

**CARACTERIZACIÓN Y DESENLACE DE PACIENTES LLEVADAS A CIRUGÍA DE
CORRECCIÓN DEL PROLAPSO GENITAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
CLÍNICA SAN RAFAEL. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS**



AUTORES

PAOLA ANDREA SANCRISTÁN RODRIGUEZ
LINA PAOLA FUENTES OBANDO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesor temático:
DRA. LINA GARZÓN PULIDO

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BOGOTÁ, 07 FEBRERO 2022**

Caracterización y desenlace de pacientes llevadas a cirugía de corrección del prolapso genital en el Hospital Universitario Clínica San Rafael. Experiencia de 10 años

Investigadores:

Lina Paola Fuentes Obando

Paola Andrea Sacristán Rodríguez

Trabajo de grado para optar al título de Ginecología y Obstetricia

Asesor temático:

Dra. Lina Soledad Garzón Pulido

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Magíster en Bioética

Asesor metodológico

Dr. José Elías Delgado Barragán

Epidemiólogo

Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá D.C.

Posgrado en Ginecología y Obstetricia

Facultad de Medicina

2021

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.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
1. Formulación del problema.....	9
1.1. Planteamiento del problema.....	9
2. Justificación.....	10
3. Pregunta de Investigación.....	12
MARCO TEÓRICO.....	13
OBJETIVOS.....	18
4.1 Objetivo general.....	18
4.2 Objetivos Específicos.....	18
METODOLOGÍA.....	19
5.1 Diseño y tipo de estudio.....	19
5.2 Población blanco.....	19
5.3 Criterios de elegibilidad.....	19
Criterios de inclusión:.....	19
Criterios de exclusión:.....	20
5.4 Diseño muestral y tipo de muestreo.....	21
5.5 Cálculo del tamaño de la muestra.....	21
5.6 Definición de variables.....	21
5.7 Técnicas de recolección de datos.....	24
Procedimiento de medición.....	25
Procedimiento de recolección.....	25
Definición de los sesgos.....	25
5.8 Análisis estadístico.....	26
5.9 Periodo del estudio.....	26
IMPLICACIONES BIOÉTICAS.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIÓN.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS.....	44

RESUMEN

El prolapso de órgano pélvico es una condición frecuente de etiología exacta desconocida a la que se le atribuyen causas de origen multifactorial. Sin importar la edad de presentación, esta patología genera un impacto importante en la autoimagen corporal, la sexualidad y funcionamiento normal de las estructuras involucradas; afectando finalmente de manera negativa la calidad de vida de quien lo padece.

Objetivo: Caracterizar la población y establecer el desenlace en cuanto a complicaciones, cura objetiva y subjetiva, en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos intervenidas quirúrgicamente en el HUCSR del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019.

Metodología: Estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico, mediante la revisión retrospectiva de los registros clínicos de las pacientes llevadas a cirugía de corrección de prolapso de órgano pélvico.

Resultados: Se incluyeron 1544 pacientes con diagnóstico y tratamiento quirúrgico para el prolapso de órgano pélvico. El 79.3% de las pacientes tenían entre 50 y 74 años. El 45.7% presentaban algún grado de sobrepeso y el 21.6% tenían diagnóstico de obesidad (Grado 1 [17.8%], Grado 2 [3.1%] y obesidad mórbida [0.7%]). La gran mayoría (71,1%) tenían paridad aumentada. El mayor porcentaje de procedimientos quirúrgicos se realizó en pacientes con prolapso grado III con 55.3% de los casos, seguido por el grado IV en un 21.9%. El 69.7% de las pacientes presentaba alguna comorbilidad y se documentó complicaciones en el 22%. Finalmente, la efectividad de la intervención quirúrgica en el HUCSR está dada por una cura subjetiva y objetiva mayor al 99%, con estancia hospitalaria inferior a 48 horas en la mayoría de los casos. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el prolapso grado IV y la

cura objetiva ($p = 0.039$), así como mayor frecuencia de complicaciones de acuerdo a un mayor grado de prolapso: grado III ($p = 0.014$) y grado IV ($p = 0.06$).

Conclusión: Este estudio incluye un número considerable de pacientes llevadas a cirugía para corrección del prolapso de órgano pélvico en Colombia, con un éxito cercano al 99% dado por la cura objetiva y subjetiva, independientemente de las variables clínicas y con características sociodemográficas similares a las reportadas en la literatura mundial.

Palabras claves: Prolapso de Órgano Pélvico, complicaciones postoperatorias, calidad de vida.

ABSTRACT

Pelvic organ prolapse is a frequent condition of unknown exact etiology to which causes of multifactorial origin are attributed. Regardless of the age of presentation, this entity generates an important impact on the body's self-image, sexuality and normal functioning of the structures involved; finally negatively affecting the quality of life of those who suffer from it.

Objective: To characterize the population and establish the outcome in terms of complications, objective and subjective cure, in patients with pelvic organ prolapse, who underwent surgery at the HUCSR from January 1, 2010 to December 31, 2019.

Methodology: Cross-sectional descriptive observational study with analytical component. Through the retrospective review of the medical records of the patients who underwent prolapse correction surgery according to the institutional protocol.

Results: 1544 patients with diagnosis and surgical treatment for pelvic organ prolapse were included. 79.3% of the patients were between 50 and 74 years old. 45.7% had some degree of overweight and 21.6% had a diagnosis of obesity (Grade 1 [17.8%], Grade 2 [3.1%] and morbid obesity [0.7%]). The vast majority (71.1%) had increased parity. The highest percentage of surgical procedures was performed in patients with grade III prolapse with 55.3% of cases, followed by grade IV in 21.9%. 69.7% of the patients had some comorbidity and a rate of at least one complication of 22%. Finally, the effectiveness of the surgical intervention in the HUCSR is given by a subjective and objective cure greater than 99%, with less than 48 hours of hospitalization in most cases. A statistically significant association was found between grade IV prolapse and

objective cure ($p = 0.039$), as well as a greater association with complications according to a higher degree of prolapse: grade III ($p = 0.014$) and grade IV ($p = 0.06$).

Conclusion: This study includes a significant number of patients undergoing surgery to correct pelvic organ prolapse in Colombia, with a 99% success rate given by objective and subjective cure, regardless of clinical variables; with a population with sociodemographic characteristics similar to those reported in the literature.

Key words: Pelvic Organ Prolapse, postoperative complications, quality of life.

INTRODUCCIÓN

1. Formulación del problema

1.1. Planteamiento del problema

El prolapso de órgano pélvico es una condición médica cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas y genera un motivo de consulta frecuente en ginecología por su sintomatología y compromiso en la calidad de vida de las pacientes que lo padecen. Es necesario estar familiarizados con los síntomas presentados, incluyendo la incontinencia urinaria de urgencia o esfuerzo, infecciones urinarias a repetición, sensación de masa a nivel vaginal, disfunción sexual, dolor, baja autoestima y necesidad de reintervenciones quirúrgicas frecuentes para la corrección del prolapso, entre otros (1).

Esta patología se torna más frecuente en mujeres de edad avanzada donde incluso 1 de cada 9 mujeres requerirá una cirugía para la corrección del prolapso o incontinencia urinaria a la edad de 80 años según la revista americana de Ginecología y Obstetricia en el 2018. Otras organizaciones como la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) y Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA), incluyen la medición de la calidad de vida en todos sus estudios de incontinencia urinaria o prolapso de órgano pélvico e incluso como un marcador de éxito del procedimiento quirúrgico realizado. Sin embargo, no hay un consenso global ideal para evaluar estos desenlaces, lo que genera heterogeneidad en los estudios realizados, disminuyendo así, la capacidad comparativa o validez externa de los trabajos (2, 3).

En Colombia, por ejemplo, no existen datos epidemiológicos suficientes sobre la población con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico y su desenlace quirúrgico. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) es común encontrar de manera simultánea en la población mayor de 50 años, enfermedades cardiovasculares importantes (12.1%), patologías pulmonares crónicas (7.9%), insuficiencia renal (5%), diabetes mellitus u obesidad (6.6%), entre otras condiciones, que aumentan el riesgo de desarrollar complicaciones potencialmente mórbidas durante las intervenciones quirúrgicas utilizadas para la corrección del prolapso genital (3).

Es pertinente, primero realizar una caracterización detallada del tipo de población que presenta esta condición en nuestra institución, evaluar las intervenciones quirúrgicas realizadas, determinar la estancia hospitalaria, complicaciones presentadas y la resolución objetiva y subjetiva del prolapso a corto y mediano plazo.

2. Justificación

El prolapso de órgano pélvico femenino, tiene una prevalencia en mujeres menores de 30 años de un 19 al 30% y de un 43 al 76% en mujeres entre los 50 y 79 años, el 2 % es de curso asintomático y un 50% sintomático de las cuales de un 10 al 20% solicitan ayuda médica. Esta patología es una de las indicaciones más comunes dentro de las cirugías ginecológicas cuando los tratamientos conservadores no tienen éxito. Con el tiempo, se espera un incremento sustancial de la prevalencia de esta enfermedad y consecuentemente también aumentarán las cifras anuales de cirugías correctivas y costos relacionados de atención a la salud (4).

Los estudios de incidencia que se han realizado en el mundo, se limitan a aquellos destinados a la investigación de nuevos tratamientos quirúrgicos o dispositivos,

algunos terminan analizando subpoblaciones específicas o la mayoría presentan problemas metodológicos. En Colombia incluso se desconoce la cantidad de mujeres con prolapso de órgano pélvico que se atienden sin hospitalización ni cirugía; así como también el número de aquellas que nunca buscan atención médica. Por lo tanto, hay una subestimación de la incidencia y prevalencia en el país, la cual adicionalmente no se encuentra reportada en las plataformas oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social (5).

Adicionalmente, no se documentan las variables características de nuestra población, por ende, es necesario realizar un estudio que describa primero sociodemográficamente a las pacientes y que permita en primera instancia establecer una base de conocimiento sobre el tipo de usuarias en el país con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas empleadas, pocas investigaciones clínicas han comparado la efectividad y riesgo de las diferentes cirugías. Es importante dilucidar las ventajas y desventajas de cada procedimiento, no sólo teniendo en cuenta la dificultad de cada una de ellas, sino los costos al sistema de salud incluyendo la estancia hospitalaria, insumos necesarios, requerimiento de nuevas intervenciones y complicaciones. La meta final de la cirugía pélvica será restaurar la anatomía, mantener o recuperar la función normal del intestino y la vejiga y conservar la capacidad vaginal para las relaciones sexuales si se desean (6).

Con este proyecto proponemos iniciar el desarrollo de una línea de investigación institucional, comenzando con la descripción de dichas variables en la población con prolapso de órgano pélvico que consulta y los desenlaces presentados con las intervenciones quirúrgicas realizadas en el HUCSR entre el periodo de 2010 y 2019.

Posteriormente, esto será la base para múltiples estudios complementarios dirigidos a comparar técnicas, costos en salud y resultados, lo que impactará en la ruta de manejo integral que deberán recibir todas las pacientes con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico.

Con todo lo anterior, no sólo se beneficia la población estudiada, sino que se tendrán herramientas suficientes para escoger la técnica quirúrgica más costo efectiva que se ajuste a las necesidades de cada paciente, logrando como fin último disminuir al máximo el requerimiento de nuevas intervenciones corrigiendo los síntomas moderados y severos del prolapso y mejorando la calidad de vida de la población.

3. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características clínicas y los desenlaces de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos que recibieron corrección quirúrgica en el HUCSR?

MARCO TEÓRICO

El prolapso de órganos pélvicos, también conocido como prolapso urogenital, se define como el descenso o la herniación de estructuras intrabdominales femeninas, a través de las paredes vaginales, incluyendo la vejiga, el útero, los intestinos o la cúpula vaginal luego de una histerectomía; resultando finalmente en la protrusión de la vagina, el útero o ambos. Es una condición frecuente que afecta a millones de mujeres a nivel mundial, donde incluso 1 de cada 9 mujeres requerirá una cirugía para el prolapso o incontinencia urinaria a la edad de 80 años (1, 2).

A pesar de su alta frecuencia, la etiología exacta es desconocida y se le atribuyen causas complejas de origen multifactorial. Se ha identificado que el parto vaginal, la edad avanzada y la obesidad, son los factores de riesgo más importantes para desarrollar un prolapso. Adicionalmente, Walters, explica que el prolapso puede presentarse cuando un soporte genital defectuoso responde a presiones intraabdominales normales, o cuando el soporte normal de los órganos pélvicos se somete de forma crónica a una alta presión intrabdominal (4, 5).

La pérdida del soporte sucede como resultado del daño a cualquiera de los sistemas de suspensión pélvica, incluyendo: la pelvis ósea (a la cual se unen los tejidos blandos); el retináculo subperitoneal; el componente de músculo liso de la fascia endopélvica (ligamento cardinal y uterosacro); el diafragma pélvico (músculos elevadores del ano y sus uniones fibromusculares a los órganos pélvicos) y la membrana perineal. Por otra parte, la combinación de factores promotores como tabaquismo, enfermedad pulmonar crónica y estreñimiento se han relacionado con el desarrollo de prolapso genital a largo plazo (7).

La presencia de un prolapso de órgano genital, sin importar la edad de presentación, puede generar un impacto importante en la autoimagen corporal, la sexualidad y funcionamiento normal de las estructuras involucradas, afectando finalmente de manera negativa la calidad de vida de quien lo padece. Los prolapsos moderados y severos se asocian adicionalmente a incontinencia urinaria de esfuerzo (prevalencia del 17 al 45%), síntomas irritativos urinarios (polaquiuria, urgencia miccional y nicturia), retención urinaria, sensación de masa, presión o dolor pélvico en bipedestación y disfunción sexual; convirtiéndose así en una entidad de gran comorbilidad (6, 7, 8).

La evaluación diagnóstica del prolapso de órgano pélvico se ha unificado con la utilización del POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*). Este puntaje es utilizado desde 1996 y modificado en 2006 por la Sociedad Internacional de Continencia (IC), como una herramienta reproducible y fácil de aprender, realizada de forma objetiva durante el examen físico en la consulta externa lo que hace que el diagnóstico de esta condición sea netamente clínico (8, 9).

Existen herramientas adicionales que podrían aportar información complementaria como la resonancia nuclear magnética dinámica y ultrasonido transperineal 3D y 4D. La evidencia no ha demostrado una clara relación entre la magnitud del prolapso y estas herramientas. Sin embargo, es promisorio su futuro, en especial del ultrasonido, por su bajo costo y mayor accesibilidad (6, 8).

La clasificación del POP-Q asigna 2 puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), 1 punto relacionado al cérvix (C), 1 punto en relación al fórnix posterior (D), medición de la longitud vaginal total (tvL), del hiato genital (gh) y del cuerpo perineal (pb). El punto de referencia

utilizado para objetivar el descenso de los distintos puntos antes descritos es el himen (8).

Al finalizar el POP-Q, se definirá el grado de prolapso de cada uno de los compartimentos de la siguiente manera:

0: cuando no hay descenso.

I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen.

II: el descenso es +/- 1cm respecto al himen.

III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm de la longitud vaginal.

IV: cuando se está frente a una procidencia completa (7, 8).

En la actualidad, las opciones de manejo del prolapso de órgano pélvico incluyen los tratamientos conservadores y las intervenciones quirúrgicas. En las últimas se engloban a su vez, técnicas reconstructivas que corrigen el prolapso y restauran la anatomía normal y aquellas que corrigen el prolapso mediante el cierre y/o eliminación del canal vaginal u obliterativas (1, 2).

Dentro de las primeras, destaca la colpopexia sacroespinal, colpopexia sacra y la colporrafia con o sin malla. En las segundas u obliterativas, la Colpocleisis de LeFort es una opción efectiva para aquellas mujeres que no toleran los procedimientos extensivos y que no desean preservar la función sexual. Sin embargo, existen pocos estudios clínicos que comparen la efectividad y riesgo de las diferentes técnicas quirúrgicas (8, 9).

En general, la colpopexia sacra se asocia a menor recurrencia de nuevos prolapsos, pero implica un mayor tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, morbilidad y costos elevados en comparación con la colpopexia sacroespinal. La colporrafia anterior ha demostrado una eficacia entre 80-100% en series de casos que desciende a 40-60% en ensayos aleatorizados. Por otra parte, la colporrafia posterior es altamente efectiva en el tratamiento del prolapso que compromete la pared vaginal posterior, pero se ha asociado a inaceptables tasas de dispareunia en algunos casos. A pesar del amplio uso de mallas en la cirugía ginecológica de corrección de los prolapsos, son pocos los estudios publicados sobre su seguridad y efectividad (9, 10).

Las complicaciones después de la cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos pueden dividirse de acuerdo al uso o no de mallas; en general, las más frecuentes son el sangrado o formación de hematomas en el postoperatorio, infecciones (típicamente del tracto urinario) y la disfunción miccional (que generalmente es transitoria). Adicionalmente, existen desenlaces poco comunes como las fístulas rectovaginales o vesicovaginales, lesión ureteral y una vagina acortada (12).

Los cambios realizados en la anatomía vaginal pueden provocar dolor pélvico crónico y dispareunia, requiriendo muchas veces la derivación inmediata a otros especialistas con mayor experiencia en el manejo de estas afecciones. Cabe resaltar que al ser una patología más prevalente, a medida que aumenta la edad, se pueden encontrar comorbilidades importantes en la mayoría de las pacientes que serán llevadas a cirugía, destacándose dentro de ellas la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias; por lo que el riesgo quirúrgico podría ser mayor y afectar los desenlaces finales (13, 14).

Por otra parte, cuando se habla de la cura objetiva y subjetiva del prolapso de órganos pélvicos se tendrá en cuenta que el resultado de la cirugía dependerá no solo de la habilidad quirúrgica del cirujano o la técnica empleada para corregirlo, sino también del grado del prolapso y el compromiso de las estructuras de soporte del piso pélvico de base con el que se presenta la paciente (15).

Por lo tanto, al evaluar la curación posterior a la cirugía, no solo se debe evaluar el componente anatómico, sino también la resolución de los síntomas iniciales o la persistencia de los mismos y en algunos casos la nueva aparición de prolapso durante el seguimiento clínico, considerando adicionalmente, que un resultado anatómico insatisfactorio no siempre se asociará con un mal resultado funcional o con un deterioro en la calidad de vida (16).

La meta final de la cirugía pélvica entonces será restaurar la anatomía, mantener o restituir la función normal del intestino y la vejiga, conservando la capacidad vaginal para las relaciones sexuales si se desea. Siempre será necesario un proceso de consentimiento interactivo con la paciente, así como el conocimiento de la anatomía pélvica y de las técnicas disponibles junto con los desenlaces más frecuentes. Se necesitarán más investigaciones para comprender la anatomía del soporte pélvico y la patogenia del prolapso, así como innovaciones en la cirugía reconstructiva pélvica y vaginal con el fin de mejorar la atención a todas las mujeres afectadas. De igual manera, son necesarios más estudios quirúrgicos comparativos de alta calidad, al igual que más información acerca de los beneficios y complicaciones de las diferentes técnicas quirúrgicas (17).

OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Caracterizar la población y establecer los desenlaces de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos, intervenidas quirúrgicamente en el HUCSR del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019.

4.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características clínicas de la población: edad, comorbilidades, índice de masa corporal y número de partos.
2. Establecer la frecuencia de desenlaces como: complicaciones y estancia hospitalaria en las pacientes llevadas a cirugía de corrección del prolapso genital en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.
3. Determinar la frecuencia de resolución del prolapso: cura objetiva y subjetiva de las pacientes en el posoperatorio mediato.
4. Determinar si existe asociación entre las características clínicas y los desenlaces como las complicaciones y la cura objetiva y subjetiva.

METODOLOGÍA

5.1 Diseño y tipo de estudio

Este trabajo se desarrolló en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Clínica San Rafael, específicamente en el servicio de Cirugía de Piso Pélvico. Este es un estudio observacional de corte transversal con componente analítico.

5.2 Población blanco

Paciente con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico según la clasificación del POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*) intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael durante el periodo de 1 de enero de 2010 a 31 de diciembre de 2019.

5.3 Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

1. Mujeres con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico a quienes se les haya practicado alguno de los siguientes procedimientos como parte de su tratamiento:

-Histerectomía vaginal y reparación plástica de la vagina definida como el retiro del útero por vía vaginal y suspensión de la vejiga y el recto a la posición anatómica en casos de prolapso del compartimento apical.

-Colporrafia anterior y posterior suspensión de la vejiga y recto a su posición anatómica.

-Cirugía de Manchester o traquelectomía

-Sacrocolpopexia vía abdominal que corresponde a la fijación de la cúpula al sacro en el retroperitoneo.

-Colpopexia vía vaginal o fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso, bien sea con suturas y tejido nativo o con mallas de polipropileno (en vía de extinción actualmente)

-Colpocleisis de LeFort o vaginectomía, que es el rechazo apical de la vagina y su consecuente obliteración.

2. Pacientes en quienes los anteriores procedimientos quirúrgicos se llevaron a cabo en el HUCSR del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2019.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes sin examen genitourinario registrado en historia de ingreso o en registro postoperatorio.
2. Ausencia de consulta postoperatoria en el HUCSR registrada en Historia clínica.
3. Historia clínica incompleta o inconsistente.

5.4 Diseño muestral y tipo de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico, con la inclusión del total de las pacientes operadas en el hospital por diagnóstico de prolapso de órgano pélvico que fueron sometidas a manejo quirúrgico en la institución en el periodo descrito.

5.5 Cálculo del tamaño de la muestra

No requirió cálculo de muestra, se tomaron por conveniencia del total de las pacientes operadas en el hospital por diagnóstico de prolapso de órgano pélvico que fueron sometidas a manejo quirúrgico en la institución en el periodo descrito y que cumplieran con los criterios de elegibilidad.

5.6 Definición de variables

Variable	Definición Conceptual	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Definición Operativa	Objetivo
IMC (Índice de Masa Corporal)	Peso/ Talla x Talla	Cualitativa	Nominal Politómica	1.Desnutrición < 18 2. Normal 18.0-25.0 3. Sobrepeso 25.1 – 29.9 4. Obesidad GI 30.0 – 34.9 5. Obesidad GII 35.0 – 39.9 6. Obesidad GIII ≥ 40.0	1
Tipo de prolapso	Según Pelvic Organ Prolapse Quantification	Cualitativa	Nominal Politómica	1: Grado 0 cuando no hay descenso.	2

	System (POP-Q)			<p>2: Grado I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen.</p> <p>1. Grado II: el descenso es +/- 1cm del himen.</p> <p>2. Grado III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm de la longitud vaginal.</p> <p>3. Grado IV: cuando estamos frente a una procidencia completa</p>	
Número de partos vaginales	Número de nacimientos vía vaginal	Cualitativa	Nominal Politómica	<p>0: Nulípara</p> <p>1: 1-2 partos</p> <p>2: >3 partos</p>	1
Comorbilidades	Presencia de enfermedades adicionales además de la enfermedad primaria	Cualitativa	Nominal Politómica	<p>1: No tiene comorbilidades</p> <p>2: Enfermedades Cardiovasculares</p> <p>3: Enfermedades respiratorias (incluye tabaquismo)</p> <p>4: Enfermedades renales</p>	1

				5: Enfermedades metabólicas (Diabetes Mellitus) 6: Enfermedades autoinmunes	
Tipo de intervención realizada	Procedimiento realizado para la corrección del prolapso de órgano pélvico	Cualitativa	Nominal Politómica	1: Histerectomía vaginal 2: Colporrafia anterior y posterior 3: Cirugía de Manchester o traquelectomía 4: Sacrocolpopexia vía abdominal 5: Colpopexia vía vaginal 6: Colpocleisis de LeFort o vaginectomía	2
Estancia Hospitalaria	Número de días desde la realización de la cirugía hasta su egreso de la institución	Cualitativa	Nominal Politómica	1: 1-2 días 2: 3-5 días 3: >5 días	4
Cura Objetiva en consulta POP (Cirujano)	POP-Q grado 0	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1: No se evidencia prolapso 2: Hay evidencia de prolapso	2
Cura subjetiva en consulta POP (Paciente)	Percepción de mejoría de los síntomas por los que consultó inicialmente	Cualitativa	Nominal Politómica	1: Hay mejoría 2: No hay mejoría 3: Empeoraron los síntomas	2
	Agravamiento o dificultad que	Cualitativa	Nominal	1: Re intervención quirúrgica	3

Complicaciones	aparece espontáneamente relacionado con el procedimiento realizado		Politémica	2: Infección 3: hematoma 4: Reptolapso 5: Otra	
Edad	Edad cumplida en años de la paciente	Cualitativa	Nominal	1.< 50 años 2. 50-60 3. 60- 75 4. <75 años	1

5.7 Técnicas de recolección de datos

El método de recolección de datos se realizó mediante la exploración de las historias clínicas. Se revisaron los registros de la valoración pre quirúrgica por ginecología, la valoración pre anestésica, los datos registrados en la historia clínica el día del procedimiento quirúrgico, la descripción quirúrgica y el primer control postquirúrgico en la institución que generalmente se realizó en los primeros 30 días postoperatorios.

Se registraron los datos en un formulario que fue diseñado por el grupo de investigadores, el cual contiene los datos demográficos, epidemiológicos y clínicos para facilitar su análisis. Las historias solo fueron revisadas por las dos investigadoras principales y se asignó un número a cada paciente para garantizar que los datos fueran anónimos.

Métodos de procesamiento y limpieza de la información

La base de datos fue recogida en el programa MS Excel licencia universitaria, y posteriormente exportada al programa estadístico SPSS Statistics versión 27 para su análisis.

Procedimiento de medición

El método de recolección de datos fue la revisión de la historia clínica. Con estos datos, se realizó el diligenciamiento de un formulario que contiene datos epidemiológicos, demográficos, clínicos y factores de riesgo; este fue diseñado por el grupo de investigadores.

Procedimiento de recolección

El formato de recolección fue diseñado para registrar los datos obtenidos de las historias clínicas y cuenta con los siguientes componentes:

- Clínicos: edad, índice de masa corporal, grado de prolapso, y paridad, comorbilidades asociadas.
- Desenlaces: complicaciones, cura objetiva y subjetiva, estancia hospitalaria total.

Definición de los sesgos

- Sesgo de selección: El estudio pretendió incluir la totalidad de los pacientes en los periodos descritos. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión, los cuales se aplicaron estrictamente a la totalidad de la población.
- Sesgo de medición: Las variables clínicas se tomaron explícitamente de la historia clínica. Las variables desenlaces fueron definidas explícitamente en la operabilidad, agrupadas en complicaciones más frecuentemente esperadas, la cura objetiva por la clasificaciones de POP-Q y la cura subjetiva de acuerdo a lo referido por la paciente en la consulta de posoperatorio inmediato, con base en el registro de historia clínica. Dado que fueron dos personas en la recolección, se capacitó a cada uno para tener un registro homogéneo.

- Sesgo de información: Se digitalizó el instrumento de recolección de datos, posteriormente se optó por codificar la mayoría de variables de forma nominal evitando el riesgo de digitación.

5.8 Análisis estadístico

Se realizó la descripción de las características clínicas de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión sin poseer los criterios de exclusión. Se realizó un análisis exploratorio de datos para describir la muestra del estudio por medio de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para describir las asociaciones entre variables y en el tipo de desenlace se realizó la prueba de Chi Cuadrado o la prueba exacta de Fisher de acuerdo con el número de registros analizados. Los datos fueron procesados estadísticamente con el SPSS Statistics versión 27 (licencia universitaria).

5.9 Periodo del estudio

La recolección de pacientes en el presente estudio se realizó desde enero 1 de 2010 hasta 31 de diciembre de 2019.

IMPLICACIONES BIOÉTICAS

La presente investigación se desarrolló de acuerdo al artículo 11 de la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, que utiliza un método de investigación documental con revisión de historias clínicas, sin intervención ni modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos de investigación, por lo que se considera un estudio sin riesgo. Se garantizó la protección de la privacidad de los sujetos de investigación durante el proceso de recolección análisis y divulgación de la investigación. Para dar inicio a la investigación se solicitó aprobación escrita por el Comité de Ética en investigación del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Todos los resultados sean favorables o desfavorables serán publicados de acuerdo a la declaración de Helsinki y socializados con el personal de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del HUCSR.

RESULTADOS

En el periodo de 10 años se incluyeron un total de 3612 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de prolapso genital para su análisis. Se removieron 1922 registros por repetición o porque no recibieron al final ningún tratamiento quirúrgico en la institución. También se excluyeron 146 adicionales por no cumplir con los criterios de inclusión, obteniendo finalmente un total de 1544 registros como muestra final (Figura 1).

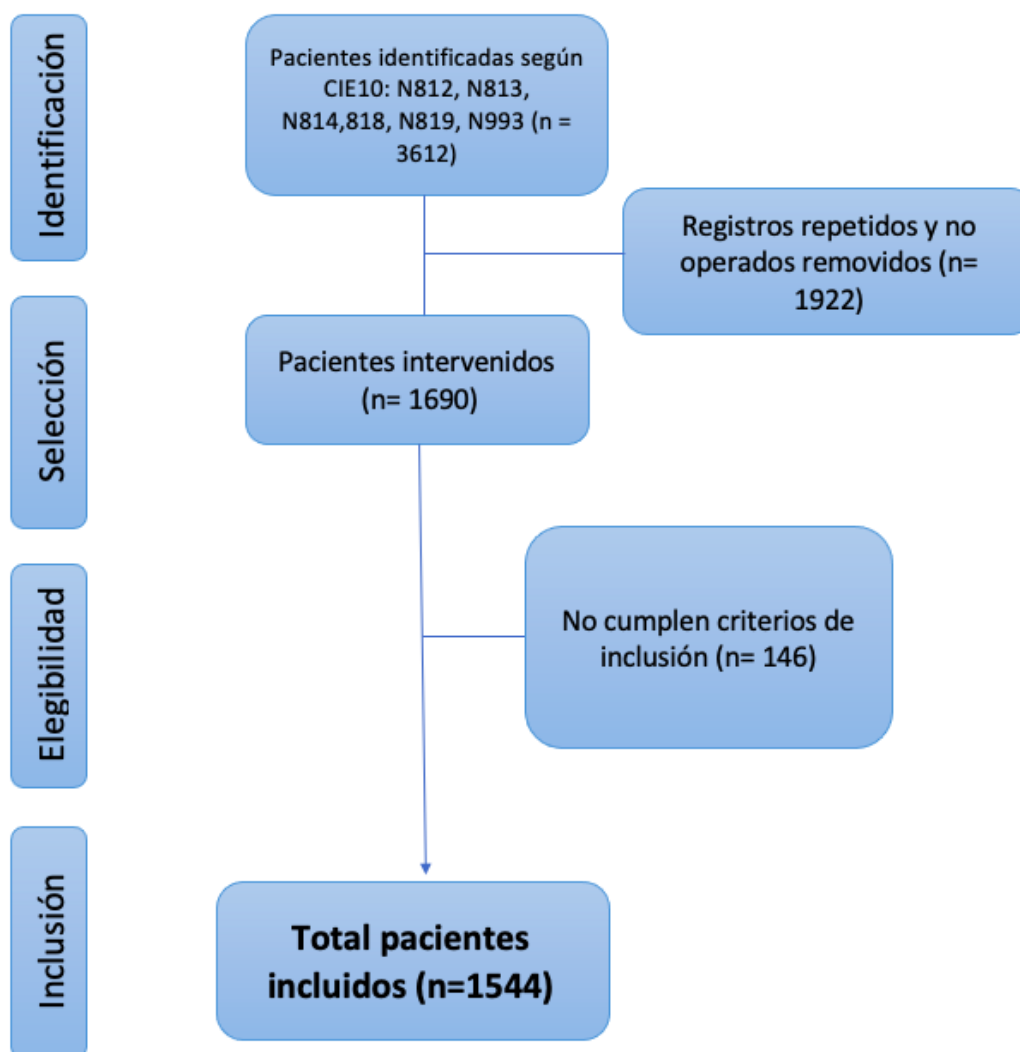


Figura 1. Selección de la muestra.

En relación con las características clínicas de la población estudio el 79.3% de la población se encuentra en el grupo de edad de los 50 a 74 años. El 32.3% de las pacientes tenían un peso adecuado para su estatura mientras que el 45.7% presentaban algún grado de sobrepeso y el 21.6% tenía diagnóstico de obesidad (Grado 1 [17.8%], Grado 2 [3.1%] y obesidad mórbida [0.7%]) (Tabla 2).

El 71.1% de la población tuvo 3 o más partos vaginales en contraste con solo un 1.6% (26 pacientes) que fueron nulíparas. El 69.7% de las pacientes presentaba algún antecedente médico de importancia en contraste con el 30.1% de la población que no reportó comorbilidades. El mayor número de procedimientos quirúrgicos se realizó con diagnóstico de prolapso grado 3 en 55.3% de los casos, seguido por el grado 4 en un 21.9% (Tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de la población intervenida por prolapso genital en HUCSR:

Características	Número de casos y (%)
Edad (años)	
<50	124 (8,03)
50-60	395 (25,5)
61-74	831 (53,8)
>75	194 (12,5)
IMC (Kg/m ²)	
<18	3 (0,19)
18-25	499 (32,3)
25,1-29,9	706 (45,7)
30-34,9	275 (17,8)
35-39,9	49 (3,1)
>40	12 (0,7)

Paridad		
	Nulíparas	26 (1,6)
	1-2 partos	419 (27,1)
	>3 partos	1099 (71,1)
Grado de prolapso genital según POP-Q inicial		
	Grado 1	24 (1,5)
	Grado 2	327 (21,1)
	Grado 3	854 (55,3)
	Grado 4	339 (21,9)
Comorbilidades		
	Sin Comorbilidades	466 (30,1)
	Una comorbilidad asociada	673 (43,5)
	Dos o más comorbilidades	405 (26,2)
TOTAL		1544 (100)

El 69.8% (1078 Pacientes) presentaron al menos una comorbilidad. Éstas se agruparon en diferentes grupos como se detalla en la tabla 3. Las enfermedades cerebrovasculares fueron el antecedente más frecuente documentado destacando dentro de ellas la hipertensión arterial crónica, infarto agudo del miocardio y los accidentes cerebrovasculares (363 pacientes). En segundo lugar, las enfermedades metabólicas se reportaron en 262 pacientes, siendo la diabetes mellitus y el hipotiroidismo las enfermedades más relevantes. Las enfermedades respiratorias (EPOC, asma), renales (Insuficiencia renal crónica) y autoinmunes (LES, AR) se encontraron solo en 48 pacientes. Un total de 405 pacientes (26.2%), presentó dos o más de los anteriores antecedentes.

Tabla 3. Comorbilidades de la población intervenida por prolapso genital en el HUCSR:

Comorbilidades	Número de casos y (%)
Enfermedades cerebrovasculares	363 (33.6)
Enfermedades respiratorias	25 (2.3)
Enfermedad renal	5 (0.4)
Enfermedades metabólicas	262 (24.3)
Enfermedades autoinmunes	18 (1.6)
Dos o más comorbilidades	405 (37.5)
TOTAL	1078 (100%)

La figura 2 muestra las complicaciones presentadas con las intervenciones realizadas. El 78% (1204 casos) de las pacientes no presentó ninguna complicación asociada a las intervenciones quirúrgicas realizadas respecto al 22% (340 casos) restante que presentó complicaciones. De este porcentaje, un 11.4 % (39 pacientes), presentaron más de una complicación. Las infecciones (urinarias y de sitio operatorio) fueron la complicación más prevalente en un 37.6% (128 casos). De ellas, la infección urinaria se presentó en 14.4% (49 pacientes). Un 6.4% (22 casos) requirió una nueva intervención quirúrgica, 9.7% (33 casos), presentaron hematomas en cúpula postoperatorios, 10% (34 casos) presentaron otras complicaciones como arritmias, extrusión de la malla, entre otros (Tabla 4).

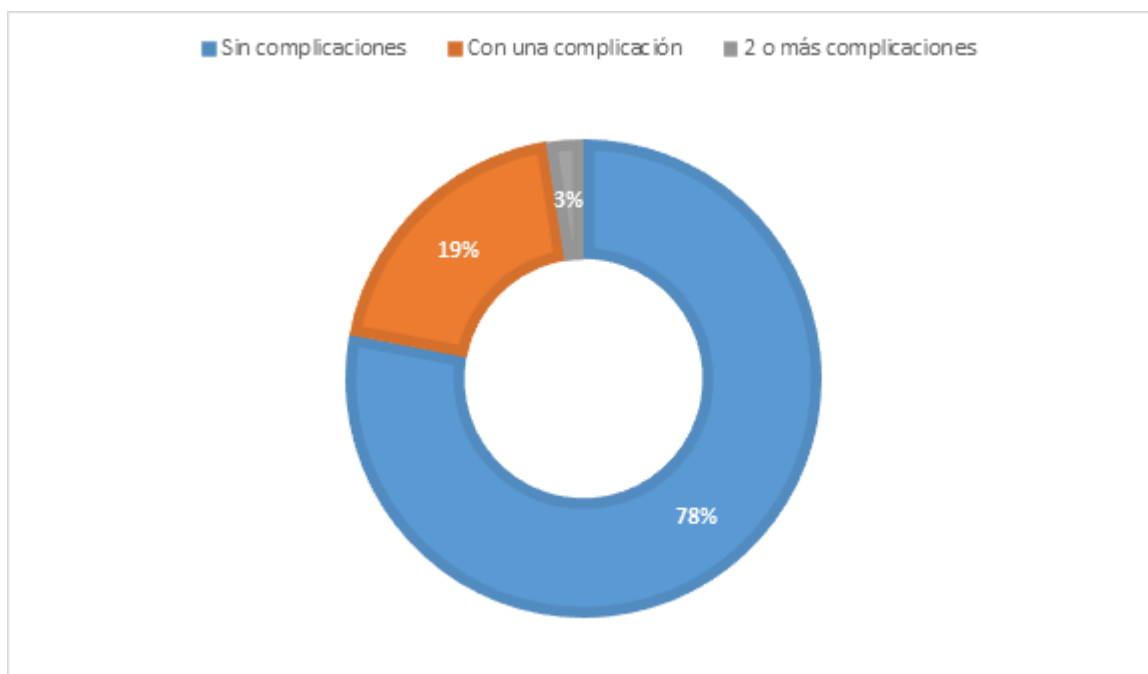


Figura 2. Desenlaces postoperatorios

Tabla 4. Frecuencia de complicaciones de la población intervenida por prolapso genital en el HUCSR:

Complicaciones	Número de casos y (%)
Reintervención	22 (6.4)
Infección	128 (37.6)
Hematoma- Hemorragia	33 (9.7)
Reprolapso	84 (24.7)
Otras	34 (10)
Más de una complicación	39 (11.4)
TOTAL	340 (100%)

Dentro del reprolapso, se incluyeron los casos de las pacientes que se atendieron con diagnóstico de un nuevo prolapso de órgano pélvico pero que tenían un antecedente de un procedimiento previo para la corrección de prolapso (histerectomía, cistopexia,

colporrafia, sacrocolpopexia, entre otros). Los nuevos prolapsos reportados después de una primera intervención en nuestra población fue del 9.4% (32 pacientes).

Para la corrección del prolapso de órgano pélvico, el 55.5% de las pacientes requirieron dos o más procedimientos simultáneamente en comparación con el 44.5% en las que se practicó una sola intervención quirúrgica como tratamiento del prolapso (Tabla 5). La intervención quirúrgica más realizada fue la colporrafia, esta estuvo presente como único procedimiento en 476 pacientes y acompañada de otras intervenciones en 1318 casos. En aquellas pacientes que requirieron más de un procedimiento, fue la histerectomía vaginal más colporrafia la combinación más prevalente, realizándose en 491 pacientes lo que corresponde a un 31.9% de la población estudiada.

Tabla 5. Tipo de procedimiento de la población intervenida por prolapso genital en el HUCSR:

Intervención quirúrgica	Número de casos y (%)
Un solo procedimiento	686 (44.4)
Histerectomía vaginal sin prolapso	25 (1.6)
Colporrafia anterior y/o posterior	476 (30.8)
Traquelectomía (Elongatio colli)	41 (2.6)
Sacrocolpopexia abdominal	19 (1.2)
Cistopexia vaginal	52 (3.3)
Colpocleisis de Lefort	57 (3.6)
Histerectomía abdominal	16 (1)
Dos o más procedimientos	858 (55.5)
Histerectomía vaginal+ Colporrafia anterior y/o posterior	491 (31.9)

Histerectomía vaginal+ Colporrafia anterior y/o posterior+ Cistopexia vaginal	83 (5.3)
Histerectomía vaginal + Cistopexia vaginal	8 (0.5)
Traquelectomía+ Colporrafia anterior y/o posterior	36 (2.3)
Traquelectomía+ Colporrafia anterior y/o posterior+ Cistopexia vaginal	3 (0.1)
Colporrafia anterior y/o posterior+ Sacrocolpopexia abdominal	12 (0.7)
Colporrafia anterior y/o posterior+ Cistopexia vaginal	146 (9.4)
Colporrafia + Colpocleisis de Lefort	48 (3.1)
Colporrafia anterior y/o posterior+ Histerectomía abdominal	13 (0.8)
Sacrocolpopexia abdominal+ Histerectomía abdominal	2 (0.1)
Histerectomía abdominal+ Cistopexia vaginal	1 (0.06)
TOTAL	1544 (100)

La estancia hospitalaria se definió como el número de días transcurridos entre la realización del procedimiento quirúrgico y el egreso hospitalario. En promedio, la estancia hospitalaria fue de 1 a 2 días en el 91.3% de las pacientes, 3 a 4 días en 4.4% y de 5 o más días en 4.2% de la población.

Finalmente, la resolución del prolapso se evaluó de forma subjetiva y objetiva. Se encontró que el 99.5% (1537 pacientes) presentó una mejoría en la sintomatología por la que consultaron inicialmente. Solamente 0.5% de las pacientes no notaron ninguna mejoría posterior a la intervención y ninguna de las pacientes refirió empeoramiento de los síntomas. Por su parte, la cura objetiva se evaluó en el control

postoperatorio. Se identificó al examen físico que en el 99.4% de las pacientes se resolvió el prolapso inicial. Solamente en 0.51% (8 casos) persistió algún grado de prolapso de órgano pélvico luego del manejo quirúrgico inicial.

Se realizó un análisis bivariado entre las características clínicas y los desenlaces. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el prolapso grado IV y la cura objetiva ($p = 0.039$), así como mayor asociación con complicaciones de acuerdo a mayor grado de prolapso: grado III ($p = 0.014$) y grado IV ($p = 0.06$) (Ver tabla 6).

Tabla 6. Análisis bivariado entre el grado de prolapso, complicaciones y cura objetiva y subjetiva de la población intervenida por prolapso genital en el HUCSR:

Grado de Prolapso	Cura Objetiva (Si, No)			Cura Subjetiva (Si, No)			Complicaciones (Ninguna, Cualquiera)		
	OR	IC95%	p value	OR	IC95%	p value	OR	IC95%	p value
GRADO I	0,997	0.991-1.003	0,934	0,991	0.981-1.000	0,814	1,023	0.836-1.252	0,495
GRADO II	1	-	-	1	-	-	1	-	-
GRADO III	0,997	0.991-1.003	0,278	0,993	0.983-1.004	0,136	1,086	1.021-1.156	0.014*
GRADO IV	1,017	1.001-1.034	0,039	0,997	0.984-1.010	0,481	1,11	1.025-1.202	0.006*

* Chi cuadrado, el resto se realizó con prueba exacta de Fisher dado que alguna de las casillas tenían un recuento menor de 5.

Por otra parte no se estableció una relación significativa entre la edad y los desenlaces como complicaciones o cura objetiva y subjetiva del prolapso (Tabla 7), así como tampoco entre paridad (Tabla 8) y el índice de masa corporal (IMC), contra las mismas variables evaluadas previamente (Tabla 9).

Tabla 7. Análisis bivariado entre la edad, complicaciones y cura objetiva y subjetiva de la población intervenida por prolapso genital en el HUCSR:

Edad	Cura Objetiva (Si, No)			Cura Subjetiva (Si, No)			Complicaciones (Ninguna, Cualquiera)		
	OR	IC95%	p value	OR	IC95 %	p value	OR	IC95%	p value
Menores de 50 años	1	-	-	1	-	-	1	-	-
51 a 60 años	1,005	0.998-1.012	0,579	0,995	0.979-1.011	0,423	0,985	0.884-1.098	0,779
61 a 74 años	1,005	1.000-1.009	0,574	0,997	0.981-1.013	0,501	1,004	0.906-1.112	0.946*
Mayores de 75 años	1,01	0.996-1.024	0,371	1,01	0.996-1.024	0,629	0,997	0.979-1.016	0,629

* Chi cuadrado, el resto se realizó con prueba exacta de Fisher dado que las casillas tenían un recuento menor de 5

Tabla 8. Análisis bivariado entre la paridad, complicaciones y cura objetiva y subjetiva de la población intervenida por prolapso genital en el HUCSR:

Paridad	Cura Objetiva (Si, No)			Cura Subjetiva (Si, No)			Complicaciones (Ninguna, Cualquiera)		
	OR	IC95%	p value	OR	IC95%	p value	OR	IC95 %	p value
Nulípara	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Uno a dos partos	1,002	0.998-1.007	0,936	1,005	0.998-1.011	0,876	0,915	0.739-1.131	0.346*
Más de 3 partos	1,006	1.002-1.011	0,837	1,004	1.001-1.008	0,880	0,984	0.797-1.214	0.876*

Tabla 9. Análisis bivariado entre en índice de masa corporal (IMC), complicaciones y cura objetiva y subjetiva de la población intervenida por prolapso genital en el HUCSR:

IMC	Cura Objetiva (Si, No)			Cura Subjetiva (Si, No)			Complicaciones (Ninguna, Cualquiera)		
	OR	IC95%	p value	OR	IC95%	p value	OR	IC95%	p value
<18	0,996	0.991-1.002	0,988	0,994	0.987-1.001	0,982	1,175	0.527-2.620	0,521
18-25	1	-	-	1	-	-	1	-	-1
25,1-29,9	1	0.993-1.008	0,658	0,997	0.989-1.005	0,34	1,025	0.965-1.089	0.426*
30-34,9	1,007	0.993-1.020	0,245	1,001	0.989-1.013	0,588	1,046	0.963-1.136	0.273*
35-39,9	0,996	0.991-1.002	0,827	0,994	0.987-1.001	0,751	1,031	0.877-1.213	0.700*
>40	0,996	0.991-1.002	0,954	0,994	0.987-1.001	0,931	1,045	0.751-1.453	0,503

* Chi cuadrado, el resto se realizó con prueba exacta de Fisher dado que las casillas tenían un recuento menor de 5

DISCUSIÓN

Este estudio contiene un número significativo de casos sobre la caracterización de pacientes con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico en Colombia. El análisis descriptivo de las 1544 pacientes que fueron intervenidas con distintas técnicas quirúrgicas arrojó que la mayoría de las pacientes se encontraban en un rango de edad de 50 -74 años lo cual es concordante con lo reportado en la literatura mundial donde 43 al 76% de las mujeres entre los 50 y 79 años se presenta con algún grado de prolapso genital (1, 2).

Se encontró que la mayoría de estas pacientes (67.3%), tenían algún grado de sobrepeso u obesidad, factor de riesgo descrito para el desarrollo de la disfunción del piso pélvico que culminará con la aparición del prolapso, sin embargo no se evidenció una asociación significativa en este estudio (2).

Contrario a eso, la multiparidad (más de 3 partos vaginales) presente en el 71% de las pacientes, se asoció de forma significativa con el requerimiento de alguna intervención para la corrección del prolapso. En el Oxford Family Planning Study, el aumento de la paridad vaginal fue el factor de riesgo más importante de prolapso de órganos pélvicos en mujeres menores de 60 años. En comparación con las mujeres nulíparas, el riesgo relativo (RR) de desarrollar prolapso fue de 8,4 para una mujer que había dado a luz a dos hijos y de 10,9 (IC del 95%: 4,7-33,8) para alguien con cuatro o más hijos (15).

Aunque no se dispone de estimaciones precisas de la proporción de procedimientos realizados por cada vía (vaginal, abdominal, laparoscópica o robótica), los resultados de estudios epidemiológicos de bases de datos internacionales sugieren que la vía preferida para la mayoría de las cirugías de prolapso es la vaginal. En nuestra población sólo el 4% de los procedimientos se realizaron por vía abdominal, la mayoría de éstos debido a otras condiciones asociadas diferentes al prolapso como masas anexiales, miomatosis uterina gigante, entre otras.

La corrección aislada de un único prolapso no es común. Por lo general, se ven afectados varios segmentos vaginales. En consecuencia, la reparación quirúrgica suele requerir una combinación de intervenciones en la pared vaginal anterior, apical o posterior. Esto se evidenció en la realización de procedimiento simultáneos en el 55.5% de los casos (858 pacientes) que requirieron 2 o más procedimientos como tratamiento definitivo.

La intervención quirúrgica como manejo de prolapso genital, demostró una alta efectividad de curación objetiva y subjetiva (mayor al 99%) sin importar la técnica empleada en nuestra población. Adicionalmente, la estancia hospitalaria para cada intervención fue corta (menor a 2 días), lo que impacta en bajos costos en salud y el alta temprana de nuestras pacientes. Existen datos limitados sobre el alta el mismo día después de la cirugía. Hasta ahora, los estudios han mostrado resultados similares en pacientes dados de alta el día de la cirugía, sin diferencias en las tasas de reingreso a los 30 días o las visitas al departamento de emergencias dentro de los 30 días posteriores, pero se necesitan estudios más amplios para emitir una recomendación precisa.

La gran mayoría de las pacientes se encontraban en rangos de edad donde es más frecuente la presencia de comorbilidades asociadas al prolapso de órganos pélvicos, esto sumado al aumento en la esperanza de vida supone un reto para el profesional de la salud. Como menciona Stepp et al. en su estudio, cerca del 25% de las pacientes llevadas a cirugía para corrección de prolapso sufren alguna complicación, datos similares a los vistos en nuestra población de estudio (16).

Un poco más del 20% de las pacientes presentó alguna complicación, entre las que se destacan el reprolapso y las infecciones; de estas últimas un gran porcentaje fueron de origen urinario (14.4%). Esto se corresponde con otros estudios donde las complicaciones urinarias se presentan un rango de 15.8%– 35.6% de todas las cirugías ginecológicas. Cabe destacar que la mayoría de estas infecciones se consideraron de curso leve, ninguna desarrolló un estado séptico y la estancia hospitalaria no superó los 7 días, esto debido al requerimiento de terapia antibiótica endovenosa por el perfil de resistencia de los microorganismos aislados.

La ventaja principal de esta investigación se basa en el número significativo de pacientes incluidas en un periodo de 10 años de experiencia en el acercamiento de la patología quirúrgica del piso pélvico. La frecuencia de re prolapso (2%) se encuentra por debajo de lo reportado en la literatura y se observa una gran mejoría subjetiva y objetiva en la sintomatología inicial por la que consultaron las pacientes (cercana al 99%).

Como limitación se evidenció una falta de unificación de escalas para evaluar la cura subjetiva y el impacto en la calidad de vida de las pacientes llevadas a estos procedimientos quirúrgicos. Este problema ocurre en la literatura mundial y en Colombia no hay datos similares para comparar los resultados obtenidos.

Consideramos como salvedad que al tratarse de un estudio descriptivo y retrospectivo, se dificulta evaluar algunos aspectos relacionados con la comparación entre las técnicas quirúrgicas empleadas y la posible superioridad de una sobre otra. Sin embargo, no se disponen de estudios nacionales similares, por lo que consideramos a partir de este estudio descriptivo se podrán desarrollar múltiples investigaciones y nuevos estudios prospectivos dirigidos a comparar intervenciones, costos en salud y resultados, lo que impactará en la ruta de manejo integral que deberán recibir todas las pacientes con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico en nuestra institución.

CONCLUSIÓN

La mayoría de las pacientes tratadas quirúrgicamente por prolapso genital en nuestra institución son mayores de 50 años, con algún grado de sobrepeso y obesidad, gran paridad y comorbilidades significativas. La efectividad de la intervención quirúrgica en el HUCSR está dada por una cura subjetiva y objetiva mayor al 99%, requiriendo en 55.5% dos o más procedimientos para el tratamiento integral de esta patología. Solamente 0.5% de las pacientes no notaron ninguna mejoría posterior a la intervención y ninguna de las pacientes refirió empeoramiento de los síntomas. La estancia hospitalaria promedio es de dos días en la mayoría de los casos (91.3%), lo que soporta que estos procedimientos son considerados cirugías de rápida recuperación y estancias hospitalarias cortas. Un poco más del 20% de los pacientes presentaron alguna complicación destacando las infecciones urinarias leves y de rápida resolución. La tasa de repropulso reportada fue muy baja (2%) y es inferior a lo reportado en la literatura mundial. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el prolapso grado IV y la cura objetiva, así como mayor asociación con complicaciones de acuerdo a mayor grado de prolapso. No se reportó ningún caso de muerte secundario a alguna de las intervenciones realizadas.

RECOMENDACIONES

Es necesario la realización de estudios dirigidos a comparar técnicas, costos en salud y resultados, lo que impactará en la ruta de manejo integral que deberán recibir todas las pacientes con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico en nuestra institución.

REFERENCIAS

1. Jelovsek J., Maher C., Barber M. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007; 369: 1027–38.
2. FitzGerald M., Richter H., Bradley C., et al. Pelvic support, pelvic symptoms, and patient satisfaction after colpocleisis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008 December; 19(12): 1603–1609. DOI: 10.1007/s00192-008-0696-6.
3. Liang J., Owens L., Gomelsky A. Vaginal evisceration following colpocleisis. *Int Urogynecol J* 2017. 28:1265–1266 DOI 10.1007/s00192-017-3381-9.
4. Giannini A., Russo E., Cano A., et al. Current management of pelvic organ prolapse in aging women: EMAS clinical guide. *Maturitas* 2018; 100: 118–123.
5. Körnig M., Brühlmann E., Günthert A., Christmanna C. Intra-, peri- and postoperative complications in pelvic organ prolapse surgery in geriatric women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2018; 224: 142–145.
6. Kaveriappa C., Hashim H. Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *European urology supplements.* 2018; 17: 119- 125.
7. Kyoung Cho M., Ho Moon J., Hong Kim C. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women. *International Journal of Surgery.* 2017; 44: 274-277.
8. Cohen D. Female pelvic organ prolapse: what you should know. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2013; 24(2) 202-209.

9. Buchsbaum G., Lee T. Vaginal Obliterative Procedures for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *Obstetrical and gynecological survey*. 2017; 72 (3): 175-183.
10. Soo-Cheen N., Gin-Den C. Obliterative LeFort colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women aged 70 years and over. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2016; 55: 68-71.
11. Winkelma W., Elkadry E, Colpocleisis: Long-term outcomes. *American Journal of Obstetrics*. 2018; 14: 44-56.
12. Walters M., Ridgeway B. Tratamiento Quirúrgico del Prolapso de Cúpula Vaginal. *Obstet Gynecol*. 2013; 121:354–74.
13. Chaliha C., Khullar V. Surgical repair of vaginal prolapse: a gynecological hernia. *International journal surgery*. 2006; 4 (4): 242-500.
14. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology*: 2019 - Volume 134 - Issue 5 - 126-142.
15. Belayneh, T., Gebeyehu, A., Adefris, M. *et al*. Pelvic organ prolapse surgery and health-related quality of life: a follow-up study. *BMC Women's Health* 21, 4 (2021).
16. Körnig, M., Brühlmann, E., Günthert, A., Christmann, C., intra-, peri- and postoperative complications in pelvic organ prolapse surgery in geriatric women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2018; 224: 142-145.
17. Tegerstedt, G., Hammarstro, M., operation for pelvic organ prolapse: a follow-up study. *acta obstet gynecol scand* 2004; 83: 758–763.