

**COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS SUBJETIVOS EN EL
POSTOPERATORIO TARDÍO DE DOS TÉCNICAS PARA COLPORRAFIA
ANTERIOR EN PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS**

Universidad Militar Nueva Granada
Hospital Universitario Clínica San Rafael
Programa de Especialización en Ginecología Y Obstetricia
Bogotá, Enero 2015

**COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS SUBJETIVOS EN EL
POSTOPERATORIO TARDÍO DE DOS TÉCNICAS PARA COLPORRAFIA
ANTERIOR EN PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS**

Dra. Ana Tatiana Palacios Torres

Dra. Claudia Milena López

Trabajo de grado para optar al título de Especialistas en Ginecología y Obstetricia

TUTOR TEMÁTICO:

Dra. Lina Soledad Garzón Pulido

Ginecóloga HUCSR

TUTOR METODOLOGICO

Dra. Mariana Villaveces

Universidad Militar Nueva Granada

Hospital Universitario Clínica San Rafael

Programa de Especialización en Ginecología Y Obstetricia

Bogotá, Enero 2015

AUTORES

Dra. Ana Tatiana Palacios Torres

Médica y Cirujana Pontificia Universidad Javeriana
Estudiante especialización Ginecología y Obstetricia
Universidad Militar Nueva Granada
Email: tatiana.palaciosmd@gmail.com

Dra. Claudia Milena López

Médico Universidad Pedagógica Tecnológica de Colombia
Estudiante especialización Ginecología y Obstetricia
Universidad Militar Nueva Granada
Email: lopezlopezcm4@gmail.com

Instituciones participantes

Hospital Universitario Clínica San Rafael
Universidad Militar Nueva Granada

“La Universidad Militar Nueva Granada, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

*A Ricardo, que ha sido mi compañero y gran soporte en este camino.
A mis padres Esperanza y Orlando por su apoyo incondicional.
A todas las pacientes que hacen de nuestra práctica médica un reto cada día.*

Tatiana

*Al Doctor Miguel Ángel Montañez, por ser mi mejor motivación
y por su constante e incondicional apoyo*

Claudia.

Agradecimientos

A cada uno de los docentes que hicieron de nuestro proceso de formación un camino para ser mejores personas y excelentes profesionales.

A la Universidad Militar Nueva Granada, por darnos la oportunidad de crecer como seres humanos y como profesionales de la Salud.

Al Hospital Universitario Clínica San Rafael por haber sido no sólo nuestro hospital base sino nuestra casa por estos tres años.

Al doctor Jorge Niño por haber confiado en nosotras y habernos dado la oportunidad de formar parte de la Unidad de Ginecología y Obstetricia HUCSR.

A la doctora Lina Soledad Garzón por su invaluable contribución en nuestra formación como profesionales, por inculcarnos ese amor y dedicación a las pacientes y por ser un ejemplo a seguir en la práctica médica.

A todas las personas que pusieron su grano de arena para convertirnos hoy en las profesionales que somos.

Tabla de contenido

	pág
1. Introducción	14
2. Planteamiento del problema y pregunta de investigación	16
3. Justificación	18
4. Marco teórico	19
4.1 <i>Generalidades</i>	19
4.2 <i>Fisiopatología</i>	20
4.2.1 <i>Factores de riesgo</i>	20
4.3 <i>Clasificación de prolapso piso pélvico</i>	22
4.4 <i>Técnicas quirúrgicas</i>	24
4.5 <i>Complicaciones Postoperatorias</i>	25
4.5.1 <i>Reprolapso</i>	26
4.5.2 <i>Dispareunia y dolor pélvico</i>	31
4.5.3 <i>Retención urinaria</i>	32
4.6 <i>Estado del arte</i>	34
5. Objetivos	36
5.1 <i>Objetivo General</i>	36
5.2 <i>Objetivos específicos</i>	36
6. Metodología	37
6.1 <i>Diseño y tipo del estudio</i>	37
6.2 <i>Hipótesis del estudio</i>	38
6.3 <i>Población y muestreo</i>	38
6.4 <i>Fuentes de información</i>	38
6.5 <i>Criterios de elegibilidad</i>	39
6.6 <i>Variables</i>	40

6.7	<i>Control de sesgos</i>	41
6.8	<i>Análisis estadístico</i>	42
6.9	<i>Prueba piloto</i>	42
7.	Aspectos éticos	44
8.	Consideraciones administrativas	46
	8.1 Cronograma	46
	8.2 Presupuesto	47
	8.3 Organigrama	48
9	Resultados	49
10.	Discusión	58
11.	Conclusiones y recomendaciones	63
10.	Referencias bibliográficas	65
11	Anexos	68
	11.1 Cuestionario de satisfacción	68
	11.2 Protocolo de llamada	70
	11.3 Norma técnica – Revista Med	71

Lista de tablas

	Pág
Tabla 1 <i>Parámetros del puntaje POP-Q</i>	26
Tabla 2 <i>Factores de riesgo para prolapso genital</i>	29
Tabla 3. <i>Variables</i>	39
Tabla 4. <i>Caracterización de la población</i>	49
Tabla 5. <i>Principales resultados en ambos grupos</i>	51
Tabla 6 <i>Comparación de complicaciones tardías con ambas técnicas</i>	53
Tabla 7. <i>Relación de reintervención y tipo de sutura</i>	55

Lista de figuras

	pág
Figura 1 <i>Representación del defecto pericervical</i>	21
Figura 2 <i>Representación del defecto lateral</i>	22
Figura 3 <i>Representación del defecto central</i>	22
Figura 4 <i>Colporrafia anterior – Plicatura de Kelly</i>	24
Figura 5 <i>Representación gráfica del puntaje POP-Q y sus puntos de valoración</i>	26
Figura 6 <i>Distribución de población según técnica realizada</i>	50

Lista de siglas

APTF	Arco tendíneo de la fascia pélvica
CSE	Colporrafia de sitio específico
DCA	Defecto de compartimiento anterior
OMS	Organización Mundial de la Salud
POP	Prolapso de órgano pélvico
POPQ	Sistema de cuantificación de prolapso de órgano pélvico
PPP	Prolapso de piso pélvico
RPM	Residuo postmiccional
TVT-O	Cistouretropexia con cabestrillo libre de tensión.

Introducción: Actualmente la colporrafia anterior se lleva a cabo mediante dos técnicas principales, la técnica tradicional y la técnica de sitio específico. Se pretende comparar los resultados subjetivos del postoperatorio tardío en pacientes postmenopáusicas a cuatro años.

Metodología: Se realizó un estudio transversal descriptivo incluyendo todas las pacientes postmenopáusicas llevadas a colporrafia anterior entre agosto 2009 y junio de 2012, evaluando la satisfacción general de manera subjetiva en las pacientes por lo menos un año después.

Resultados: El promedio de edad fue de 61 años. Ambas técnicas presentaron niveles de satisfacción por encima de 90%, hubo diferencias significativas en la persistencia de dolor pélvico crónico y dispareunia de novo con la técnica tradicional ($p < 0,01$). El resto de complicaciones tardías mostraron resultados no significativos.

Discusión: La técnica tradicional y técnica de sitio específico presenta buenos resultados siendo más favorable la técnica de sitio específico en cuanto a dolor pélvico postoperatorio.

Palabras clave: Colporrafia de sitio específico, colporrafia anterior, prolapso genital.

Introduction: Actually the anterior colporrhaphy is performed by gynecologists through two main techniques: the traditional technique and the site-specific technique. This study aims to compare subjective outcomes in postmenopausal patients taken to one of these two procedures, during a four year postoperative period.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was performed including all postmenopausal patients who were taken to anterior colporrhaphy between August 2009 and June 2012, and asses subjectively the overall satisfaction and main outcomes in all patients at least one year after it was conducted.

Results: The mean age was 61 years. Both techniques showed satisfaction levels above 90 %, but there were significant differences in the presence of persistent chronic pelvic pain and di novo dyspareunia with traditional technique ($p<0,01$). Other late complications showed no significant results.

Discussion: The traditional and site-specific techniques present successful results in terms of postoperative pelvic pain and other chronic complications, being the site-specific technique more favorable for all patients.

Keywords: colporrhaphy specific site, anterior colporrhaphy, genital prolapse.

1. Introducción

El prolapso de piso pélvico, comúnmente descrito por la paciente como sensación de masa vaginal es uno de los principales motivos de consulta en ginecología y una de las principales causas de limitación en la vida diaria de las pacientes postmenopáusicas, alterando su vida sexual, actividades cotidianas y seguridad personal ^(1,2,3). Afecta al 40% de mujeres postmenopáusicas y presenta un impacto directo en la función urinaria, sexual y gastrointestinal (incontinencia fecal o de flatos),⁽⁴⁾ así como un gran impacto en la calidad de vida.^(4,5) Una de cada 10 mujeres tendrá síntomas severos que afectan la calidad de vida y que requieren manejo quirúrgico ⁽⁶⁾.

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la expectativa de vida de las mujeres en nuestro país ha pasado de 70 años en 1990 a 76 años en 2012 ⁽⁷⁾. Nuestra población femenina mayor de 60 años es de aproximadamente un 9 a 10 %; siendo la menopausia el periodo en el cual las disfunción del soporte del piso pélvico se presenta con mayor frecuencia, por cambios atróficos y el debilitamiento de los tejidos de soporte, haciendo su aparición clínica.

Existen factores de riesgo asociados para el desarrollo del mismo entre los cuales están la multiparidad, IMC y la edad ⁽⁸⁾. Se considera que la prevalencia aproximada del prolapso de piso pélvico varía de acuerdo a la edad: entre 40-59 años su frecuencia es 26.5 %, 60-79 años es de 36.8% y mayor de 80 años es de 49.7%.

Históricamente la técnica utilizada para la corrección de los defectos de compartimiento anterior (DCA) es la colpografía anterior, inicialmente descrito por Kelly en 1913. Esta técnica de colpografía anterior consiste en la plicatura de la fascia pubocervical y vesicovaginal en la línea media. Este procedimiento tiene un porcentaje de éxito entre 60 y 70% a los dos meses y un año. El principal inconveniente de esta técnica es la alta tasa de repropulso (nuevo prolapso). Está establecido que a mediano y largo plazo, las tasa de repropulso pueden estar entre 20-40 %.

La colporrafia anterior de sitio específico (CSE) surgió junto con la teoría integral de soporte de piso pélvico, y está basada en complementar la plicatura de la fascia pubocervical-vesicovaginal, con el soporte que puede brindar el arco tendíneo de la fascia pélvica (APTF). EL APTF es una estructura ligamentosa, horizontal y bilateral, que surge justo por encima del ligamento pubouretral en la sínfisis púbica y se inserta en la parte posterior en la espina isquiática. La vagina se encuentra suspendida desde estos ligamentos en ambos lados simulando una “hamaca”. La fuerza de los músculos elevadores del ano tiene la capacidad de tensionar el APTF y a su vez a la vagina. En este procedimiento además de realizar la plicatura de la fascia pubocervical, se realiza una fijación con material de sutura absorbible de duración intermedia, tal como la poliglactina, sobre el APTF de forma bilateral. Esto adiciona la posibilidad de generar mayor soporte a la fascia pubocervical y vesicovaginal, y además involucra la corrección de defectos paravaginales.

Estudios reportan que la reparación quirúrgica de los defectos de piso pélvico puede tener resultados favorables a largo plazo, mejorando la calidad de vida de las pacientes sometidos a estos. ⁽¹⁾

2. Problema

El prolapso del piso pélvico (PPP) es una condición clínica muy común, especialmente en las pacientes postmenopáusicas. Estudios previos han mostrado que la prevalencia que varía entre 11-19%^(9,10), con cifras tan elevadas como del 31.7%⁽¹¹⁾. Los principales factores de riesgo relacionados son la edad avanzada, paridad y el índice de masa corporal. El PPP se puede llegar a relacionar hasta con un 40% con incontinencia urinaria y en menor proporción con incontinencia fecal, lo cual tiene un gran impacto en la calidad de vida de las pacientes. Una de cada diez mujeres tendrá síntomas severos que afectan la calidad de vida y que requieren manejo quirúrgico⁽⁶⁾.

Dentro de las dos técnicas descritas para la corrección de los DCA encontramos una diferencia en cuanto al tamaño y de la disección y las estructuras comprometidas en la corrección del defecto. Hay temor con la disección de la colpografía de sitio específico, a pesar de no utilizar materiales adicionales, se cree que la disección más amplia podría llevar a la paciente a un riesgo aumentado de complicaciones en el postoperatorio inmediato, sin poder evaluar aún en la literatura cuales son las diferencias en cuanto resultados a largo plazo, por lo cual no se hace de rutina, a pesar de ser más fisiológica.

No existen muchos estudios previos similares, sin embargo las publicaciones actuales se basan en técnicas paravaginales tanto por vía vaginal como laparoscópica, los cuales involucran el APTF y se enfocan en pacientes con defectos predominantemente laterales. Además en la mayoría de estos estudios se involucra el uso de materiales adicionales como mallas e injertos. Por lo tanto, la incidencia de complicaciones postoperatorias se aumenta considerablemente; sin embargo basados en la corrección fisiológica de la colpografía de sitio específico, se cree puede llegar a tener mejores resultados a largo plazo en cuanto a reaparición de masa vaginal (reprolapso).

Comparación de los resultados subjetivos en el postoperatorio tardío de dos técnicas de colporrafia anterior en pacientes postmenopáusicas

Ana Tatiana Palacios
Claudia Milena López

Pregunta de investigación

Cuál de las dos técnicas para colporrafia anterior presenta mejores resultados subjetivos en pacientes postmenopáusicas en un hospital de tercer nivel de Bogotá?

3. Justificación

Al evaluar la diferencia entre estas dos técnicas quirúrgicas, la colporrafia anterior tradicional y la colporrafia anterior de sitio específico, durante el postoperatorio tardío, se podrá definir anatómicamente y fisiológicamente cual es la mejor técnica para el manejo de la patología con menor índice de complicaciones y mayor índice de satisfacción por parte de las pacientes. De esta manera, también permitirá lograr adoptar una técnica como institucional en el Hospital Universitario clínica San Rafael.

Para valorar el éxito de la intervención hay que incluir variables que midan la sintomatología de las pacientes, al ser esta una cirugía funcional, no se puede militar el éxito solo a la reparación anatómica.

Conociendo los principios anatómicos y funcionales de ambos procedimientos, se podrá determinar la incidencia de repropulso evaluada como reaparición de masa vaginal, basándonos en la mejoría subjetiva de las pacientes respecto a su motivo de consulta que en principio es la principal indicación para realizar este procedimiento.

Así mismo se evaluarán otras complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico a largo plazo (1-4 años) dentro de estas complicaciones postoperatorias tardías, retención urinaria, dolor pélvico crónico y disfunción sexual o dispareunia.

4. Marco Teórico

4.1 Generalidades

El prolapso del piso pélvico (PPP) es una condición clínica muy común, especialmente en las pacientes postmenopáusicas.

Afecta al 40% de mujeres postmenopáusicas presentando un impacto directo en la función urinaria y el función intestinal (incontinencia fecal)⁽⁴⁾ así como en la calidad de vida ^(4,5).

La menopausia, definida como el cese de menstruaciones por dos años o más, aparición de síntomas vasomotores explicado por cese de producción hormonal ovárica. En promedio se presenta en la quinta década de la vida, con repercusión en múltiples sistemas y aparición progresiva de cambios en la configuración de la mucosa vaginal entre otros.

En esta etapa se presenta más frecuentemente la disfunción del soporte del piso pélvico, por cambios atróficos y el debilitamiento de los tejidos de soporte, con la consecuente aparición de prolapso de órganos pélvicos.⁽¹²⁾

Diferentes estudios han documentado las implicaciones que tiene el prolapso genital en la vida cotidiana de las mujeres tanto en su vida diaria, como en su imagen corporal y seguridad personal.^(1, 13, 14)

Damiani y colaboradores, evaluaron la calidad de vida pre y postquirúrgica en pacientes con prolapso genital sin tener una comparación entre las diferentes técnicas quirúrgicas.

Evaluaron la satisfacción global de las pacientes posterior a la corrección de prolapso de compartimiento anterior, apical y posterior llegando a la conclusión que había una disminución de la sintomatología descrita previa al procedimiento quirúrgico, siendo estadísticamente significativa para los síntomas vaginales y para los miccionales de vaciamiento incompleto.⁽¹³⁾

Nuestra población femenina mayor de 60 años corresponde a aproximadamente un 9 a 10 % y en esta edad es cuando los defectos del piso pélvico hacen su aparición clínica. Se considera que la prevalencia aproximada del PPP varía de acuerdo a la edad: Entre 40-59 años su frecuencia es de 26.5 %, entre 60-79 años es de 36.8% y mayor de 80 años es de 49.7%. Una de cada diez mujeres tendrá síntomas severos que afectan la calidad de vida y que requieren manejo quirúrgico ^(6,15)

4.2 Fisiopatología

La fisiopatología de este desorden prevalente es multifactorial, incluye los partos vaginales, otros factores de riesgo obstétricos, así como la edad avanzada, índice de masa corporal, tabaquismo, constipación e histerectomía vaginal^(12,16,17)

A pesar de estos factores de riesgo, existe un gran componente de riesgo que no ha sido identificado.⁽⁶⁾

Es posible que el componente genético contribuya significativamente en el desarrollo de prolapso. Estudios han demostrado riesgo 5 veces mayor de presentar prolapso genital entre hermanos de una mujer con prolapso genital severo comparado con la población general. 10 así como una mayor incidencia de prolapso en gemelas⁽¹⁸⁾ así como en hermanas nulíparas o múltiparas.⁽¹⁹⁾

La interrelación entre los factores epidemiológicos, ambientales y genéticos para el prolapso del piso pélvico contribuyen a la epidemiología genética del mismo.⁽⁶⁾

4.2.1. Factores de riesgo

Múltiples estudios consideran multifactorial la etiología de la disfunción del piso pélvico, reconociendo como los principales factores de riesgo la edad, obesidad, el parto vaginal⁽¹²⁾. Otros autores sugieren una asociación con patologías crónicas como la diabetes mellitus, patologías del tejido conectivo, patologías neurológicas e incluso con predisposición genética para desarrollar estas alteraciones o desordenes del soporte del piso pélvico.⁽²⁰⁾

- Multiparidad

Múltiples estudios reportan que los defectos del piso pélvico son más frecuentes en pacientes múltiparas en comparación con las nulíparas de la misma edad. Incluso que hay una mayor incidencia de trastornos o defectos del piso pélvico, con posterior desarrollo de prolapso genital en pacientes que han tenido un parto vaginal que un parto por cesárea. Un solo parto vaginal aumenta casi 10 veces más el riesgo de padecer un prolapso de órganos pélvicos. Y los partos adicionales no representan un riesgo adicional significativo. Sin embargo otros autores reportan que el incremento en la paridad representa un aumento del riesgo de prolapso de órganos pélvicos.

Las probabilidades de prolapso con un parto vaginal son de nueve veces más con resultados estadísticamente significativos (OR 9.73, IC 95%: 2,68 a 35,35), comparado con los nacimientos por cesárea que no se asociaron con el prolapso (OR 1,31; IC del 95%: 0,49 a 3,54).^(21,22)

El mecanismo exacto de la lesión del piso pélvico tras un parto vaginal no se conoce con exactitud, sin embargo puede suponerse es secundario a lesión mecánica y neurovascular. En estudios observacionales informan determinadas maniobras obstétricas que representan factores de riesgo para los trastornos del suelo pélvico, parto vaginal instrumentado, prolongado segunda etapa del parto, macrosomía fetal y laceraciones perineales⁽²⁰⁾

- Obesidad

Los daños o defectos del suelo pélvico en pacientes obesas son mucho más frecuentes respecto a pacientes con índices de masa corporal dentro de los rangos de normalidad. Incluso pacientes obesas tratadas quirúrgicamente para la obtención de pérdida de peso muestran una respuesta benéfica sobre los síntomas de los defectos del piso pélvico en mujeres con obesidad mórbida. Además se asocia con morbilidades adicionales que aumentan el riesgo quirúrgico, la dificultad técnica quirúrgica, el sangrado y el tiempo de estancia hospitalaria.

El impacto de la obesidad es determinante, la prevalencia de la disfunción del suelo pélvico es más alta (57%) en mujeres con obesidad mórbida (IMC > 40), y significativamente mayor (53%) en mujeres con obesidad severa (IMC > 35) en comparación con (44%) mujeres con índices de masa corporal de 30 a 34.⁽²³⁾

- Edad

En cuanto a la edad de la paciente al momento de tener su primer parto, también se ha catalogado como factor de riesgo para la disfunción de piso pélvico. Estudios⁽²⁴⁾ reportan una fuerte asociación entre los síntomas de estrés urinario, incontinencia y una edad materna igual o mayor de 30 años⁽²⁰⁾.

4.3 Clasificación de los prolapsos de piso pélvico

Los PPP se dividen dependiendo el componente que afecten, dentro de estos están:

- 1) Defectos del componente anterior
- 2) Defectos de componente apical
- 3) Defectos de componente posterior.

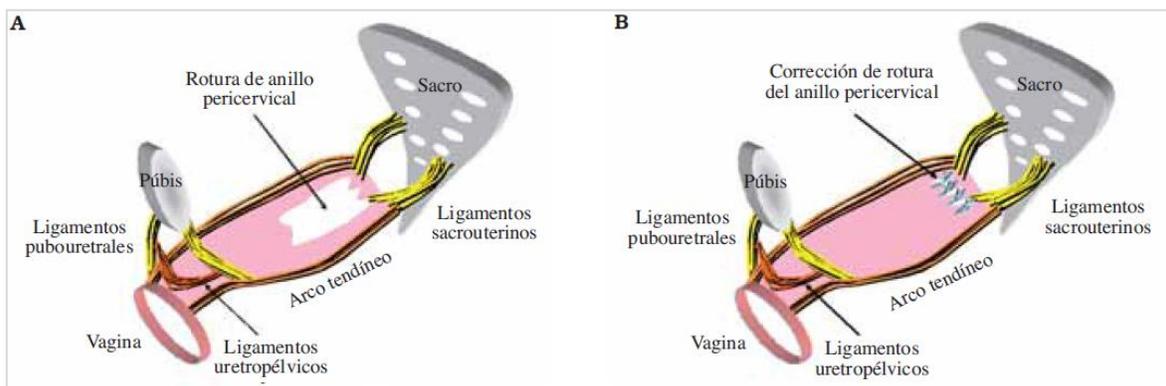
Se cuantifica con el sistema POPQ, (sistema de cuantificación de prolapso de órgano pélvico). Tomando como referencia 6 puntos anatómicos, y su relación con respecto al introito vaginal.

Actualmente se considera que los prolapsos de la pared vaginal anterior definido como herniación de órganos dependientes del compartimento anterior, pueden presentarse por 3 defectos diferentes en la fascia vesicovaginal que a su vez pueden surgir de forma combinada: defecto pericervical, lateral y central.

Defecto pericervical:

La importancia de la desinserción de la fascia vesicovaginal del anillo pericervical, fue por varios años subvalorada. Actualmente se considera altamente prevalente en los prolapsos vaginales anteriores y su tratamiento consiste en la sutura de la fascia en el anillo pericervical, asociada generalmente a colporrafia anterior o implante de prótesis. (Figura 1)

Figura 1. Representación del defecto pericervical

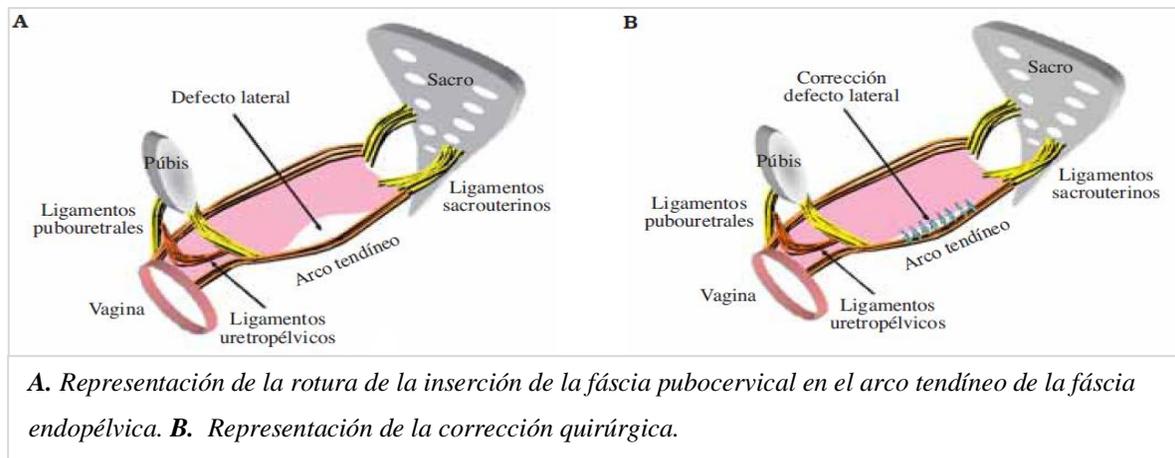


Tomado de Palma P et al./Actas Urol Esp. 2008;32(6):618-623

Defecto lateral:

Se presenta cuando hay ruptura de la fascia vesicovaginal del arco tendíneo, puede ser uni o bilateral, se verifica la desaparición de los surcos laterales de la pared vaginal anterior. Su tratamiento es realizado a través de la aplicación de suturas, del borde lateral de la fascia desinsertada, al arco tendíneo de la fascia endopélvica.

Figura 2. Representación del defecto lateral

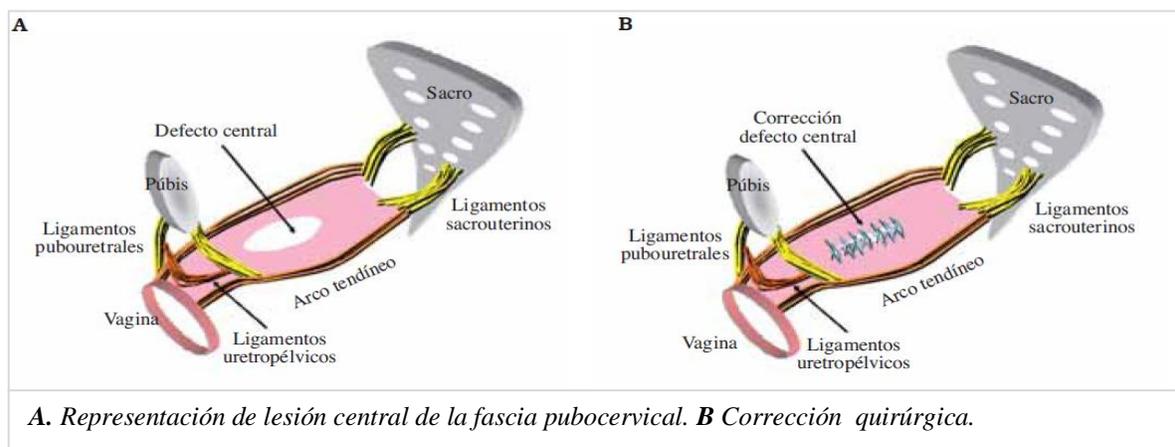


Tomado de Palma P et al./Actas Urol Esp. 2008;32(6):618-623

Defecto central.

Es ocasionado por un adelgazamiento central de la fascia. Se emplea una plicatura central de la fascia pubovesical usualmente asociada a las correcciones descritas anteriormente.

Figura 3. Representación del defecto central



Tomado de Palma P et al./Actas Urol Esp. 2008;32(6):618-623

4.4 Técnicas quirúrgicas

El manejo del prolapso de órganos pélvicos principalmente es quirúrgico. La cirugía de elección para la corrección de defectos del compartimiento anterior (DCA) es la colporrafia anterior ⁽²⁵⁾

Los procedimientos quirúrgicos de corrección de DCA son:

- Colporrafia anterior – Técnica tradicional.
- Colporrafia anterior – técnica de sitio específico.
- Corrección de defectos paravaginales por vía vaginal o laparoscópica.
- Colporrafia anterior con mallas prostéticas. Polipropileno con macroporo (> 75 μm), es el material más usado.
- Colporrafia anterior con uso de injertos heterólogos.

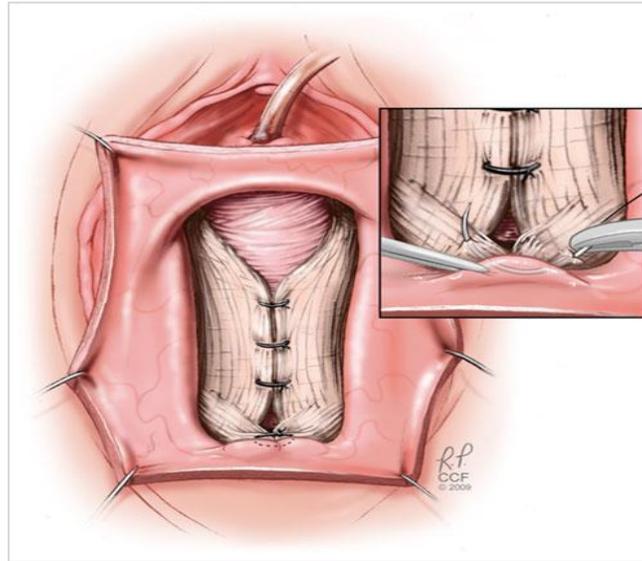
Históricamente, el tratamiento quirúrgico de los prolapsos del segmento anterior ha sido abordado desde el procedimiento que describió Kelly en 1913⁽²⁶⁾. Esta técnica de colporrafia anterior consiste en la plicatura de la fascia pubocervical y vesicovaginal en la línea media (Figura 4). Este procedimiento tiene un porcentaje de éxito a 2 meses y un año que varía entre 60 y 70%. El principal inconveniente de esta técnica es la alta tasa de repropulso (nuevo prolapso). Está establecido que a mediano y largo plazo, las tasa de repropulso pueden estar entre 20-40 %^(9,10).

Los avances en la comprensión de la estática y anatomía del piso pélvico femenino llevaron a la introducción del concepto del abordaje quirúrgico de sitio específico, de los defectos responsables del prolapso genital ⁽²⁾.

La colporrafia anterior de sitio específico (CSE) surgió junto con la teoría integral de soporte de piso pélvico, y está basada en complementar la plicatura de la fascia pubocervical-vesicovaginal, con el soporte que puede brindar el APTF.

EL APTF es una estructura ligamentosa, horizontal y bilateral, que surge justo por encima del ligamento pubouretral en la sínfisis púbica y se inserta en la parte posterior en la espina isquiática.

Figura 4. *Colporrafia anterior – Plicatura de Kelly*



Tomado de: Zebede. Reattachment of the endopelvic fascia to the apex during anterior colporrhaphy: does the type of suture matter?. Int Urogynecol J (2013)

La vagina se encuentra suspendida desde estos ligamentos en ambos lados simulando una “hamaca”. La fuerza de los músculos elevadores del ano tiene la capacidad de tensionar el APTF y a su vez a la vagina, lo cual, constituye el nivel 2 de soporte descrito por Delancey. En este procedimiento además de realizar la plicatura de la fascia pubocervical, se realiza una fijación con material de sutura absorbible de duración intermedia, tal como la poliglactina, sobre el APTF de forma bilateral. Esto adiciona la posibilidad de generar mayor soporte a la fascia pubocervical y vesicovaginal, y además involucra la corrección de defectos paravaginales.⁽²⁷⁾

4.5 Complicaciones postoperatorias

Conociendo los principios anatómicos y funcionales de ambos procedimientos, el objetivo principal en este estudio es determinar la incidencia de reprotlapso como complicación principal y evaluación de otras complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico a largo plazo (1-4 años).

Dentro de las principales complicaciones postoperatorias tardías encontramos, el reprotlapso, la disfunción sexual o dispareunia, dolor pélvico crónico y trastornos de la micción (retención urinaria).

La tasa de complicaciones posoperatorias es reportada en la literatura como similar a las presentadas con la técnica tradicional^(18,28,29).

Las suturas utilizadas también pueden tener un impacto en los resultados de las cirugías de piso pélvico.

Una revisión de acerca de la utilización de suturas absorbibles en la reparación de la episiotomía. Incluyeron 18 estudios con 10171 mujeres; dentro de los cuales compararon: catgut sintético estándar (nueve estudios), sutura sintética rápidamente absorbible (dos estudios), y suturas de catgut impregnadas con glicerol (dos estudios), y sutura sintética estándar absorbible (cinco estudios) y suturas monofilamento (un estudio).

Comparada con catgut, la sutura sintética estándar se asociaron con menos dolor luego de tres días postparto (RR 0.83, 95% IC 0.76 a 0.90) y menos analgesia luego de diez días postparto (RR 0.71, 95% IC 0.59 a 0.87).⁽³⁰⁾

Más mujeres suturadas con catgut requirieron resutura (15/1201) comparada con suturas sintéticas (3/1201) (RR 0.25, 95% CI 0.08 a 0.74); mientras más mujeres con suturas sintéticas estándar requirieron la remoción de material de sutura no absorbido. (RR 1.81, 95% CI 1.46 a 2.24). Comparando las suturas sintéticas estándar con suturas rápidamente absorbibles, el dolor a corto y largo plazo fue similar.⁽³⁰⁾

4.5.1 *Reprolapso*

El prolapso genital es la exteriorización de los órganos pélvicos por la vagina, siendo una patología que afecta la calidad de vida de toda mujer. El prolapso genital se diagnostica en el 50% de las mujeres multíparas y del 10 al 20% requiere tratamiento por su sintomatología referida la mayoría de veces como sensación de masa o bulto a nivel vaginal.^(1,2)

En la actualidad se emplea un sistema de evaluación estandarizado denominado el POP-Q descrito por la Sociedad Internacional de Continencia el cual evalúa diferentes reparos anatómicos y su relación en centímetros con el himen lo que permite la reproducibilidad y comparación de las exploraciones físicas y el establecimiento del significado clínico de los diferentes grados de prolapso^(14,31)

La evaluación prequirúrgica del POP-Q es esencial para establecer la utilidad y el éxito del procedimiento terapéutico de elección, a corto, mediano y largo plazo.

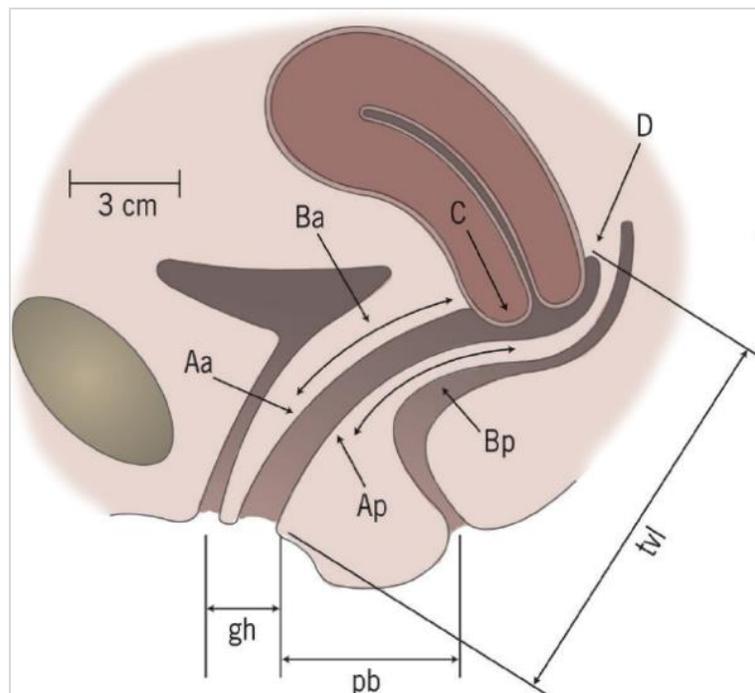
Se utiliza la vagina como referencia y se identifican ciertos puntos de reparo anatómicos

Tabla 1. *Parámetros del puntaje POP-Q*

PARED ANTERIOR	PARED ANTERIOR	CERVIX O CÚPULA
Aa	Ba	C
HIATO GENITAL	CUERPO PERINEAL	LONGITUD VAGINAL TOTAL
GH	PB	TVL
PARED POSTERIOR	PARED POSTERIOR	FONDO DE SACO POSTERIOR
Ap	Bp	D

Bump, Am J Obstet Gynecol 1996;175: 10-17.

Figura 5. Representación gráfica del puntaje POP-Q y sus puntos de valoración



Fuente: Wein: Campbell-Walsh Urology, 9th ed. 2007.

Las mediciones que se hacen para valorar el POP-Q son:

- Puntos vaginales anteriores:
 - a. **Aa**: Punto en línea media de pared anterior de vagina, situado a 3 cms del meato urinario. Valores: de -3 a +3 cms
 - b. **Ba**: Es el punto más distal del punto Aa del fornix vaginal anterior. Valor: -3 cm en ausencia de prolapso, con valores positivos igual a la posición de la cúpula o fondo de saco anterior en mujeres con prolapso de cúpula post histerectomía.

- Puntos vaginales superiores:
 - a. **C**: Punto más sobresaliente o distal del cuello, generalmente borde anterior. Corresponde también al punto más alto de la cúpula vaginal en mujeres histerectomizadas.
 - b. **D**: Fondo de saco de Douglas, lugar de inserción del complejo úterosacros-cardinales. No hay que considerarlo en ausencia de cuello.

- Puntos vaginales posteriores:
 - a. **Ap**: Punto en la línea media de la pared vaginal posterior a 3 cm del himen. Valores:-3 a +3 cm.
 - b. **Bp**: Es el punto de la pared vaginal posterior más distal al punto Ap. Su valor normal es - 3cm. En mujeres con prolapso de cúpula post histerectomía tendrá valores positivos igual a la posición de ésta.

- Otras mediciones:
 - a. **gh**: Hiato genital, distancia en cm desde el meato uretral a la parte media posterior del himen. Se mide en centímetros.
 - b. **pb**: Cuerpo perineal. Distancia en centímetros desde la parte más posterior del hiato genital al punto medio del ano. Ver Figura 11.
 - c. **Tvl**: Longitud vaginal total es la distancia en cm cuando los puntos C y D están en su máxima posición.

Con esta valoración es posible establecer cuatro grados de prolapso de manera objetiva.^{18,20}:

- **Grado 0:** No hay prolapso, Los puntos Aa, Ap, Ba, Bp están todos a – 3 cms del himen.
- **Grado 1:** La porción más distal prolapsada está a ≥ 1 cm sobre el himen
- **Grado 2:** La parte más prolapsada está entre -1 cm y +1 cm sobre o bajo el himen
- **Grado 3:** La parte más prolapsada está entre +1 cm y no más allá del largo total de la vagina menos 2 cm.
- **Grado 4:** Hay una completa eversión de los genitales sobre una distancia equivalente a el largo total de vagina menos 2 cms.

Centrados en los DCA, existen diferentes técnicas de corrección de estos prolapsos que van desde la colpografía anterior, pasando por la corrección de defectos paravaginales por vía vaginal o laparoscópica, hasta la utilización de mallas protésicas o injertos heterólogos.

El repropulso, descrito como la exteriorización de los órganos pélvico por la vagina posterior a un procedimiento para la corrección del mismo^(1,2) se ha descrito en la literatura entre el 3- 27%^(32, 33,34)

Las tasas de éxito de la colpografía anterior de sitio específico a mediano plazo están reportadas entre 67 – 98%^(32, 33). Shull y colaboradores reportó un seguimiento a 1.6 años con una tasa de éxito del 93%⁽³⁵⁾. Elkins mostró una tasa de curación de 92 % en un número menor de pacientes en seguimiento⁽³⁶⁾. Mallipeddi realizó un seguimiento a 20 meses de 35 pacientes con tasa de éxito de 97%⁽³⁴⁾.

Los factores de riesgo para el repropulso posterior a la corrección son los mismos que se presentan para el prolapso inicial (**tabla 2**).

Díez y colaboradores reportan el número de partos asociado al fracaso de la reparación quirúrgica del PPP. En términos biológicos, el parto vaginal produce una dilatación importante del tejido conectivo del piso pélvico y una lesión del nervio pudiendo en la mayoría de las mujeres, pudiéndose originar una laxitud de los ligamentos pélvicos. Es probable que la denervación del suelo pelviano y la lesión de fibras musculares sean el comienzo de una vía que lleva al prolapso y a la incontinencia urinaria de esfuerzo⁽⁸⁾.

Tabla 2. *Factores de riesgo para prolapso genital*

Factores predisponentes
Constitucional
Alteración del tejido conectivo
Factores favorecedores
Embarazo
No de partos
Factores agravantes
Envejecimiento (edad)
Obesidad
Cirugía vaginal previa
Incremento de la presión intraabdominal
- Tos crónica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Estreñimiento

Fuente: Fundamentos de Ginecología SEGO. Lagarejos S, Varela B, Sobrino V. Capítulo 23. 2012

Otro factor de riesgo importante para el fracaso de la reparación quirúrgica es la menopausia y el tiempo de evolución de la misma. La atrofia progresiva del epitelio vaginal y la laxitud de los tejidos generado por el cese estrogénico son factores importantes en la génesis de este defecto, así como en el fallo de su reparación. Se ha reportado que a mayor número de años de menopausia hasta la cirugía de prolapso menor satisfacción de las pacientes⁽⁸⁾

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS⁽⁷⁾), la expectativa de vida de las mujeres en nuestro país ha pasado de 70 años en 1990 a 76 años en 2012. Nuestra población femenina mayor de 60 años es de aproximadamente un 9 a 10 % y en esta edad es cuando los defectos del piso pélvico hacen su aparición clínica. Se considera que la prevalencia aproximada del PPP varía de acuerdo a la edad: Entre 40-59 años: 26.5 %, 60-79 años: 36.8% y mayor de 80 años: 49.7%.

4.5 2 *Dispareunia y dolor pélvico*

Definida como la presentación el dolor vulvovaginal durante la penetración o la manipulación genital durante la relación sexual. es una patología que se ha descrito como complicación de las cirugías vaginales como resultado de una cicatrización anómala.

Las mujeres con disfunción del piso pélvico, con prolapso de órganos pélvicos experimentan problemas relacionados con la función sexual, afectando múltiples dimensiones tanto físicas como psíquicas. En la población general se presenta en 39-53% de las mujeres. Luego de 12 meses de seguimiento se ha reportado mejoría significativa de la dispareunia y de otras alteraciones o disfunción sexual, hasta un 80%.⁽³⁷⁾

La presentación de dispareunia postquirúrgica se relaciona con técnicas que emplean mallas o material protésico para refuerzo de soporte de piso pélvico, junto con la extrusión, son las complicaciones más frecuentes.⁽³⁸⁾ La dispareunia de novo se reportó en el 5% después del uso de malla y 9% después de la reparación del prolapso con tejido nativo.

Rogers y colaboradores realizaron un estudio multicéntrico prospectivo que evaluó la función sexual de las pacientes que fueron llevadas a cirugía de incontinencia o prolapso genital. Reportaban restablecimiento de la vida sexual de 3 a 6 meses posterior a la cirugía. Sin embargo, a pesar de mejorar la función sexual también se puede ver dolor pélvico o dispareunia secundaria en algunos casos.⁽¹⁵⁾

Los efectos del POP sobre la función sexual femenina ha sido pobremente estudiada, sin embargo, los reportes de caso tiene resultados variables. Algunos autores reportan un mejoramiento en la vida sexual de las pacientes llevadas a cirugía para la corrección de incontinencia urinaria y/o corrección de prolapso genital, otros reportan un deterioro en la función sexual.⁽³⁹⁾

Hay pocos estudios que documenten la incidencia de dispareunia en la cirugía de piso pélvico. Sin embargo esta es reportada como complicación a largo plazo de los procedimientos de piso pélvico y así mismo una patología que puede deteriorar la calidad de vida de las pacientes.

4.5.3 *Retención Urinaria*

Las mujeres en edad adulta, tienen un riesgo per se aproximado de 11% de ser llevadas a cirugía de corrección de prolapso o de incontinencia urinaria, siendo la retención urinaria una de las principales complicaciones en el post operatorio inmediato; asociada principalmente a cateterismo vesical a corto plazo ⁽⁴⁰⁾.

Se considera que la retención urinaria, tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres; puede ser aguda o crónica y puede ser secundaria a obstrucción de la uretra, alteraciones en la contractilidad del detrusor o ambos.

Usualmente, la paciente puede evacuar parcialmente la vejiga, aunque el reto, es definir que volumen se considera relevante para que se presenten resultados clínicos adversos en ausencia de intervenciones. Para ello se emplea la medición del residuo post miccional (RPM).

Adelowo y cols en 2012 realizaron un estudio de corte transversal ⁽⁴¹⁾ que comparó la relación existente entre los síntomas referidos por las pacientes y el RPM en 254 mujeres; el 87.5% de las pacientes que informaron sensación de evacuación incompleta, tuvieron RPM menor a 100mL y el 8.9% de las paciente tuvo RPM de “al menos” 100mL. Además el 56.1% de las mujeres evaluadas tuvo al menos un síntoma de disfunción evacuatoria, siendo el más frecuente la sensación de evacuación incompleta. Con base en este resultado, se concluyó que la sensibilidad de los síntomas es baja ⁽⁴¹⁾ Un segundo estudio prospectivo evaluó la reproducibilidad de la medición del RPM de 100ml en 297 mujeres en quienes se realizó medición posterior a cada evacuación. La prevalencia fue de 14%, y declinó 1.3 % con evacuaciones seriadas; los autores, concluyeron con estos datos que el punto de corte de 100mL no es confiable para diagnosticar retención urinaria. ⁽⁴²⁾

En los últimos 20 años, el desarrollo de dispositivos anti incontinencia para uso a nivel de la uretra media ha disminuido significativamente el número de eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos mayores, principalmente los episodios de retención urinaria durante el post operatorio inmediato y la necesidad de cateterismo vesical. Se ha reportado

una incidencia de retención urinaria aguda transitoria de 1.4 – 3.2% durante estos procedimientos (cabestrillo suburetral).

Entre las causas asociadas a retención urinaria aguda transitoria se ha reportado el edema uretral como el más importante desencadenante de obstrucción en el post operatorio inmediato, sin embargo otras variables han sido tenidas en cuenta como el tipo de anestesia empleada (anestesia epidural); analgésicos de tipo opioide utilizados en el cuidado postoperatorio y el uso de bupivacaína durante la hidrodisección.

Otras series de estudios han reportado relación con el tipo de histerectomía realizado y diferentes grados de denervación, con recuperación rápida espontánea en la mayoría de los casos. ⁽⁴³⁾

Respecto a la cirugía de prolapso, se publicó un estudio prospectivo en 2009, en el cual Hakvoort y cols, evaluaron a 384 pacientes reclutadas entre 2003 y 2006 que fueron llevadas a cirugía de piso pélvico. Se excluyeron en total 38 pacientes, y en las 345 pacientes que permanecieron en el estudio, se tuvieron en cuenta diferentes variables como edad, paridad, índice de masa corporal (IMC), antecedente de cirugía previa de piso pélvico, sangrado, antecedente de histerectomía, grado de prolapso, incontinencia urinaria de esfuerzo concomitante, tiempo quirúrgico, tipo de cirugía (plicatura de Kelly) y tipo de anestesia. Además, se contempló un RPM de 200mL como valor significativo para diagnóstico de retención urinaria post operatoria ⁽⁴⁴⁾.

Los autores encontraron que 100 pacientes (29%) presentaron retención urinaria aguda transitoria que resolvió espontáneamente sin ninguna secuela en el seguimiento post operatorio. Además concluyeron que el antecedente de prolapso anterior grado 3 y 4, presente en más del 60% de las pacientes, y los parámetros quirúrgicos como: colporrafia anterior, plicatura de Kelly, histerectomía vaginal, tiempo quirúrgico y sangrado intraoperatorio, fueron variables independientes para retención urinaria posterior a la cirugía de corrección de prolapso ($P = <0.001$). ⁽⁴⁵⁾

Estos hallazgos sustentan la hipótesis que relaciona el daño en los músculos del piso pélvico, la lesión neurológica vesical durante el procedimiento quirúrgico y la obstrucción de la uretra por edema como principales contribuyentes del desarrollo de retención urinaria. No obstante, se requieren de otros estudios de tipo prospectivo que confirmen esta conclusión.

Para las pacientes que presentan retención urinaria, se puede iniciar manejo médico con medicamentos que faciliten el vaciamiento vesical.

Estudios de cohorte han demostrado que el uso de alfa-bloqueadores como la Tamsulosina, disminuyen el tiempo promedio de duración del episodio de retención urinaria y el volumen del RPM. Los bloqueadores alfa selectivos, contribuyen además a la contracción normal del detrusor y eliminan la obstrucción funcional secundaria, mejorando significativamente la calidad de vida de las pacientes.

Elbiss y cols, en su estudio de cohortes realizado en 2012, concluyeron que las pacientes mayores que son llevadas a procedimiento de colocación de cabestrillo suburetral en uretra media, presentan más episodios de evacuación incompleta en el post operatorio inmediato, independientemente del tipo de cirugía o de los parámetros urodinámicos previos ($P = <0.001$), sin embargo, no se considera que la edad sea un factor de riesgo para retención urinaria transitoria en el post operatorio, y por ende el entrenamiento en procedimientos mínimamente invasivos como el auto cateterismo vesical es innecesario⁽⁴⁶⁾.

Basados en la literatura, encontramos que la retención urinaria se presenta más en las pacientes llevadas a cirugía de corrección de incontinencia y en menor proporción en pacientes llevadas a cirugía de corrección de DCA.

4.6 Estado del arte

No existen muchos estudios previos similares, sin embargo se encuentran en la literatura descritas técnicas para corrección de defectos paravaginales tanto por vía vaginal como laparoscópica, los cuales involucran el APTF y se enfocan en pacientes con defectos predominantemente laterales. En la mayoría de estos estudios se involucra el uso de materiales adicionales como mallas e injertos. Por lo tanto, la incidencia de complicaciones postoperatorias se aumenta considerablemente⁽⁴⁷⁾.

Se realizó un estudio, en la institución, siguiendo la misma línea de investigación donde se evaluaron la presencia de complicaciones tempranas en pacientes llevadas a colporrafia anterior, con técnica tradicional y técnica de sitio específico. En este estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la aparición de

complicaciones postoperatorias tempranas entre las dos técnicas quirúrgicas estudiadas, lo cual sugiere que ambas técnicas poseen un perfil de seguridad similar.⁽⁴⁸⁾

En un estudio realizado en Argentina, Damiani y colaboradores⁽¹³⁾, evaluaron la calidad de vida pre y postquirúrgica en pacientes con prolapso genital sin tener una comparación entre las diferentes técnicas quirúrgicas. Evaluaron la satisfacción global de las pacientes posterior a la corrección de prolapso de compartimiento anterior, apical y posterior llegando a la conclusión que había una disminución de la sintomatología descrita previa al procedimiento quirúrgico, siendo estadísticamente significativa para los síntomas vaginales y para los miccionales de vaciamiento incompleto⁽⁷⁾

Se considera necesario la realización de nuevos estudios que evidencien las diferencias a largo plazo de diferentes técnicas quirúrgicas y materiales empleados para la corrección de los prolapsos vaginales en especial los prolapsos de compartimiento anterior sin la utilización de materiales protésicos.

5 Objetivos

5.1 *Objetivo Principal*

Comparar los resultados subjetivos (satisfacción global de la paciente, sensación de masa vaginal, dolor pélvico, retención urinaria o dispareunia postoperatoria) tardíos, de dos cohortes de pacientes a quienes se les realizó colpografía anterior mediante técnica tradicional o de sitio específico en pacientes postmenopáusicas en un hospital de tercer nivel de Bogotá.

5.2 *Objetivos específicos*

- Caracterizar la población en estudio
- Evaluar de forma subjetiva la persistencia de sensación de masa vaginal posterior a la corrección quirúrgica con ambas técnicas quirúrgicas
- Identificar la presencia de dolor pélvico crónico, retención urinaria o disfunción sexual o dispareunia, de manera subjetiva en pacientes llevadas a colpografía.
- Evaluar de forma subjetiva la sensación de mejoría de las pacientes.

6 Metodología

6.1 Diseño general y tipo de estudio

Es un estudio transversal descriptivo para comparar dos cohortes de pacientes postmenopáusicas que fueron llevadas a colporrafia por medio de una de dos técnicas, tradicional o de sitio específico, y evaluar la presencia de complicaciones tardías y la mejoría subjetiva en un periodo de cuatro años posteriores al procedimiento.

Estos datos fueron recolectados inicialmente revisando las historias clínicas de las pacientes a las que se les realizó colporrafia anterior entre el periodo entre agosto 2009 y junio de 2012 en un hospital de tercer nivel de Bogotá. Se tomaron de la historia clínica datos demográficos de las pacientes como edad, IMC, comorbilidades asociadas, número de partos. Posteriormente se realizó una encuesta telefónica, previamente validada con un estudio piloto en consulta externa. Se realizaron 10 preguntas encaminadas a interrogar acerca de la presencia o no de cada una de las complicaciones postoperatorias tardías descritas en la literatura, acerca de la mejoría de masa vaginal, de la satisfacción global de las pacientes posterior al procedimiento quirúrgico y la realización de otros procedimientos quirúrgicos adicionales vía vaginal.

Estas encuestas fueron realizadas únicamente por las dos investigadoras. Los datos recolectados de esta encuesta fueron tabulados en la base de datos en la hoja de cálculo de Excel de cada una de las técnicas quirúrgicas por separado para el posterior análisis estadístico por variables establecidas según el grupo al cual pertenecía cada una de las pacientes (sitio específico/técnica tradicional).

El presente estudio hace parte de una línea de investigación llevada a cabo en la institución, hace tres años donde se realizó un estudio comparando estas dos técnicas quirúrgicas y la presencia de complicaciones tempranas.

6.2 Planteamiento de hipótesis

Hipótesis alterna:

La técnica de colporrafia de sitio específico presenta mejores resultados tardíos en términos de satisfacción global de la paciente, sensación de masa vaginal, dolor pélvico, retención urinaria o dispareunia postoperatoria comparados con la técnica tradicional

El presente estudio será analizado con base en la hipótesis alterna (a una cola).

6.3 Población y Muestra

Universo Pacientes postmenopáusicas llevadas a colporrafia anterior

Población accesible Pacientes postmenopáusicas llevadas a colporrafia anterior en Hospital Universitario Clínica San Rafael por medio de técnica tradicional o técnica de sitio específico

Población objeto Pacientes postmenopáusicas llevadas a colporrafia anterior en Hospital Universitario Clínica San Rafael por medio de técnica tradicional o técnica de sitio específico entre agosto 2009 y junio de 2012

Tipo de muestreo: Consecutivo mediante muestreo por conveniencia

Calculo de la Muestra:

Teniendo en cuenta una prevalencia general de resultados satisfactorios en colporrafia de 77% ⁽³⁸⁾ en el grupo de técnica de sitio específico y 41% en el grupo de técnica tradicional, con una confiabilidad de 95% y poder de 80%, con una relación de 1:1, por medio del programa estadístico stat calc (epi info) se calculó una muestra de 27 pacientes para cada grupo, con un total de 64 pacientes. Mediante un ajuste por posibles pérdidas de 10% pacientes la muestra es 70 pacientes.

6.4 Fuentes de información

Se tomaron inicialmente los datos de las pacientes del libro de salas de cirugía del cuarto piso, basados en el tipo de procedimiento realizado dentro del lapso 2009 a 2012.

Luego se buscaron los números telefónicos registrados en la historia clínica electrónica del sistema HEON

Se contactó a cada una de las pacientes vía telefónica y se aplicara la encuesta.

Se tuvo un protocolo en la llamada el cual será:

*“Buenas días/tardes, soy la Dra. Tatiana Palacios/Claudia López del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital San Rafael. Es posible hablar con la señora xxxx?
A la señora xxxx se le realizó un procedimiento en nuestra institución en la fecha xxxx*

Estamos realizando un estudio para evaluar los resultados subjetivos del procedimiento quirúrgico, por lo cual estamos realizando una encuesta para saber cómo está la señora posterior al procedimiento quirúrgico.

Tiene el derecho o no de participar libremente sin que esto tenga alguna implicación en sus seguimientos futuros.

Desea usted participar respondiendo unas preguntas?

Al ser SI la respuesta se continuará: A cada pregunta por favor responda si o no”.

Se realizó la encuesta

Muchas gracias por su colaboración.

6.5 Criterios de inclusión y de exclusión

- Criterios de inclusión

Todas las pacientes postmenopáusicas con prolapso de piso pélvico que recibieron manejo quirúrgico con las técnicas colpografía anterior con técnica tradicional o de sitio específico, el Hospital Universitario Clínica San Rafael entre agosto de 2009 hasta junio de 2012.

- Edad entre 45 y 85 años
- IMC entre 19-41
- Paridad: Más de uno
- No distinción de comorbilidades

- Criterios de exclusión

- Pacientes sometidas a cirugías correctivas de defectos del compartimiento anterior que involucren materiales adicionales tales como mallas protésicas (polipropileno), injertos autólogos-heterólogos, etc.

- Pacientes con procedimientos concomitantes asociados tales como histerectomía o colpocleisis de Lefort.

6.7 Variables

Las variables descritas serán evaluadas para cada grupo independientemente. Dentro del grupo de colporrafia anterior técnica tradicional hay 49 pacientes, dentro del grupo de colporrafia anterior técnica tradicional hay 51 pacientes.

<i>Variable</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Codificación</i>	<i>Tipo y naturaleza de variable</i>
<i>Técnica utilizada</i>	Técnica quirúrgica utilizada para la realización de la colporrafia anterior	0= Técnica tradicional 1= Técnica de sitio específico	Cualitativa nominal
<i>Edad</i>	Años cumplidos al momento de realizar el procedimiento quirúrgico	Años cumplidos	Cuantitativa de razón
<i>Paridad</i>	Es la clasificación de paciente por cantidad de partos que han presentado	0=Primípara (1) 1=Múltipara (2-4) 2=Gran múltipara (5 o más)	Cualitativa nominal
<i>IMC</i>	Es el cálculo del índice de masa corporal al momento del procedimiento como peso/talla ²	0=IMC óptimo 18-24 1=Sobrepeso 25-30 2=obesidad >31	Cualitativa nominal
<i>Comorbilidades</i>	Enfermedades asociadas presentes en las pacientes	0=Diabetes 1=HTA 2=EPOC	Cualitativa nominal
<i>Reaparición de masa vaginal</i>	Reaparición de la sensación de masa vaginal posterior al procedimiento quirúrgico.	1=Si 0=No	Cualitativa nominal
<i>Mejoría de la sensación de masa vaginal.</i>	Sensación de mejoría referida por la paciente de los síntomas informados en la consulta inicial.	1=Si 0=No	Cualitativa nominal

<i>Dolor pélvico previo a la cirugía.</i>	Presencia de dolor pélvico o perineal de presentación previo a la realización del procedimiento quirúrgico.	1=Si 0=No	Cualitativa nominal
<i>Dolor pélvico crónico.</i>	Presencia de dolor pélvico o perineal residual de presentación posterior de 3 meses postoperatorio con persistencia hasta la actualidad.	1=Si 0=No	Cualitativa nominal
<i>Relaciones sexuales previo a la cirugía</i>	Referencia por parte de la paciente, de relaciones sexuales previo al procedimiento quirúrgico.	1= Si 0= No	Cualitativa nominal
<i>Relaciones sexuales posterior a la cirugía</i>	Referencia por parte de la paciente, de relaciones sexuales posterior al procedimiento quirúrgico.	1= Si 0= No	Cualitativa nominal
<i>Dispareunia</i>	Dolor relacionado con la actividad sexual, desarrollado posterior a los 3 primeros meses con persistencia hasta la actualidad, relacionado con el procedimiento quirúrgico,	1=Si 0=No	Cualitativa nominal
<i>Retención urinaria</i>	Aparición de retención urinaria de inicio a los 3 primeros meses posterior a realización de procedimiento quirúrgico	1=Si 0=No	Cualitativa nominal
<i>Satisfacción global</i>	Satisfacción referida por la paciente con el procedimiento y los resultados generales del procedimiento.	1=Si 0=No	Cualitativa nominal
<i>Reintervenciones del piso pélvico</i>	Hace referencia a pacientes que requieren nueva intervención	1=Si 0=No	Cualitativa nominal

	para la corrección de su prolapso.		
--	------------------------------------	--	--

6.8 Control de sesgos y errores

Al incluir todas las pacientes que cumplían los criterios de inclusión evitamos el sesgo de selección.

Por ser un estudio descriptivo no hay una selección aleatoria por lo cual puede ocurrir que exista una tendencia del IMC elevado en las pacientes de alguna técnicas, sin embargo el estudio previa mostró que no había una tendencia de edad por lo cual consideramos el sesgo está controlado.

De igual manera, al no haber selección aleatoria podría haber una tendencia de edad en las técnicas quirúrgicas, sin embargo, el estudio previo en la institución mostró que no se encontró una tendencia de edad por lo que consideramos ese sesgo está controlado.

6.9 Análisis Estadístico

Se realizará un análisis descriptivo según la naturaleza de la variable, para las variables cualitativas se tendrán medidas de frecuencias, para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión. Se realizará una prueba de normalidad de la población por medio de la prueba estadística Kolmogorov smirnov con el fin de analizar si es población paramétrica o no paramétrica, y así poder definir la prueba estadística para las asociaciones. Luego se realizarán asociaciones mediante tabulación cruzada o chi cuadrado con el programa estadístico SPSS

6.10 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto para validar la encuesta telefónica con diez pacientes llevadas a colpórrafia anterior durante el mes de octubre de 2014. Esta encuesta se realizó en la cita de control postoperatoria en la consulta externa del HUCSR. Se aplicó previo a la entrada

de las pacientes a la consulta, posterior se realizó la consulta con el ginecológico usual y se corroboraron los hallazgos.

En esta prueba se evaluó el lenguaje claro de la pregunta, la escala de medición de cada variable y su comprensión del cuestionario en sí.

Durante la prueba piloto se encontró en la pregunta número 1: Siente mejoría de la sensación de masa vaginal posterior a la cirugía?, Las pacientes no entendían claramente cada una de las opciones de respuesta razón por la cual se modificaron a una forma más simple y más evaluativa:

Inicialmente la pregunta era: 1. Absoluta 2. Parcial 3 Ninguna

Actualmente quedó: 1. Si 2. No

Al final de cuestionario las pacientes en su mayoría decían “en general estoy muy feliz después de la cirugía” por lo cual adicionamos una nueva pregunta la cual fue:

- En general está satisfecha con el resultado de la cirugía?

Para así poder evaluar la satisfacción global de la paciente.

El análisis en el estudio piloto fue que las pacientes entendían claramente las preguntas lo que permitía su respuesta puntual.

En el 100% de los casos se correlacionó la mejoría de la sensación de masa vaginal con la adecuada corrección anatómica del prolapso.

En el 100% de las pacientes no se había reanudado la vida sexual por lo cual el ítem de dispareunia postoperatoria no fue evaluable.

Teniendo en cuenta esto, los resultados sugieren que es una escala que realmente está midiendo de forma objetiva lo que queremos evaluar en nuestro estudio.

7 Aspectos éticos

Se utilizó un cuestionario para la evaluación de la mejoría de las pacientes posterior al procedimiento quirúrgico para evaluar así la satisfacción global y la aparición de síntomas relacionados con las complicaciones postoperatorias tardías.

No se requiere un consentimiento informado para la realización de encuestas telefónicas, sin embargo al realizar la llamada se pregunta si desea realizar la encuesta lo que autoriza la realización de la misma.

En esta investigación no se viola ninguno de los principios éticos:

No viola su autonomía porque la paciente es informada, y acepta voluntariamente

No viola el principio de “no maleficencia” porque no estamos realizando ningún proceso lesivo y se guarda absoluta confidencialidad

No viola el principio de beneficencia porque lo que buscamos es un bien común.

La información administrada por las pacientes es confidencial y será archivada bajo llave en la Unidad de Ginecología y Obstetricia durante 5 años. No se tendrá acceso a la información por parte diferente a las investigadoras. Los datos recolectados de la historia clínica y las encuestas a las pacientes serán tabulados en nuestra base de datos y se utilizará para el análisis epidemiológico para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación.

Se solicitó autorización al comité de ética del hospital según resolución n° 1995 de 1999 del ministerio de salud, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

Este proyecto se considera como una investigación sin riesgo para los pacientes, según artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud título II capítulo 1, artículo 11 sección A, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, además entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas,

cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Esta investigación brindará a la comunidad científica nuevas herramientas y conceptos con un estudio nuevo, no antes realizado en el país para así poder entregar a las pacientes una técnica quirúrgica con menor riesgo de complicaciones y mayor satisfacción de las pacientes. Tiene un impacto positivo a nivel de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Clínica San Rafael ya que podremos tener una “técnica como escuela” haciendo cada día una mejor práctica médica y así les podremos ofrecer a las pacientes una práctica segura, basada en la evidencia, basados en un estudio que tiene en cuenta nuestra población y su satisfacción.

De la investigación realizada, saldrá un protocolo como trabajo de grado para obtener el título de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. El trabajo será archivado en la biblioteca de medicina de la Universidad Militar, el cual estará abierto para libre consulta.

Del protocolo realizado saldrá un artículo para la publicación de los resultados, el cual será enviado a la revista de la Universidad Militar. (Se adjuntan normas técnicas para la publicación en la revista).

8 Consideraciones administrativas

8.1 Cronograma

Comparación de los resultados de dos técnicas de colporrafia anterior en pacientes postmenopáusicas										
		Fecha de ejecución de la actividad								
Actividad	Responsable	1-3 meses	4-6 meses	7-9 meses	10-12mese	13-15 meses	16-30 meses	AGO - OCT	NOV-DIC	ENE
1. ALISTAMIENTO PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO										
Revisión bibliografía y propuesta de investigación	Autoras									
Realización y aprobación de anteproyecto										
Revisión de anteproyecto y ajustes según correcciones pertinentes.	Asesores									
2. EJECUCION PROYECTO										
Inicio de la recolección de la información y ajustes del estudio	Autoras									
Prueba piloto										
Presentación de informe parcial y ante comité de investigación										
3. PROCESAMIENTO DE DATOS, ANALISIS Y RESULTADOS										
Validación de los datos	Autoras y epidemiólogo									
Análisis estadístico	Autoras y epidemiólogo									
Evaluación de resultados, discusión y conclusiones del estudio	Autoras y asesores									
4. DIVULGACION										
Redacción de trabajo de grado	Autoras									
Revisión de trabajo de grado										
Presentación de informe final										

8.2 Presupuesto

La totalidad de los rubros provienen de recursos personales, no se obtuvo financiación de parte de ninguna empresa, no hay potenciales conflictos de interés.

Tabla 3. *Presupuesto*

RUBROS	Cantidad	Valor individual	Valor total
Recurso humano			
Horas empleadas por las investigadoras	96 horas c/u/mes	No financiable	0
Recurso físico			
Materiales			
Fotocopias estudio piloto	20	100	2000
Fotocopias encuestas	100	50	5000
SIM Minutos celular para encuesta y uso de celular	1	80.000	80.000
Computador portátil	1	700.000	700.000
Impresión protocolo grado	2	50.000	50.000
Impresión trabajo de grado	3	70.000	70.000
Asesorías			
Asesoría externa	1	1.500.000	1.500.000
Análisis estadístico	1	500.000	500.000
Transporte a asesorías	10	20.000	200.000
TOTAL GENERAL			\$3.107.000

Fuente: Autoras, 2014

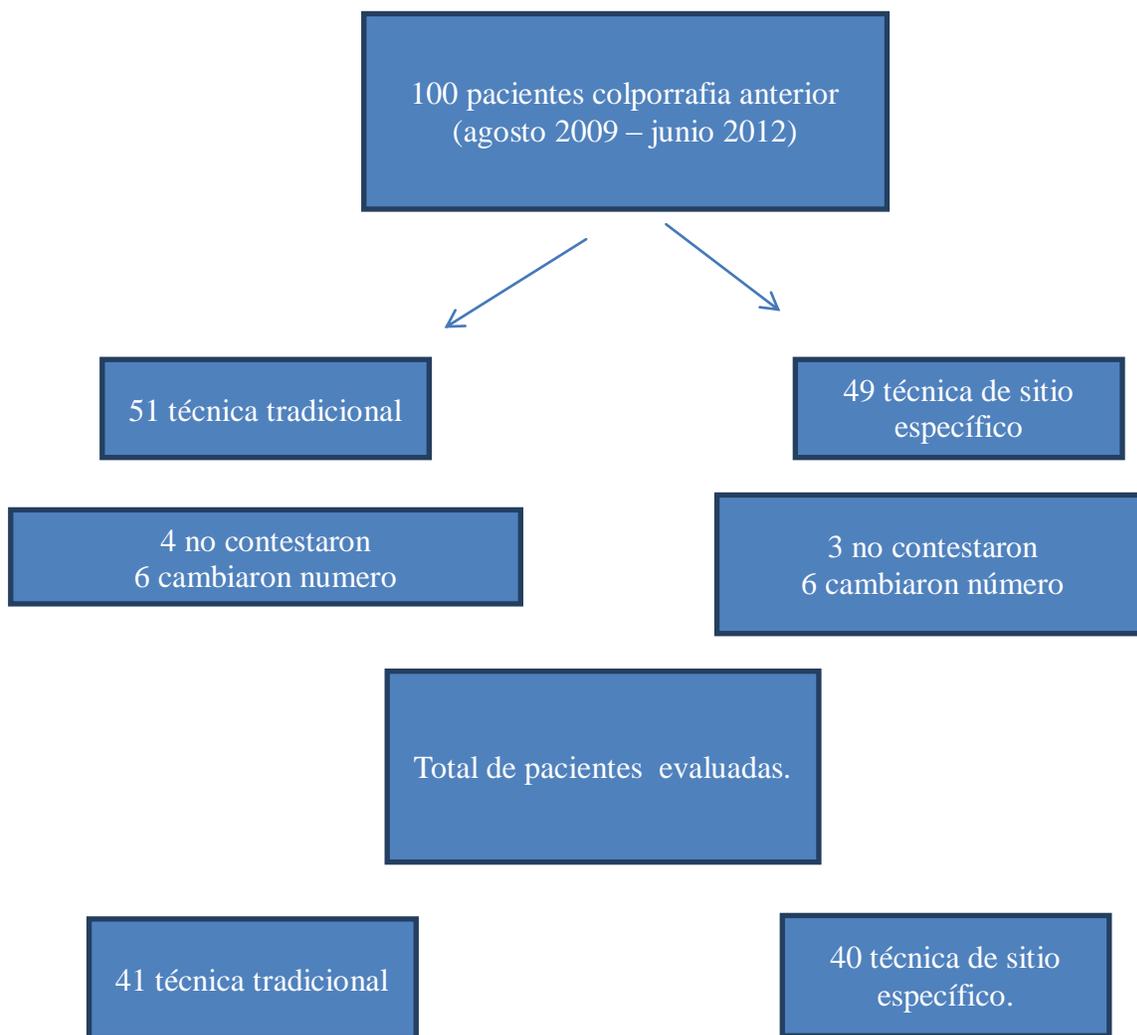
8.3 Organigrama



9 Resultados

En el periodo entre agosto 2009 y junio de 2012 se encontraron un total de 81 pacientes, de las cuales 41 (51%) correspondieron a pacientes a quienes se les realizó la técnica tradicional y 40 pacientes (49%) correspondieron a pacientes con técnica de sitio específico.

Figura 6. Distribución de pacientes contactadas



Dentro de las características sociodemográficas y clínicas se encontró que, el promedio de edad en el grupo con técnica tradicional fue de 61.3 DS 9 años con una edad mínima de 44 años y edad máxima de 81 años, y en el grupo de técnica de sitio específico el promedio de edad fue 61.7 DS9.6 años, con una edad mínima de 48 años y edad máxima de 82 años.

Del grupo de pacientes a quienes se les realizó colporrafia anterior mediante la técnica tradicional, un 9,7% (4 pacientes) tuvieron 7 o menos partos vaginales, mientras que del grupo de pacientes a quienes se les realizó colporrafia anterior mediante la técnica de sitio específico, un 7,5% (3 pacientes) tuvieron 7 o menos partos vaginales. No se evidenció una diferencia significativa en los dos grupos analizados ($p=0,46$).

Tabla 4. Caracterización de la población

Variable	Características	Grupo técnica tradicional (n=41)	Grupo técnica de sitio específico (n=40)	p
Edad	Promedio	61.3 DS 9.0	61.7 DS 9.6	0.45
	Min – max	años 44-81	años 48-82	
Paridad	3 o menos	68.2 (28)	40 (16)	0.11
	4-6 hijos	21.9 (9)	52.5 (21)	
	7 o mas	9.7 (4)	7.5 (3)	
IMC	18-25	36.5 (15)	35 (14)	0.59
	26-30	29.2 (12)	37.5 (15)	
	31-35	9.7 (4)	12.5 (5)	
	36 o mayor	2.4 (1)	5 (2)	
	No registra	21.9 (9)	10 (4)	
Cirugia vaginal previa	Si	9.7 (4)	2.5 (1)	0.06
ASA	1	24.3 (10)	20 (8)	0.37
	2	51.2 (21)	62.5 (25)	
	3	0 (0)	5 (2)	

Comorbilidades de importancia	No registra	24.3 (10)	12.5 (5)	0.61
	HTA	34.1 (14)	37.5 (15)	
	Hipotiroidismo	21.9 (9)	30 (12)	
	Dislipidemia	9.7 (4)	12.5 (5)	
	DM	9.7 (4)	2.5 (1)	
Procedimiento	Anterior	4.8 (2)	0 (0)	0.19
	Anterior y posterior	82.9 (34)	52.5 (21)	
	Anterior+posterior+TVT	9.7 (4)	40 (16)	
	Anterior + TVT	0 (0)	2.5 (1)	
Sutura	Catgut	75.6 (31)	47.5 (19)	0.06
	Vicryl	24.3 (10)	52.5 (21)	

En el grupo de pacientes a quienes se les realizó técnica tradicional, un 9,7% (1 paciente) tuvo un índice de masa corporal igual o mayor a 36, mientras que en el grupo de pacientes a quienes se les realizó la técnica de sitio específico, un 5% (2 pacientes) tienen un índice de masa corporal igual o mayor a 36. Esta condición, según la literatura, podría favorecer el reprotlapso dado el factor de riesgo de obesidad general en el grupo de la técnica tradicional.

En el grupo de pacientes a quienes se les realizó técnica tradicional, un 9,7% (4 pacientes) se les había realizado previamente cirugía vaginal, mientras que al grupo de pacientes a quienes se les realizó técnica de sitio específico, sólo un 2,5% (1 paciente) tenían antecedente de procedimiento quirúrgico vaginal previo.

En la evaluación del riesgo anestésico según las comorbilidades y condición de la paciente al momento del procedimiento quirúrgico de las pacientes a quienes se les realizó técnica tradicional, 24.3% (10 pacientes) fueron ASA 1, 51.2 % (21 pacientes) fueron ASA 2 y un 0% (0 paciente) tenían una clasificación ASA 3, mientras que en el grupo de pacientes a quienes se les realizó la técnica de sitio específico, 12.5 % (5 pacientes) fueron ASA 1, 62.5% (25 pacientes) fueron ASA 2 y un 5% (2 pacientes) tenían una clasificación ASA 3.

Analizando las comorbilidades de las pacientes sometidas al procedimiento quirúrgico se encontró que en el grupo de pacientes a quienes se les realizó técnica tradicional, un 34,1% (14 pacientes) presentan como comorbilidad asociada hipertensión arterial, 21,9% (9 Pacientes) padecen hipotiroidismo, dislipidemia, un 9,7% (4 pacientes), 9,7% (4 pacientes) padecen diabetes mellitus. Mientras que en el grupo de pacientes a quienes se les realizó la técnica de sitio específico, 37,5% (15 pacientes) padecen de hipertensión arterial, 30% (12 pacientes) de hipotiroidismo, 12,5% (5 pacientes) padecen dislipidemia y 2,5% (1 paciente) padecen diabetes mellitus.

En el grupo de pacientes a quienes se les realizó la técnica tradicional, un 9,7% (4 pacientes) se les realizó colporrafia anterior, colporrafia posterior y cistouretopexia con cabestrillo tipo TVT-O. Mientras que del grupo de pacientes a quienes se les realizó la técnica de sitio específico, un 40% (16 pacientes) fueron sometidas a este manejo quirúrgico concomitante.

Se realizó colporrafia anterior mediante la técnica de sitio específico asociada a cistouretopexia con cabestrillo tipo TVT-O a un 2.5 % (1 paciente). No hubo ninguna paciente con este manejo quirúrgico en el grupo de las pacientes con la técnica tradicional.

Por lo tanto podría presentarse mayor incidencia posoperatorio tardía de dolor pélvico en el grupo de sitio específico, relacionado con la colocación de la cinta libre de tensión.

Se realizó colporrafia anterior y posterior a un 82,9% (34 pacientes) del grupo de técnica tradicional, y 52,5% (21 pacientes) del grupo de sitio específico.

Se realizó solamente colporrafia anterior en un 4.8% (2 pacientes) en el grupo de la técnica de sitio específico, ninguna paciente en el grupo de la técnica tradicional fue llevada únicamente a colporrafia anterior.

En el 75,6% (31 pacientes) del grupo de la técnica tradicional se utilizó como sutura el catgut, mientras que en el grupo de pacientes de técnica de sitio específico se usó catgut en un 47,5% (19 pacientes).

Ninguna de las pacientes tuvo lesión vesical y/o uretral ni sangrado mayor o necesidad de transfusión en el postoperatorio temprano.

Dos pacientes de técnica tradicional y una de sitio específico tuvieron hematoma y/o absceso el cual fue corregido en el postoperatorio inmediato y no tuvo asociación con repropolapso ni con reintervención.

Cinco pacientes de técnica tradicional y dos de sitio específico tuvieron dehiscencia parcial de la sutura en el postoperatorio mediato. Ninguna tuvo repropolapso temprano.

En general, se evidencia que las características de las pacientes de los dos grupos de las técnicas quirúrgicas no difieren sustancialmente, por lo tanto no se evidencian factores de riesgo incrementados para un grupo en especial.

Tabla 5. Principales resultados en ambos grupos

	Técnica tradicional (n=41)	Técnica sitio especifico (n=40)	p
Mejoría sensación vaginal	92.6 (38)	95 (38)	0.51
Reaparición de masa	34.1 (14)	22.5 (9)	0.18

Para evaluar de manera subjetiva el repropolapso posterior a la corrección quirúrgica con ambas técnica quirúrgicas se evaluaron de forma subjetiva la mejoría de sensación de masa vaginal y la reaparición de la misma posterior al procedimiento quirúrgico.

Respecto a la sensación de masa vaginal, del grupo de la técnica tradicional, un 92,6% (38 pacientes) refería mejoría, al igual que un 95% (38 pacientes) del grupo de técnica de sitio específico. Por lo tanto, las dos técnicas quirúrgicas muestran una mejoría igual en los dos

grupos a pesar de presentarse reaparición de sensación de masa en 14 pacientes de la técnica tradicional. No hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (p 0,51)

Respecto a la reaparición de masa vaginal posterior al procedimiento quirúrgico, en el grupo de pacientes de la técnica tradicional, un 34,1% (14 pacientes) la referían, mientras que en el grupo de técnica de sitio específico, la refería un 22,5% (9 pacientes). No hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (p 0,18).

De las pacientes llevadas a colporrafia de sitio específico que referían reaparición de la masa vaginal, 2 de ellas presentaron dehiscencia de la sutura en el postoperatorio temprano.

Evaluando las complicaciones tardías reportadas en la literatura para la colporrafia anterior respecto a la dispareunia encontramos que 11 (26.8%) pacientes de la técnica tradicional y 17 (42.5%) paciente de la técnica de sitio específico tenían relaciones sexuales previo a la cirugía. De estas pacientes 7 (17.0%) de la técnica tradicional presentaban relaciones sexuales posterior al procedimiento y 14 (35%).

De las pacientes que tenían relaciones sexuales posterior al procedimiento quirúrgico 1 (2.4%) de la técnica tradicional referían dolor con la relación sexual y 1 (2.5%) de la técnica de sitio específico.

Tabla 6. Comparación de las *complicaciones tardías con ambas técnicas*

	Técnica tradicional (n=41)	Técnica sitio especifico (n=40)	p
Dolor pélvico crónico previo a cirugía.	19.5 (8)	17.5 (7)	0.51
Persistencia de dolor pélvico crónico. posterior a cirugía	4.8 (2)	0.0 (0)	0.02
Dolor pélvico de novo.	14.6 (6)	0.0 (0)	0.01
Retención urinaria.	9.7 (4)	5 (2)	0.34

Dispareunia previo a cirugía.	21.9 (9)	42.5 (17)	0.14
Persistencia de dispareunia.	17.0 (7)	35.0 (14)	0.33
Dispareunia de novo.	0.0 (0)	4.8 (2)	0.01
Vulvodinia.	2.4 (1)	2.5 (1)	0.74

En el grupo de técnica tradicional, 43.9% (18 pacientes) tenían vida sexual activa.

En el grupo de técnica de sitio específico 62.5% (25 pacientes) tenían vida sexual activa.

No hay diferencias significativas en la presentación de dispareunia ($p=0,14$) previo a la cirugía, ni en la persistencia de dispareunia ($p 0,33$), pero si en la presentación de dispareunia de novo ($p0,01$) a favor de la técnica tradicional.

En cuanto al dolor pélvico crónico, en el grupo de técnica tradicional 19.5% (8 pacientes) tenían dolor pélvico previo a la cirugía, de estas 4.8% (2 pacientes) presentaron persistencia del dolor pélvico posterior a la cirugía. Otras 14.6% (6 pacientes) presentaron dolor pélvico de nuevo posterior a la cirugía.

En el grupo de técnica de sitio específico, 17.5% (7 pacientes) tenían dolor pélvico previo a la cirugía, de estas ninguna presentó dolor pélvico posterior a la cirugía. Tampoco se presentó dolor pélvico de nuevo posterior a la cirugía en este grupo.

No se evidencian diferencias significativas en la presentación de dolor pélvico crónico previo a la cirugía ($p=0,51$), pero si en la persistencia del dolor pélvico ($p 0,02$) y en la presentación de dolor pélvico de nuevo ($p0,01$) a favor de la técnica de sitio específico.

No hay diferencias significativas en la retención urinaria con una incidencia del 9.7% (4 pacientes) en la técnica tradicional y un 5% (2 pacientes) en la técnica de sitio específico ($p=0,34$).

Tampoco hay diferencias significativas en la presentación de vulvodinia con una incidencia del 2.4% (1 paciente) en la técnica tradicional y un 2.5% (1 paciente) en la técnica de sitio específico ($p=0,74$).

Asociación de reintervención

Tan solo dos pacientes (2.4%) del grupo de técnica de sitio específico requirieron reintervención por repropulso. No se encuentra asociación estadísticamente significativa ($p=0,54$).

No se encontró ninguna otra paciente que fuera llevada a una nueva cirugía vía vaginal desde el procedimiento quirúrgico hasta la fecha de la aplicación de la encuesta.

Asociación con tipo de sutura

En las pacientes que presentaron repropulso posterior a la corrección con colporrafia mediante la técnica de sitio específico, se utilizó sutura tipo vicryl, sin embargo existe evidencia estadísticamente significativa que este tipo es el más recomendado para este procedimiento ($p=0,01$).

Tabla 7. Relación de reintervención y tipo de sutura con repropulso

	Técnica tradicional (n=41)	Técnica sitio especifico (n=40)	p
Reintervención	0.0 (0)	4.8 (2)	0.54
Asociación con tipo de sutura (vicryl)	25 (10)	52.5 (21)	0.01

Además se debe tener en cuenta que la presentación de repropulso no sólo depende del tipo de sutura, sino también de la calidad de los tejidos de la paciente a intervenir e incluso patología de base que puedan predisponer la reaparición del prolapso luego de la corrección quirúrgica.

Satisfacción global

Las pacientes postmenopáusicas estudiadas, que han sido tratadas quirúrgicamente con colporrafia técnica tradicional y colporrafia técnica de sitio específico, muestran una satisfacción global sin diferencias estadísticamente significativas ($p0,11$)

Tabla 8. *Satisfacción global*

	Técnica tradicional n=41	Técnica de sitio específico n=40	P
Satisfacción global	90.2 (n=37)	90% (n=36)	0.11

Con una tasa de satisfacción del 90.2% para la técnica tradicional (37 pacientes) y una tasa de satisfacción del 90% (36 pacientes).

Por lo tanto puede entenderse que las dos técnicas ofrecen niveles de satisfacción similares con tasas de complicaciones post quirúrgicas tardías similares.

10. Discusión

El prolapso del piso pélvico es un cuadro clínico muy común en las pacientes postmenopáusicas, afecta al 40% de mujeres postmenopáusicas, generando múltiples dolencias y alteraciones funcionales que representan un gran impacto en la calidad de vida.^(4,5) una de cada 10 mujeres tendrá síntomas severos que requieren manejo quirúrgico⁽⁶⁾.

La cirugía de elección para la corrección es la colporrafia anterior, de la cual existen dos técnicas, la técnica de sitio específico y la técnica tradicional. Una de cada diez mujeres tendrá síntomas severos que requieren manejo quirúrgico⁽⁶⁾.

La colporrafia anterior consiste en la plicatura de la fascia pubocervical y vesicovaginal en la línea media. Como complemento aparece una nueva técnica que retoma las descripciones clásicas, sumado al mejor uso de la anatomía de soporte del piso pélvico con el fin de tener mejores resultados a largo plazo, surgiendo de esta manera, la colporrafia anterior de sitio específico, la cual complementa la plicatura de la fascia pubocervical-vesicovaginal, con el soporte que puede brindar el arco tendíneo de la fascia pélvica. Hirata H (2004), Matsuyama H (2010), Damiani (2013) entre otros autores han evaluado ampliamente la mejoría en la calidad de vida de las pacientes posterior a la corrección quirúrgica de los defectos de compartimiento anterior, siendo este el marcador más importante para la evaluación del éxito de este procedimiento quirúrgico.

Hasta la fecha no se encontraron que comparen el resultado entre estas dos técnicas en la literatura. En el presente estudio hemos evaluado de manera subjetiva los resultados postoperatorios tardíos en un periodo de 3 años con estas dos técnicas quirúrgicas: la técnica tradicional y la colporrafia de sitio específico.

Se hizo un seguimiento a 4 años de las pacientes llevadas a cirugía de corrección de compartimiento anterior entre el periodo comprendido entre agosto 2009 y junio de 2012. Se realizó una evaluación subjetiva mediante una encuesta telefónica previamente avalada por un estudio piloto aplicada en consulta externa en nuestra institución.

Al realizar la encuesta telefónica se encontró una amplia aceptación de las pacientes, recibiendo la colaboración del 100% de las pacientes localizadas con un total de 81 pacientes de las 100 inicialmente incluídas y evaluadas en el estudio previo realizado en la institución, en donde se evaluaron las complicaciones postoperatorias tempranas de ambas técnicas quirúrgicas.

En la población analizada, no encontramos diferencias significativas en las características demográficas de cada uno de los grupos que pudiera alterar los resultados evaluados. Además los factores de riesgo para repropolapso (como edad, número de partos vaginales y presencia de cirugía vaginal previa) fueron similares en ambos grupos sin generar sesgos. La comorbilidad más prevalente fue la hipertensión arterial, 34.5% vs 37.5% con las técnicas tradicional y de sitio específico respectivamente, pero sin diferencias entre ambos grupos. Hubo un número mayor de pacientes con obesidad en el grupo de la colporrafia de técnica tradicional, pudiendo favorecer la incidencia de repropolapso como está descrito en la literatura, con un riesgo relativo aumentado para repropolapso cuando el IMC es mayor de 31⁽⁸⁾. Sin embargo no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los 2 grupos.

Dentro de los principales resultados evaluados en este estudio, encontramos la tasa de satisfacción global con el procedimiento por encima del 90% con ambas técnicas quirúrgicas, sin diferencias significativas entre ellas, y una tasa de repropolapso evaluado de manera subjetiva del 2% con la colporrafia de sitio específico, ningún caso con la otra técnica, la cual es menor con respecto a las tasas de repropolapso generales reportadas en la literatura las cuales se encuentran entre un 3- 27%^(32, 33,34). Además se presentaron resultados significativos a favor de la técnica de sitio específico con respecto a la persistencia del dolor pélvico posterior a la cirugía (p 0,02) y en la presentación de dolor pélvico de novo (p0,01).

El tipo de sutura más recomendado es el vicryl con diferencias estadísticamente significativas (p0,01) lo que soporta lo ampliamente descrito en la literatura y el actual desuso del catgut en la cirugía de piso pélvico en nuestra institución.

En los grupos de pacientes llevadas a colporrafia de técnica tradicional y colporrafia de sitio específico, la percepción respecto a la presentación de complicaciones tardías tampoco evidencian diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados del presente estudio complementan los resultados del estudio publicado en el año 2013 por los Doctores Aragón y García en el cual se evaluaron las complicaciones postoperatorias tempranas de cada una de las técnicas para colporrafia anterior (técnica tradicional y sitio específico), sin hallar diferencias estadísticamente significativas entre las dos técnicas quirúrgicas.

En el presente estudio la aparición de complicaciones postoperatorias tardías son similares en los dos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas. Puede inferirse que las dos técnicas quirúrgicas tienen un nivel de seguridad y satisfacción global tanto temprana como tardía similar, sin diferencias estadísticamente significativas.

La dispareunia o la alteración de la función sexual se puede presentar previo al procedimiento quirúrgico en pacientes con DCA entre un 39 hasta un 53% aunque posterior al procedimiento quirúrgico puede presentar una mejoría significativa. En nuestras pacientes 21.9% pacientes de la técnica tradicional presentaban dispareunia prequirúrgica, y 42.5% pacientes del grupo de técnica de sitio específico. De estas pacientes, 4.9% vs 7.5% presentaron mejoría de la sintomatología postoperatoria con las técnicas tradicional y de sitio específico respectivamente. En cuanto a la dispareunia, se sabe que la presentación de dispareunia postquirúrgica se relaciona más frecuentemente con técnicas que emplean mallas o material protésico para refuerzo de soporte de piso pélvico, sin embargo Feldner y colaboradores reportaron dispareunia de novo en el 5% después del uso de malla y 9% después de la reparación del prolapso con tejido nativo. Sin embargo cabe notar que por la edad de nuestras pacientes la vida sexual estaba limitada

La frecuencia de dolor pélvico postoperatoria en el grupo de pacientes de técnica tradicional fue de 4.8%, mientras que la frecuencia de dolor pélvico en el grupo de técnica de sitio específico fue 0.0% a pesar de presentar mayor número de procedimiento

asociados en la técnica de sitio específico, lo cual podría relacionarse con mayor dolor postoperatorio.

En cuanto a la retención urinaria se presenta más en las pacientes llevadas a cirugía de corrección de incontinencia y en menor proporción en pacientes llevadas a cirugía de corrección de los defectos de compartimiento anterior. Tiene mayor incidencia en el postoperatorio inmediato y menor incidencia en el postoperatorio tardío. En el presente estudio se encuentra una incidencia de 9.7% con la técnica tradicional y un 5% en la técnica de sitio específico, sin embargo la retención urinaria solamente fue evaluada de manera subjetiva con la sensación de dificultad para iniciar la micción y ninguna de estas pacientes ha requerido una nueva cirugía de piso pélvico ni ha tenido estudios complementarios para documentar si existe algún grado de obstrucción.

Entre las fortalezas de este estudio encontramos que es uno de los primeros estudios realizados en Colombia que evalúa, de manera subjetiva, el desenlace tardío de estas dos técnicas quirúrgicas, sin embargo, una limitación es el carácter subjetivo que tiene, que, si bien evalúa la satisfacción global de la paciente, evaluada con una encuesta, previamente validada por un estudio piloto, no es un cuestionario avalado, ni documentado en la literatura para dicho fin, por lo que se debería realizar un estudio, o someter la encuesta a un proceso de validación para poder garantizar los resultados.

Hubo una buena aceptación por parte de las pacientes con la colaboración de la respuesta de la encuesta telefónica. Además de tener una buena respuesta, esto indicó a las pacientes una preocupación del personal médico acerca de su estado de salud y el resultado de la cirugía, lo cual afianzó la relación médico paciente, demostró la satisfacción de las pacientes por el interés de conocer su estado actual, fortaleciendo la parte humanitaria de nuestra práctica médica.

Entre las limitaciones del presente estudio, se encontró la dificultad para contactar los pacientes por el cambio de domicilio o números errados con una pérdida de 19 pacientes, Por último se considera que el presente estudio sugiere que ambas técnicas quirúrgicas poseen un perfil de seguridad y niveles de satisfacción muy similares, con resultados más

favorables con la técnica de sitio específico por la ausencia de reprotlapso, presencia de persistencia de dolor pélvico crónico.

Se considera que se requiere de un mayor número de pacientes y un seguimiento a más largo plazo para definir las diferencias en los resultados de estas dos técnicas quirúrgicas para así poder ofrecerle a nuestras pacientes un mejor resultado a largo plazo con un impacto directo en su calidad de vida.

11. Conclusiones y recomendaciones

La colporrafia anterior es un procedimiento seguro para la corrección de los defectos de compartimiento anterior.

Según las diferencias entre las dos técnicas quirúrgicas, se creía que la colporrafia de sitio específico al tener un enfoque más anatómico de la corrección de los defectos de compartimiento anterior mediante la plicatura de la fascia pubocervical-vesicovaginal, con el soporte del arco tendíneo, podría llegar a tener una menor tasa de repropulso a largo plazo, sin embargo al requerir una disección más amplia, se consideraba podría llegar a tener mayor morbilidad y complicaciones postoperatorias.

En el presente estudio evidenciamos que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presentación la retención urinaria postoperatoria ni en la presentación de vulvodinia.

Tampoco se encuentran diferencias significativas en la presentación de dolor pélvico crónico previo a la cirugía, pero si en la persistencia del dolor pélvico y en la presentación de dolor pélvico de nuevo a favor de la técnica de sitio específico.

Podemos concluir que ambas técnicas quirúrgicas tienen un resultado adecuado.

Respecto a la sensación de masa vaginal, se presenta una mejoría de la misma del 92% y 95% en la técnica tradicional y en la técnica de sitio específico respectivamente, sin presentar diferencias estadísticamente significativas.

Al evaluar el repropulso de manera subjetiva con la reaparición de masa vaginal posterior al procedimiento quirúrgico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (p 0,18) y al evaluar la satisfacción global, la cual es el principal indicador de éxito quirúrgico, encontramos una tasa de satisfacción del 90 % para ambas técnicas quirúrgicas.

Consideramos se deben continuar estudios con cohortes de pacientes más grandes y con un seguimiento a largo plazo (más de 5 años) para poder tener datos estadísticamente significativos y así poder ofrecerle a nuestras pacientes una técnica segura con mejores resultados a largo plazo.

Consideramos que la técnica de sitio específico puede ser utilizada como técnica institucional, basados en el perfil de seguridad similar con la técnica tradicional y la utilización de estructuras anatómicas de mayor soporte para poder evaluar el resultado a largo plazo.

12. Bibliografía

1. Hirata H, Matsuyama H, Yamakawa Gi, Suga A, Tatsumura M, Ogata H, Takemoto M, Tomimatsu K, Naito K. Does surgical repair of pelvic prolapse improve patients' quality of life? *Urol.* 2004 Feb; 45(2):213-8. doi:10.1016/j.eururo.2003.09.007
2. Palma P, Riccetto C, Hernández M, Olivares JM. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. *Actas Urol Esp.* 2008;32(6):618-623. doi:10.1016/S0210-4806(08)73897-X
3. Matsuyama H, Tomimatsu T, Tatsumura M, Sugino N, Naito K. Surgical repair of pelvic-floor prolapse: lessons learned from longitudinal follow-up of quality-of-life survey. *Aktuelle Urol.* 2010 Jan;41 Suppl 1:S30-3. doi: 10.1055/s-0029-1224658.
4. Ward RM, Velez Edwards DR, Edwards T, Giri A, Jerome RN, Wu JM. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Oct;211(4):326-35. doi: 10.1016/j.ajog.2014.04.006
5. Kantartzis KL, Turner LC, Shepherd JP, Wang L, Winger DG, Lowder JL.. Apical support at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Int Urogynecol J.* 2014 Sep 3. Doi:10.1007/s00192-014-2474-y
6. De Lancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor Dysfunction: Achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* (2005) 192, 1488-95 doi:10.1016/j.ajog.2005.02.028
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. ISBN 97972
8. Díez-Calzadilla *, J.A. March-Villalba, C. Ferrandis, J.A. Hernández,

- J.M. Martínez-Jabaloyas, P. Chuan y R. Martínez-García . Factores de riesgo en el fracaso de la reparación quirúrgica del prolapso de suelo pelviano N.A. Servicio Urología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Espana *Actas Urol Esp* 2011; Vol.35 (8) Pags 448-453 doi:10.1016/j.acuro.2011.03.008
9. Walker JA, Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *Int Urogynecol* 2011; 22:127–135. Doi 10.1007/s00192-010-1215-0
 10. Sliker-ten Hove MCPH, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJC, et al. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200 (2):184.e1-184.e7. doi:10.1016/j.ajog.2008.08.070
 11. Seo JT, Kim JM. Pelvic organ support and prevalence by pelvic organ prolapse-quantification (POP-Q) in Korean women. *J Urol.* 2006; 175: 1769–177. Doi: 10.1016/S0022-5347(05)00993-6
 12. Gerda Trutnovskya,c. Guzman-Rojas R. Martin A. Dietz H. Pelvic floor dysfunction—Does menopause duration matter?. *Maturitas.* 2013. Vol 76 (2) 2013 Pags 134-138 doi:10.1016/j.maturitas.2013.06.012
 13. Damiani, A; Falconier Evaluación de calidad de vida pre y posquirúrgica en pacientes con prolapso de compartimiento anterior y posterior. *Prensa méd. argent;*99(2):138-142, abr. 2013. ID 699431/LILACS
 14. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic Organ Prolapse in Older Women: Prevalence and Risk Factors. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 489–97. doi: 10.1097/01.AOG.0000136100.10818.d8
 15. Rogers R, Kammerer D. Darrow A, Murray K, Qualls C, Olsen A, Barber M. Does Sexual Function Changes After Surgery for Stress Urinary Incontinence and/or Pelvic Organ Prolapse? A Multicenter Prospective Study. *Am JournObst Gynecol* 2006 195, e1-e4. doi:10.1016/j.ajog.2006.09.021
 16. Chasta Bascu, Philippe Zimmern. Complications of treatment of urinary incontinence and pelvic organs prolapse *Rev Med Clin Condes* 2013; Vol 24(2) 229-237. doi:10.1016/S0716-8640(13)70154-8

17. Braun H, Rojas I, Gonzalez F, Fernandez N, Ortiz JA. . Prolapso Genital Severo: Consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su Corrección. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; Vol 69(2) 149 – 156. Doi 10.4067/S0717-75262004000200010
18. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; Vol 89 (4):501–6.
19. McCracken GR, Lefebvre G. Mesh-free anterior vaginal wall repair: history or best practice? *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2007; 9:233–242. RCOG. DOI: 10.1576/toag.9.4.233.27353
20. Hafsa U Memon, Victoria Landa. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond Engl)*. 2013 Vol 9 (3) Pags 265-277. Doi: DOI 10.2217/whe.13.17
21. Lieschen H. Muñoz A, Shippey S, Gutman R, Handa Victoria, Quiroz, M.D. Vaginal Parity and Pelvic Organ Prolapse. *J Reprod Med*. 2010 Mar-Apr; 55(3-4): 93-98. PMID: PMC3164481.
22. A. Ozgur Yeniél, A Mete Ergenoglu, Niyazi Askar, Ismali Mete Itil, Reci Meseri. How do delivery mode and parity affect pelvic organ prolapse? 2013 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2013;Vol 92 (7. Pags 847 - 851). DOI: 10.1111/aogs.12129
23. Shilpi Pandey, Suruchi Pandey, Abha Maheshwari, Siladitya Bhattacharya. The impact of obesity on gynecology on the outcome of fertility treatment. *J Hum Reprod Sci*. 2010 May-Aug; 3(2): 62–67. *J Hum Reprod Sci*. 2010 May-Aug; 3(2): 62–67. doi: 10.4103/0974-1208.69332
24. Kuh D, Cardozo, Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women; childhood enuresis and other lifetime risk factors in British prospective cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*; (1999). Vol 53: 453-458. doi:10.1136/jech.53.8.453

25. Vanspauwen R., Seman E, Peter Dwyer. Survey of current management of prolapse in Australia and New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* (2010), Vol 50 (3) pages 262-267. Doi 10.1111/j.1479-828X.2010.01145.x
26. Bocardo G, Moreno J, Redondo E, Corral A Silmi. Manejo de la incontinencia en pacientes con cistocele moderado y severo. *Hospital clínica San Carlo, Madrid. Clínicas urológicas de la Complutense. Madrid 2000 Vol 8, 459 – 472*
27. Corton, Marlene M, *Anatomy of Pelvic Floor Dysfunction. Obstet Gynecol Clin N Am* (2009) Vol 36 (3) pages 401-419.
28. Altman D, Väyrynen T, Engh ME, Axelsen S, Falconer C, Ellstrom M. Anterior Colporrhaphy versus Transvaginal Mesh for Pelvic-Organ Prolapse. *N Engl J Med.* 2011 May 12; 364(19):1826-36. DOI: 10.1056/NEJMoa1009521
29. Jack GS, Nikolova G, Vilain E, Raz S, Rodríguez LV. Familial transmission of genitovaginal prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:498-501. doi: 10.1007/s00192-005-0054-x
30. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Journal of Evidence-based Medicine.* 2010, Vol 3 (3) Pages 185. Doi 10.1111/j.1756-5391.2010.01093.x
31. Vimplis S, Hooper P. Assessment and management of pelvic organ prolapse. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2005; Vol 15(6); pages 387–393. Doi: 10.1016/j.curobgyn.2005.09.002
32. Abed H, Rogers G. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: Diagnosis and Treatment. *Med Clin N Am.* 2008; Vol 92 (5): pages 1273–1293. doi:10.1016/j.mcna.2008.04.004
33. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic Organ Prolapse in Older Women: Prevalence and Risk Factors. *Obstet Gynecol* 2004; Vol 104 (3): pages 489–97. Doi 10.1097/01.AOG.0000136100.10818.d8
34. Mallipeddi P, Kohli N, Steele AC, Owens RG, Karram MM. Anatomic and functional outcome vaginal paravaginal repair in the surgical treatment of anterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J* 2001 Vol 12 83-88 doi 10.1007/s001920170070.

35. Shull BL, Benn SJ, Kuehl TJ. Surgical management of prolapse of the anterior vaginal segment: An analysis of support defects, operative morbidity, and anatomic outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171 (6): 1429 – 1439. doi:10.1016/0002-9378(94)90384-0
36. Elkins TE, Chesson RR, Videla F. Transvaginal paravaginal repair: A useful adjunctive procedure in pelvic relaxation surgery. *J Pelvic Surg* 2000; Vol 6 (1):11 – 15.
37. C. Maher, K. Baessler, C.M.A. Glazener, E.J. Adams and S. Hagen Surgical management of pelvic organ prolapse in women: A short version Cochrane review. *Neurourology and Urodynamics* January 2008, Vol 27 (1) pages 3–12. DOI: 10.1002/nau.20542
38. Paulo Cezar Feldner, Jr., Carlos Antonio Delroy, Sérgio Brasileiro Martins, Rodrigo Aquino Castro, Marair Gracio Ferreira Sartori, and Manoel João Batista Castello Girão Sexual function after anterior vaginal wall prolapse surgery(Sao Paulo). *Clinics*. Aug 2012; 67(8): 871–875. Doi 10.6061/clinics/2012(08)03
39. Chahin Achtari, Dwyer Peter. Sexual Function and pelvic floor disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*.2008. Vol 19 (6) 993 – 1008. doi:10.1016/j.bpobgyn.2005.08.012
40. Stephen B. Young. Vaginal Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol Clin N Am* (2009) Vol 36 (3) pags 565 – 584. doi:10.1016/j.ogc.2009.08.013
41. Adelowo AO, Hacker MR, Merport Modest A, et al. Do symptoms of voiding dysfunction predict urinary retention? *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2012; Vol 18 (6): pags 344–347. doi: 10.1097/SPV.0b013e318274d5c4
42. Saaby ML, Lose G. Repeatability of postvoid residual urine > 100 ml in urogynecologic patients. *Int Urogynecol J* 2012; 23:207–209. Doi 10.1007/s00192-011-1614-x
43. Juma Saad. Urinary retention in women. *Curr Opin Urol* 2014, Vol 24(4): pags 375–379 doi: 10.1097/MOU.0000000000000071
44. Hakvoort RA, Dijkgraaf MG, Burger M, Emanuel M, Roberts JP. Predicting Short-Term Urinary Retention after Vaginal Prolapse Surgery. *Neurourology and Urodynamics* (2009) Vol 28 (3): pags 225–228 DOI: 10.1002/nau.20636

45. El-Nazer M, Gomma I, Ismail Madkour W. Anterior colporrhaphy versus repair with mesh for anterior vaginal wall prolapse: a comparative clinical study. *Arch Gynecol Obstet*. 2012 vol 286 (4) 965 – 972. doi 10.1007/s00404-012-2383-6
46. Elbiss HM Moran Paul. Fayed T. Hammad. Teaching patients clean intermittent self catheterization prior to antiincontinence or prolapse surgery: is it necessary in woman with obstructive voiding dysfunction? *Int Urol Nephrol* 2012; Vol 44 (3): pags 739-743 doi 10.1007/s11255-011-0072-1
47. Nguyen JN, Burchett Jr. Raoul MA. Outcome after anterior vaginal prolapse repair: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008; Vol 111 (4): pags891–898. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816a2489
48. García Riaño, DA; Aragón Mendoza R. Complicaciones postoperatorias tempranas de la colporrafia anterior por técnica tradicional versus técnica de sitio específico. Repositorio Universidad del Rosario. 2012. Disponible en: hdl.handle.net/10336/4006

12. Anexos

13.1 Curación subjetiva:

1. Siente mejoría de la sensación de masa vaginal posterior a la cirugía?

SI =1 NO =2

2. Siente reaparición de la masa posterior a la cirugía?

SI= 1 NO=2

Dolor pélvico

1. Sentía dolor pélvico o en la parte baja del abdomen previo a la cirugía?

SI= 1 NO=2

2. Siente dolor pélvico o en la parte baja del abdomen posterior a la cirugía?

SI= 1 NO=2

Dispareunia

1. Tenía relaciones sexuales previo a la cirugía?

SI= 1 NO=2

2. En la actualidad tiene relaciones sexuales?

SI= 1 NO=2

3. Tiene dolor con las relaciones sexuales posterior a la cirugía?

SI= 1 NO=2

Retención urinaria

1. Tiene problemas para empezar a orinar posterior a la cirugía?

SI= 1 NO=2

En general está satisfecha con el resultado de la cirugía?

SI = 1 NO= 2

Ha tenido usted algún otro procedimiento vaginal posterior a esta cirugía?

SI=1 NO=2

13.2 Protocolo de llamada

*“Buenas días/tardes, soy la Dra Tatiana Palacios/Claudia López del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital San Rafael. Es posible hablar con la señora xxxx?
A la señora xxxx se le realizó un procedimiento en nuestra institución en la fecha xxxx*

Estamos realizando un estudio para evaluar los resultados subjetivos del procedimiento quirúrgico, por lo cual estamos realizando una encuesta para saber cómo está la señora posterior al procedimiento quirúrgico.

Tiene el derecho o no de participar libremente sin que esto tenga alguna implicación en sus seguimientos futuros.

Desea usted participar respondiendo unas preguntas?

Al ser SI la respuesta se continuará: A cada pregunta por favor responda si o no”.

Se realizará la encuesta

Muchas gracias por su colaboración.