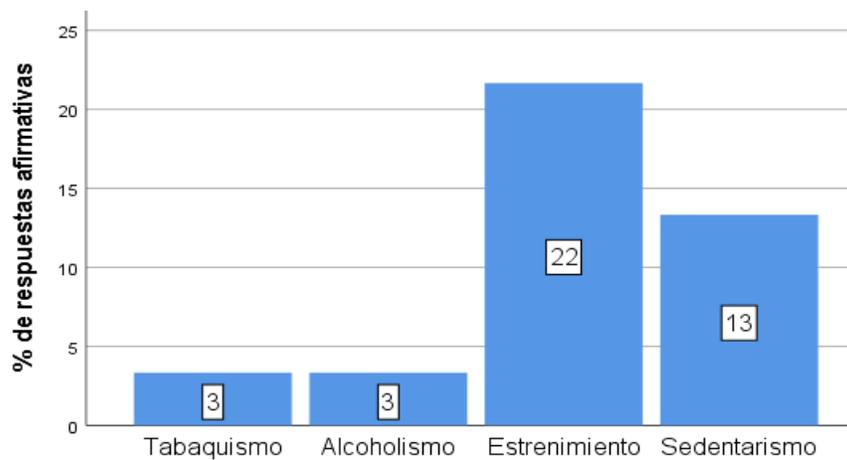
Hábitos patológicos en las pacientes a estudio.



Nota: Elaboración Propia.

Figura 12

Hábitos Patológicos Presentes En La Población.



Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 4

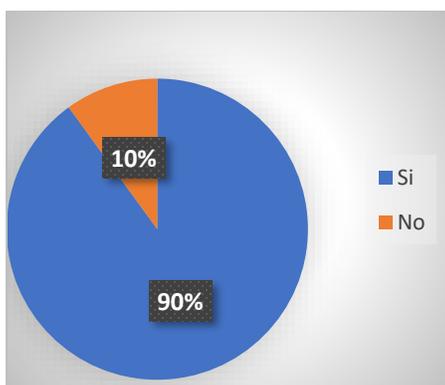
Gestaciones

		N.	%
Gestas	Primigesta	2	3.3
	Bigesta	5	8.3
	Trigesta	8	13.3
	Multigestas	21	35.0
	Gran multigesta	24	40.0

Nota: Elaboración propia.

Figura 13

Menopausia



Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 5

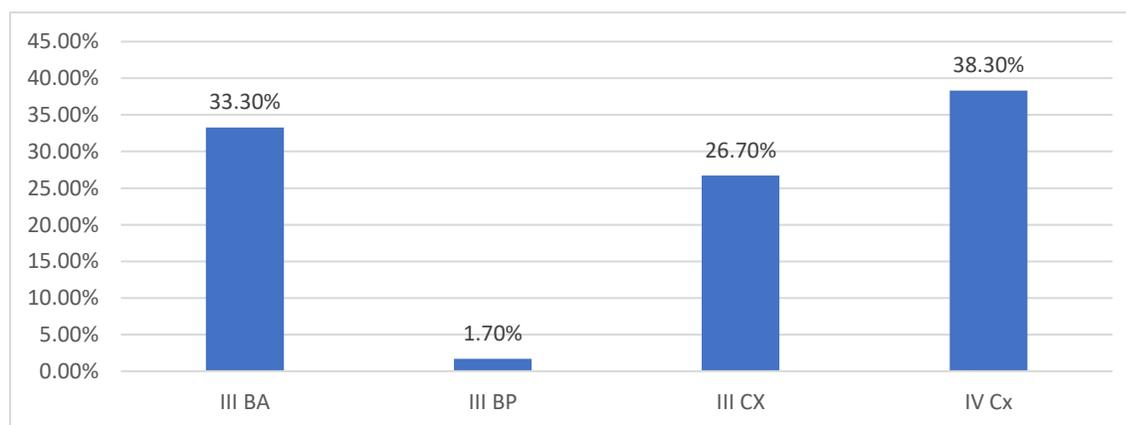
Síntomas Presentes al Momento del Diagnóstico de POP.

		N.	%
Sensación de peso vaginal	Si	37	61.7
	No	23	38.3
Sensación de bulto vaginal	Si	48	80.0
	No	12	20.0
Dolor pélvico	Si	10	16.7
	No	50	83.3
Síntomas urinarios	Si	7	11.7
	No	53	88.3
Síntomas defecatorios	Si	5	8.6
	No	53	91.4
Resequedad vaginal	Si	4	6.6
	No	56	93.3

Nota: Elaboración Propia.

Figura 14

Diagnóstico de POP Previo a la Cirugía.



Nota: Elaboracion propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 6

Tipo De Procedimiento Quirúrgico Para el Manejo de POP.

Tipo de cirugías realizadas	Frecuencia	Porcentaje
Colpoplastia anterior	6	10.0
Colpoplastia anterior y perineoplastia	2	3.3
Colpoplastia posterior	1	1.7
colpoplastia anterior posterior y perineoplastia	3	5.0
Histerectomía vaginal	13	21.7
Histerectomía vaginal reconstructiva	38	58.3

Nota: Elaboración Propia.

Tabla 7

Complicaciones Postquirúrgicas.

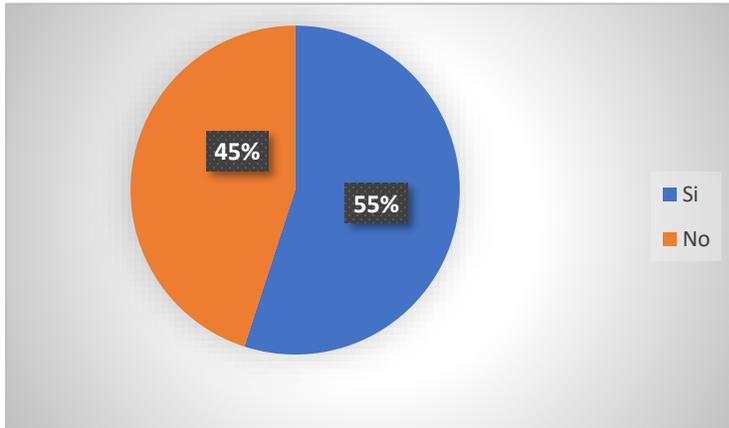
	N.	%
Complicaciones postquirúrgicas	3	5.0
Dehiscencia de la herida	1	1.7
Lesión vesical	1	1.7
Retención Urinaria	1	1.7

Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Figura 15

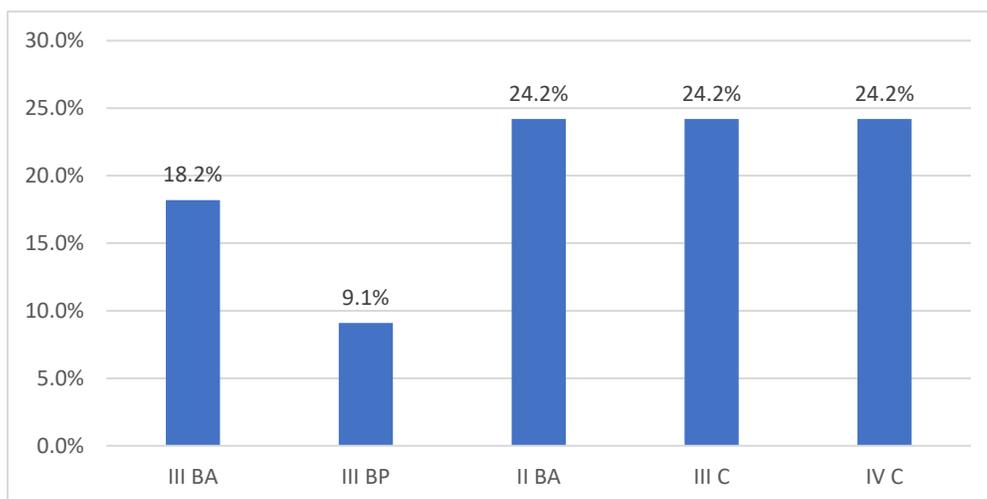
Recurrencia Del Prolapso Posterior a la Intervención Quirúrgica.



Nota: Elaboración propia.

Figura 16

Diagnóstico De Las Pacientes Con Recidiva De POP.



Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 8

Tiempo de Recurrencia Desde la Cirugía Hasta el Nuevo Diagnóstico de POP.

		N.	%
Tiempo de	6-12meses	21	65.6
recurrencia	12-18 meses	8	21.9
	≥18 meses	4	12.5

Nota: Elaboración propia.

Tabla 9

Síntomas y Signos en las Pacientes con Recidiva De POP.

Síntomas y signos		N.	%
Síntomas presentes en la recidiva	Si	33	100
	No	0	0.0
Sensación de peso vaginal RCD	Si	21	63.6
	No	12	36.4
Dolor pélvico	Si	5	15.2
	No	28	84.8
Sensación de bulto vaginal RCD	Si	19	57.6
	No	14	42.4
Síntomas urinarios RCD	Si	1	3
	No	32	97

Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 10

Tratamiento Utilizado en Pacientes con Recurrencia.

		N.	%
Tratamiento post	Tratamiento quirúrgico	16	48.5
Recidiva	Tratamiento conservador	13	39.4
	No aceptaron ningún tratamiento	4	12.1
Tratamiento QX post			
Recidiva	Colpoplastia anterior	2	6.3
	Colpoplastia posterior	1	3.1
	Colpoplastia anterior y posterior	2	6.3
	Colpocleisis de Leford	11	34.4

Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 11

Recidiva de POP Según Características Sociodemográficas y Antecedentes Personales.

		Recurrencia de POP						Valor de p
		Si		No		Total		
		N.º	% fila	N.º	% fila	N.º	% fila	
Edad	≥ 60	27	61.4	17	38.6	44	100	0.008*
	< 60	6	37.5	10	62.5	16	100	
Analfabetismo	Si	18	72	5	28	25	100	0.02
	No	15	42.9	20	57.1	35	100	
Procedencia	Rural	6	54.5	5	45.5	11	100	0.97
	Urbano	27	55.1	22	44.9	49	100	
Paras	≥ 6	14	70.0	6	30.0	20	100	0.08
	1-5	19	47.5	21	52.5	40	100	
Menopausia	Si	32	59.3	22	40.7	54	100	0.047
	No	1	16.4	5	83.3	6	100	
Comorbilidades crónicas	Si	18	64.3	10	35.7	28	100	0.17
	No	15	46.9	17	53.1	32	100	

Nota: *Para edad el cálculo de la correlación con T de student el valor p es=0.008.

Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 12

Recidiva de POP Según Hábitos Patológicos Presentes en la Población.

		Recurrencia de POP						Valor de p
		Si		No		Total		
		N.º	% fila	N.º	% fila	N.º	% fila	
Hábitos presentes	Si	10	55.6	8	44.4	18	100	0.99
	No	23	54.8	19	45.2	42	100	
Tabaquismo	Si	1	50.0	1	50.0	2	100	0.88
	No	32	55.2	26	44.8	58	100	
Alcoholismo	Si	1	50.0	1	50.0	2	100	0.88
	No	32	55.2	26	44.8	58	100	
Estreñimiento	Si	9	69.2	4	30.8	13	100	0.24
	No	24	51.1	23	48.9	47	100	
Sedentarismo	Si	4	50.0	4	50.0	8	100	0.76
	No	29	55.8	23	44.2	52	100	
Obesidad	Si	8	44.4	10	55.6	18	100	0.35
	No	23	57.5	17	42.5	40	100	

Nota: Elaboración propia.

Resultado de las cirugías correctivas de prolapso de órganos pélvicos y factores asociados a la recidiva en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, Enero 2018-Diciembre 2021.

Tabla 13

Recidiva de POP Según el Procedimiento Quirúrgico.

	Recurrencia de POP						
	Si		No		Total		Valor de p
	N.º	% fila	N.º	% fila	N.º	% fila	
Colpoplastias anterior y/o posterior	7	58.3	5	41.7	12	100	0.15
Histerectomía vaginal	10	76.9	3	23.1	13	100	
histerectomía vaginal reconstructiva	16	45.7	19	54.3	35	100	

Nota: El valor de p es igual para todos los procedimientos.

Fuente: Elaboración propia.