

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN-LEÓN



**“RECURRENCIA DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS
PÉLVICOS EN LA SALA DE GINECOLOGÍA DEL
HEODRA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE
ENERO DEL 2005 – ENERO 2008”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AUTOR: Dra. María Raquel Zeledón Rodríguez.

**TUTOR: Dr. Erick Esquivel Muñoz.
Especialista en UroGinecología y Obstetricia.**

**ASESOR: Dr. Francisco Tercero M, Ph.D.
Prof. Titular Dpto. de salud publica.**

León, Marzo 2008

INDICE:

INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS	8
MARCO TEÓRICO	9
MATERIAL Y MÉTODO	27
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

Se llama prolapso de órganos pélvicos al desplazamiento hacia abajo o hacia adelante de uno de los órganos pélvicos desde su localización normal. De manera tradicional se ha designado con el término prolapso al desplazamiento de la uretra, vejiga, útero y recto. (1)

Además de proporcionar el alivio quirúrgico a las pacientes con prolapso de órganos pélvicos, los ginecólogos deben enfrentarse con un desafío aun mayor; como es el prolapso de la cúpula vaginal, recto y vejiga, posterior a la realización de cirugía correctora para dichos trastornos. (2)

Aproximadamente una de cada nueve mujeres estadounidenses será sometida a por lo menos una operación para el tratamiento del prolapso de órganos pelvianos o de incontinencia urinaria o ambas cosas y por lo menos el 30% de estas pacientes se realizará más de una intervención, teniendo en cuenta que muchas pacientes rehusarán al tratamiento quirúrgico y otras preferirán usar pesarios. (3)

La incidencia total de intervenciones quirúrgicas en la mujer aumenta con la edad, esto se debe principalmente al incremento de las intervenciones para prolapso, la reintervención por recurrencia del prolapso fue bastante común, aproximadamente el 29.2% de las pacientes necesitó una segunda intervención. (2)

El manejo quirúrgico moderno del prolapso útero-vaginal ha evolucionado a través de fases interesantes y se han mejorado sus resultados, lo que en un futuro será mejor. (1)

No todos los problemas de prolapso útero-vaginal pueden ser corregidos con una técnica de operación simple. Con una evaluación adecuada de cada paciente y sus defectos de soporte específicos, el cirujano ginecológico puede elegir dentro de una variedad de técnicas operativas. Si se adapta la operación a las necesidades individuales de la paciente proporcionaremos los mejores resultados. (4)

En la actualidad existen controversias de cual es el mejor manejo de prolapso de los órganos pelvianos femeninos y estas podrían continuar en el futuro, sin embargo las técnicas quirúrgicas deben ser cuidadosamente evaluadas de modo tal que los resultados anatómicos y funcionales puedan continuar mejorando. (4)

La recurrencia del prolapso después de un procedimiento quirúrgico es un problema difícil y complicado y los factores que lo promueven o lo previenen no están bien definidos, Whiteside y Weber (1999) encontraron en su estudio una relación significativa entre la recurrencia del prolapso y la edad y mayor severidad del prolapso (estadios III-IV) según la Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos (POP-Q). También fue demostrado que la sintomatología no se relacionó con el grado de prolapso. (3)

ANTECEDENTES

La recurrencia del prolapso de órganos pélvicos después de una cirugía correctora es uno de los problemas más molestos de la cirugía pélvica.

Cerca del 30% de las cirugías que se realizan en EE UU es por problemas de recurrencia del prolapso de órganos pélvicos; aunque la incidencia y prevalencia basados en las tasas de procedimientos casi con certeza subestiman la magnitud del trastorno de estática pélvica, porque se desconoce el número de mujeres con este problema que se atienden sin hospitalización y cirugía, y el número de las que nunca buscan ayuda médica, pero si se sabe que la incidencia aumenta conforme lo hace la edad, y que el riesgo de una mujer en toda su vida de someterse a una intervención quirúrgica a los 80 años es de 11.1%. (3, 4, 5)

En un estudio realizado en una clínica universitaria de Barcelona el prolapso genital representó el 2.3% de todas las pacientes obstétricas y ginecológicas estudiadas en el departamento y el 35.4% de las intervenciones practicadas. (4)

Se han realizado estudios en los que la prevalencia de reoperación (Káiser Permanent Northwest) ha sido elevada 43% - 56% (3); aunque la reoperación no es sinónimo de recurrencia porque muchas mujeres no intentan reparar el prolapso recurrente. (6)

En un estudio realizado en una clínica en Cleveland en 1999 se encontró que de 102 mujeres sometidas a cirugía correctora para prolapso de órganos pélvicos el 58% presentaron recurrencia de prolapso un año después de la cirugía. En este estudio la recurrencia se relacionó con dos factores principalmente: la edad y estadios avanzados del prolapso, los que fueron asociados con la recurrencia del prolapso un año posterior a la realización de la cirugía. (3)

Un estudio sobre las complicaciones de técnicas quirúrgicas en cirugías correctoras de Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) en el HEODRA en 1999, encontró que de 133 cirugías realizadas la recidiva del prolapso de órganos pélvicos fue del 12%. (7)

En el HEODRA en el período 2002-2003, se realizó un estudio sobre complicaciones de cirugías correctivas para prolapso de órganos pélvicos en el que se encontró que las principales complicaciones tardías detectadas fueron: recidiva del prolapso de órganos pélvicos 29%, recidiva de incontinencia urinaria de esfuerzo 19% y dispareunia 16%. (8)

En 1978 en el Hospital Fernando Vélez Paiz de Managua, se realizó una revisión de 100 hysterectomías vaginales realizadas ese año encontrando la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos en el 10% de las complicaciones. (9)

Un estudio realizado en el hospital Berta Calderón en 1994 sobre complicaciones de hysterectomía vaginal encontraron el Prolapso de Órganos Pélvicos como la segunda causa de hysterectomías (21.4%) y el 8% presentaron complicaciones como infección de la herida, retención urinaria y recurrencia del Prolapso de Órganos Pélvicos entre otras. (10)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de recurrencia de prolapso de órganos pélvicos posterior a la realización de histerectomía vaginal y/o colpoplastías anterior y colpoperineorrafia y factores de riesgo asociados?

¿Cuáles de esas complicaciones son captadas y mejoradas por el servicio de Ginecología?

JUSTIFICACIÓN

Debido a que el prolapso de órganos pélvicos es una patología que afecta a las mujeres independientemente de la edad y paridad y estas requieren de un procedimiento quirúrgico para su corrección, se hace necesario conocer cual es la frecuencia de recurrencia de dicho trastorno posterior a la cirugía y así poder evaluar la calidad de atención que se les brinda a nuestras pacientes en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de recurrencia de prolapso de órganos pélvicos posterior a cirugía correctora utilizando histerectomía vaginal más colporrafia anterior y colpoperineorrafia.

MARCO TEÓRICO

ETIOPATOGENIA

Para comprender la génesis del prolapso genital, su recurrencia y sentar las bases del tratamiento quirúrgico adecuado es necesario exponer, aunque sea de forma sucinta, el papel de las distintas estructuras pélvicas en el mantenimiento o suspensión del aparato genital. (4)

Se acepta que son tres las principales estructuras que desempeñan este papel:

1. La fascia endopélvica, que fija y suspende el útero y la vagina a la pared pélvica.
2. El músculo elevador del ano que cierra la pelvis en su plano inferior.
3. La anteversoflexión del útero y la inclinación de la vagina (formando un ángulo de 70 grados aproximadamente con la horizontal) condicionan que la presión intraabdominal tienda a cerrar la vagina y mantener los órganos intrapélvicos (4)

Fascia Endopélvica.

Llamada también sistema de suspensión, forma, en su porción superior o cefálica, el suelo de la pelvis. La fascia endopélvica, en su porción superior, que une el útero a la pared pélvica, se denomina parametrio y también ligamento cardinal. Por debajo, se denomina paracolpio a la porción de la fascia endopélvica que une los dos tercios superiores de la vagina a la pared pélvica.

Aunque se designan con términos distintos, estas formaciones en realidad son estructuralmente idénticas y deben ser consideradas como una unidad funcional que, de arriba abajo, se extiende desde algo por encima del nivel de la arteria uterina hasta la unión de la vagina con el músculo elevador del ano, hacia atrás, la fascia endopélvica, que une el útero al sacro, se denomina ligamento útero sacro. (4)

La parte superior de la vagina queda unida y suspendida por el paracolpio a la pared pelviana.

Hacia delante, la fascia endopélvica constituye la fascia pubocervical que desde la porción media de la vagina se extiende hasta el pubis; esta fascia forma parte de la pared vaginal anterior, con la que se mezcla confundiendo y, a través del paracolpio, se une a la pared pélvica, sirviendo de soporte a la vejiga urinaria.(8)

Igualmente, la fascia endopélvica se extiende hacia atrás, por la fascia rectovaginal, que une la pared posterior de la vagina con el recto y constituye un sostén para éste.

En el tercio inferior de la vagina, la pared vaginal se une directamente a los tejidos vecinos sin intermedio del paracolpio.

Desde el punto de vista clínico, es interesante señalar que la lesión de la parte superior del paracolpio originará el prolapso de la vagina y del útero, mientras que las lesiones de las fascia pubocervical y rectovaginal producirán cistocele y rectocele. (4)

Músculo elevador del ano.

Ha sido denominado también sistema de sostén o de soporte. En el músculo elevador del ano se distinguen dos partes: una externa llamada íleo coccígea, que se inserta en la pared lateral de la pelvis, en el arco tendinoso y en la tuberosidad del isquion, y desde allí se extiende al cóccix en el rafe medio detrás del recto. (4)

La otra parte, situada más centralmente, ha sido llamada haz pubococcígeo, aunque probablemente es más correcto el término pubovisceral a su vez, en este haz se distinguen dos partes: una externa, el haz pubococcígeo, que se extiende desde la cara posterior del pubis al cóccix y que no parece desempeñar un importante papel en el soporte de los órganos contenidos en la pequeña pelvis. (4)

La parte interna constituye el haz puborrectal, que es una formación muscular gruesa con forma de U: se inserta por delante de la cara posterior del pubis, se extiende hacia atrás, pasando al lado

de la vagina, a la que une, y continúa hacia atrás; al llegar al recto, algunas fibras penetran su pared entre el esfínter interno y el externo, y otras pasan detrás de la unión ano-rectal y, formando una U, siguen en el otro lado el mismo trayecto para insertarse en la cara posterior del pubis.(4)

De esta forma el músculo elevador del ano cierra la pelvis casi totalmente, pero deja un espacio abierto, llamado hiato urogenital, por el que pasan la uretra, la vagina y el recto.

La actividad basal normal del elevador del ano, en contracción permanente, a modo de esfínter cierra el hiato urogenital y la luz de la vagina, desplazando hacia delante el pubis, el recto, la vagina y la uretra. Acción conjunta de la fascia endopélvica y del elevador del ano.

De lo expuesto hasta aquí se comprende que el mantenimiento normal de los órganos contenidos en la pequeña pelvis depende de dos formaciones, que actúan conjuntamente: la fascia endopélvica y el músculo elevador del ano.

Normalmente el músculo elevador del ano cierra la pelvis y sirve de soporte a los órganos contenidos en ella. Los ligamentos que componen la fascia endopélvica por lo general no necesitan mantenerse en tensión; pero si el músculo falla en su función, los ligamentos mantendrán la estática pélvica durante un período más o menos largo en función de su resistencia y capacidad de distensión. (4)

Sin embargo, en algunas ocasiones, estando indemne la musculatura, como sucede en las mujeres nulíparas, puede producirse un prolapso. En este caso, el tejido conjuntivo puede desempeñar algún papel, como analizaremos a continuación. (3)

Papel del tejido conjuntivo.

Algunos autores mantienen que el tejido conjuntivo desempeña una función importante en la génesis del prolapso genital y que sus alteraciones podrían explicar la aparición de prolapso en

nulíparas y en mujeres sin otros tipos de alteraciones o cambios, que pueden trastornar la estática de los órganos genitales intrapélvicos (aumento de la presión intraabdominal por enfermedades pulmonares por esfuerzos continuos, estreñimiento persistente y traumas neurológicos. Se sabe que determinadas situaciones pueden disminuir o alterar el contenido en colágeno del tejido conjuntivo. Las más frecuentes son:

1. Edad. En la posmenopáusica disminuye el colágeno de la piel. El tratamiento con estrógenos en mujeres posmenopáusicas incrementa el colágeno de la piel.

2. Dieta. El déficit de vitamina C puede alterar el tejido conjuntivo.

3. Entre las enfermedades asociadas a alteraciones del tejido conjuntivo (síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan, hernias y aneurismas), solo en algunas de ellas (hernias y síndrome de Ehlers-Danlos, tipos II y III, o articulaciones hipermóviles) se han comunicado casos de asociación con prolapso genital (Al-Rawi y cols., 1982; Norton y cols., 1990). (6)

Causas productoras del prolapso genital

El parto vaginal constituye la causa más frecuente del prolapso genital, tanto por los desgarros que puede producir como por la distensión y elongación de las estructuras que componen el conducto genital.

Es interesante destacar que pueden producirse lesiones de los nervios que regulan la actividad del elevador del ano, sin lesiones o desgarros pequeños del mismo, cuyo resultado puede ser la pérdida de la contractilidad del músculo y el subsiguiente prolapso genital(4,13)

El aumento excesivo de la presión abdominal frecuente y mantenido puede ser igualmente causa de prolapso genital como sucede en mujeres que desempeñan trabajos duros levantamiento de

objetos pesados, o padecen enfermedades respiratorias crónicas, con tos persistente, o estreñimiento. (4)

Sin embargo algunas mujeres nulíparas, y en las que no existe ninguna de las situaciones predisponentes anteriormente señaladas, pueden padecer prolapso genital (3.39%). Ya hemos expuesto cómo esta eventualidad podría explicarse por un defecto del tejido conjuntivo. En este caso podría detectarse una tendencia familiar al trastorno. (4)

Los defectos en las estructuras pélvicas de soporte ocasionan diversas anormalidades clínicas por relajación pélvica. Los defectos en el soporte pélvico se clasifican de acuerdo con su localización anatómica. (4)

Defectos en la pared vaginal anterior.

- **Cistocele.** Término que describe un defecto en la pared anterior de la vagina en el que la vejiga se asocia con el prolapso.

Primer grado: La pared anterior de la vagina, desde el meato uretral hasta el fondo de saco anterior, desciende la mitad de la distancia hasta el himen.

Segundo grado: La pared anterior de la vagina y la vejiga subyacente se extienden hasta el himen

Tercer grado La pared anterior de la vagina, y la uretra subyacente están fuera del himen. (12)

- **Prolapso uterino o de la cúpula vaginal**

Primer grado: El cervix o vértice de la vagina descienden a la mitad de la distancia hasta el himen.

Segundo grado: El cervix o vértice de la vagina llegan hasta el himen o están al nivel del cuerpo perineal.

Tercer grado: El cervix y el cuerpo del útero llegan más allá del himen.(12)

Defectos en la pared vaginal posterior.

• **Rectocele.** Término para describir un defecto en la pared vaginal posterior.

Primer grado: la protusión sacular de la pared rectovaginal desciende a la mitad de la distancia del himen.

Segundo grado: la saculación desciende hasta el himen.

Tercer grado: la saculación sobresale y llega más allá del himen.

Enterocele.

La presencia y profundidad del saco del enterocele en relación con el himen se describe con referencias anatómicas, con la paciente en posición supina y vertical durante la maniobra de Valsalva. (12)

Descripción y clasificación del prolapso de órganos pélvicos.

Se emplean dos clasificaciones generales para describir y documentar la severidad del prolapso de órganos pélvicos.

El sistema más usual en la clínica se basa en el descenso dentro de la cúpula vaginal de las paredes vaginales respectivas y emplea la terminología de cistocele, rectocele, enterocele y prolapso uterino. La posición más baja de los órganos pélvicos durante el esfuerzo máximo se emplea para calificar el “grado” del prolapso. (Arriba descrito)

Otro sistema introducido en fechas más recientes, emplea las mediciones objetivas con respecto a puntos anatómicos fijos. El sistema Pelvic Organ prolapse Quantification (POP-Q) estandariza la terminología del prolapso de los órganos pélvicos femeninos.

Este método proporciona una descripción más objetiva de la anatomía. Este sistema de descripción contiene series de mediciones de sitios anatómicos específicos de la región vaginal y perineal. El prolapso en cada segmento se evalúa y mide en relación con el himen, que es una referencia anatómica que siempre puede identificarse. La posición anatómica de los seis puntos

definidos para la medición debe referirse en centímetros por arriba del himen (número negativo) o centímetros por debajo del himen (número positivo). El plano al nivel del himen se define como O. Las etapas se asignan de acuerdo con la porción más extrema del prolapso cuando se muestra protrusión completa. Se emplea un sistema ordinario para medir los puntos diferentes a lo largo del canal vaginal, lo que facilita la comunicación entre los médicos y permite hacer un seguimiento de los resultados quirúrgicos. (11, 12,13,)

PUNTOS DE REFERENCIA ANATOMICA.

Pared vaginal anterior.

PUNTO Aa: Es un punto localizado en la pared anterior de la vagina en la línea media ,3cms próximo al meato uretral externo, esto corresponde a la localización aproximada del pliegue uretrovesical, una marca visible de prominencia variable, que esta obliterada en muchas pacientes .Por definición el rango de posición del punto Aa es +3cms a -3cms en relación al plano del himen. (12)

PUNTO Ba: Es un punto que representa la posición más distal de cualquier parte de la pared vaginal anterior en su posición superior, desde el fornix vaginal anterior al punto Aa. Por definición el punto Ba esta a -8cms en ausencia de prolapso y tendría un valor positivo igual en la posición de la cúpula en la mujer con eversión vaginal posterior a histerectomía total. (12)

Pared vaginal superior.

PUNTO C: Es un punto que representa el limite mas distal o el limite principal de la cúpula vaginal después de una histerotomía total.

PUNTO D: Es un punto que representa la localización del fornix posterior en una mujer que aun tiene cervix esto representa el nivel de unión del ligamento útero sacro al cervix esta incluido como un punto de medida para diferenciar el fracaso en la suspensión del ligamento útero sacro y

cardinal de la elongación cervical. Cuando la localización del punto D es significativamente más positiva que la localización del punto C esto es indicativo de una elongación cervical el cual puede ser simétrico o excéntrico. El punto D se omite en ausencia del cervix. (3)

Pared vaginal posterior.

PUNTO Bp: Es un punto que representa la posición más distal de cualquier punto en la parte más alta de la pared vaginal posterior a la cúpula vaginal o del fornix posterior al punto Ap. Por definición el punto Bp está a menos 3cms en ausencia de prolapso y podría tener un valor positivo igual en la posición de la cúpula en una mujer con eversión vaginal después de una histerectomía total.

PUNTO Ap: Es un punto localizado en la línea media de la pared vaginal posterior 3cms próximos al himen. Por definición el límite de la posición del punto Ap en relación al himen es +3cms a -3cms.

HIATO GENITAL: Es medido de la parte media del meato uretral externo a la parte media del himen en su parte posterior. Si la localización del himen está deformada por una pérdida en las bandas de la piel, sin tejido conectivo o muscular subyacente la palpación del tejido firme del cuerpo perineal podría ser sustituida como el margen posterior para esta medida.

CUERPO PERINEAL: Es medido del margen posterior del hiato genital a la parte media del orificio anal.

Las medidas del cuerpo perineal y del hiato genital son expresadas en centímetros

LONGITUD VAGINAL TOTAL: Es la mayor profundidad de la vagina en cms cuando el punto c o d se reducen a su posición normal. (12)

Cistocele y uretrocele.

Bases para el diagnóstico.

- Sensación de llenado vaginal, presión, ‘caída’
- Sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga, a menudo incontinencia de esfuerzo, polaquiuria, tal vez necesidad de oprimir la vejiga para orinar

Presencia de una masa blanda y reductible que abulta en a vagina y sobresale por el introito vaginal.

Con el pujo o la tos aumenta el abultamiento y descenso de la pared vaginal anterior y la uretra.

Consideraciones generales:

El cistocele o descenso de una parte de la pared anterior de la vejiga hacia la vagina, casi siempre se relaciona con un traumatismo durante el parto. El estiramiento, atenuación o laceración real de la fascia pubovesicocervical producida por el parto vaginal de un feto grande: los múltiples partos o partos instrumentados, y el trabajo de parto prolongado; aumenta la probabilidad y severidad del cistocele. El uretrocele (“colgamiento’ de la uretra) a menudo se relaciona con el cistocele. Muchas veces se detecta en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y es un continuum del cistocele que afecta la parte más distal de la pared anterior de la vagina. (12)

Aunque hay cierto grado de cistouretrocele demostrable en todas las mujeres en edad reproductiva que ya dieron a luz, es probable que el trastorno no evolucione ni cause síntomas. Sin embargo, los defectos en el soporte pélvico evolucionan, sobre todo después de la menopausia. El hipoestrogenismo facilita la atrofia y debilidad del tejido y músculo; esto acentúa la laxitud. (6)

Pronóstico y recurrencia del cistourethrocele

El pronóstico después de la colporrafia anterior es excelente si no ocurre un embarazo ulterior ni factores comparables (Ej. estreñimiento, obesidad, grandes tumores pélvico, bronquitis, bronquiectasias, labores físicas intensas) que aumenten la presión intraabdominal. La recurrencia del cistocele después de la colporrafia anterior es muy frecuente cuando no se tomó en cuenta o ignoró la relajación generalizada de los soportes pélvicos; en tales casos, la evolución subsiguiente del prolapso uterino, enterocele y rectocele destruyen la reparación del cistocele. (12)

Un cistourethrocele que persiste o reaparece después de la colporrafia anterior significa a menudo que la pérdida de apoyo de la pared vaginal anterior se debe a una separación de la aponeurosis pubocervical paravaginal anterior de su unión lateral normal al arco tendinoso no tanto a un defecto en la línea media de la aponeurosis. En este caso repetir la colporrafia anterior no es eficaz y es necesario reparar la separación, con frecuencia la reparación paravaginal se considera una operación para el tratamiento de la incontinencia con cistourethrocele, pero también es útil para el tratamiento del cistourethrocele en ausencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en especial cuando la colporrafia anterior ha fracasado (1)

Esta operación retropúbica vuelve a unir el borde lateral de la aponeurosis pubocervical a la pared lateral pélvica siguiendo el trayecto de una línea que va desde la superficie inferior de la sínfisis del pubis hasta la espina isquiática a lo largo de la línea del arco tendinoso, así se restablece la unión lateral normal de la aponeurosis pubocervical y por lo tanto se evita el desplazamiento hasta debajo de la vejiga. (1)

Rectocele

Bases para el Diagnóstico

- Sensación de plenitud vaginal (presión de “caída”).

- Presencia de una masa blanda reducible que sobresale hacia la mitad inferior de la pared posterior de la vagina; a menudo el cuerpo perineal está plano y lacerado.
- Dificultad para evacuación fecal.

Consideraciones generales

El rectocele es una hernia rectovaginal ocasionada por la interrupción del tejido conjuntiva fibroso (fascia rectovaginal) entre el recto y la vagina. A menudo ocurre cierto daño durante el parto, sobre todo cuando el feto es grande o esta en presentación pélvica. Y durante el parto múltiple. Es probable que la episiotomía, alguna vez considerada una medida protectora del piso pélvico, sea motivo de complicación del traumatismo obstétrico. Aunque todas las multíparas tienen cierto grado de rectocele, es probable que el trastorno no se manifieste hasta que haya pasado la edad reproductiva y muchas veces hasta varios años después de la menopausia. Esta manifestación se debe a los cambios involutivos lentos y progresivos en los tejidos musculofasciales pélvicos de soporte (12)

Además de los partos, del tono y la calidad inherentes de los tejidos de la paciente, los hábitos intestinales son un factor importante para el desarrollo del rectocele. El estreñimiento crónico con pujo durante toda la vida produce o por lo menos agrava, un rectocele; por el contrario, un rectocele producido por el traumatismo del parto permite la acumulación de heces duras en el saco del rectocele y agrava la función intestinal. Par tanto, la causa del rectocele es difícil de distinguir de su efecto. (12)

Pronóstico

Es poco frecuente que recurra el rectocele después de la reparación, si se corrige el estreñimiento crónico, si se evita un parto vaginal ulterior y no se pasan por alto algún enterocele o prolapso uterino concomitantes. (2)

Enterocele

Bases para el diagnóstico

- Sensación de presión incómoda y de caída en la vagina.
- Se acompaña de prolapso uterino o es consecuente con histerectomía en cualquier grupo de edad más frecuente en pacientes posmenopáusicas.
- Demostración de una masa sobresaliente en el fondo de saco posterior y en la parte superior de la pared vaginal posterior.

Consideraciones generales:

El enterocele es la herniación del saco rectouterino (fondo de saco de Douglas) hacia el tabique rectovaginal. Se manifiesta como una masa sobresaliente en el fondo de saco posterior y en la parte superior de la pared vaginal posterior. Es posible que un saco herniario similar a través del fondo del saco que se extiende hacia atrás, se observe a través del conducto anal como prolapso rectal. (12)

El enterocele es congénito o adquirido; este último es más frecuente. La forma congénita rara vez produce síntomas. La forma adquirida del enterocele ocurre en multíparas y casi siempre se acompaña de otras manifestaciones de debilidad músculo fascial como prolapso uterino, cistocele y rectocele.

El traumatismo de muchos embarazos y partos vaginales (tal vez extracciones pélvicas y rotaciones con fórceps), grandes tumores pélvicos, obesidad marcada, ascitis, bronquitis crónica con otros factores que aumentan la presión intraabdominal participan en la etiología.

El prolapso uterino casi siempre se acompaña de cierto grado de enterocele y conforme evoluciona el grado de descenso uterino, aumenta el tamaño del saco herniario.

De igual forma, el prolapso de la cúpula vaginal subsiguiente a una histerectomía es por un enterocele que pasó desapercibido (no se reparó) al momento de la histerectomía o se desarrolla por una reparación e identificación defectuosa de las estructuras de soporte del muñón vaginal.

Es raro que después de la histerectomía, el enterocele tenga localización anterior a la cúpula vaginal, en donde puede confundirse con un cistocele ordinario. (12)

Ya que el eje vaginal normal se dirige hacia atrás sobre la placa del elevador durante un tramo (casi horizontal cuando la paciente está en posición vertical), la corrección quirúrgica por cualquier técnica, ya sea por vía vaginal o abdominal, debe restaurar el eje vaginal normal. Esto se logra con la suspensión del vértice vaginal desde muy atrás en los ligamentos útero sacro, la fascia presacra o los ligamentos sacros espinosos.

La suspensión se logra con el uso de sutura no absorbible, fascia autóloga o material protésico (Ej., Dacron, Teflón o malla de Marlex).

Hay que evitar las técnicas que suspenden la cúpula vaginal de la pared abdominal anterior porque llevan el eje vaginal demasiado al frente y dejan el hiato en la parte posterior, lo que favorece la recurrencia del enterocele. (12)

Pronóstico y recurrencia del enterocele.

El pronóstico después de la reparación apropiada del enterocele es excelente. Las técnicas que solo reparan el enterocele (y descuidan el cistocele, rectocele y prolapso uterino concomitantes) y las que suspenden la cúpula vaginal (o el útero intacto) sin cerrar el saco herniario se acompañan de un alto índice de recurrencia.

La falta de reparación de los defectos vaginales aumenta el riesgo de enterocele o recurrencia. No solo deben repararse estos defectos al momento de corregir el enterocele, sino que deben realizarse operaciones profilácticas cuando no existe el enterocele. (12)

Algunos ejemplos son el acortamiento y plicatura de los ligamentos útero sacros alargados y fuertes: escisión y ligadura del peritoneo excesivo del fondo de saco posterior, o formación de una cuña y cierre de un muñón vaginal ancho.

El enterocele es un problema significativo por si mismo después de la histerectomía por lo que debe ser considerado su abordaje por separado. (12)

Ciertas características especiales del enterocele como su aparición después de la suspensión uretral alta retropubica, justifican considerarlo en especial.

La reparación de un enterocele no solo debe obliterar el fondo de saco recto uterino, si no también tirar de la vagina sobre el recto mediante acortamiento de la suspensión ligamentosa vaginal de modo que pueda mantenerse el cierre normal de este espacio ,además si la pared vaginal se estira por su protusion mas debajo del piso pélvico, hay que escindir el exceso de pared vaginal .Aunque la reparación abdominal del enterocele es útil como profilaxis en el momento de la reparación abdominal, un enterocele que se presenta después de histerectomía casi siempre puede repararse por vía vaginal (1)

Prolapso uterino

Bases para el diagnóstico

- Masa firme en la parte inferior de la vagina: el cervix se proyecta por el introito vaginal, eversión vaginal con proyección del cérvix y el útero entre las piernas.
- Sensación de plenitud o presión vaginal: sensación de tracción abdominal inferior o dolor, dolor lumbar.

Consideraciones generales

El prolapso uterino es el descenso del útero y cérvix a través de la vagina. Se debe a los defectos en las estructuras de soporte del útero y la vagina, incluidos los ligamentos útero sacros, complejo cardinal y tejido conjuntivo de la membrana urogenital.

La debilidad congénita de los soportes aponeuróticos pélvicos también es causa de prolapso uterino, como se demuestra a veces en nulípara, incluso vírgenes, con músculos elevadores fuertes e intactos y hiato genital estrecho.

Parece que el prolapso en estos casos se debe a la debilidad inherente de los soportes fasciales endopélvicos del útero y la vagina.

En el prolapso uterino común es posible que no ocurran síntomas hasta muchos años después del fenómeno causal (p. Ej., un parto traumático).

Esta observación sugiere que la falta de las estructuras de soporte y la atenuación del soporte fascial son posibles secuelas latentes de la lesión neuronal que se manifiesta con el envejecimiento. (12)

El prolapso del muñón cervical (después de histerectomía abdominal subtotal) no difiere mucho del prolapso del útero intacto. Se entiende que las trompas de Falopio y los ligamentos uteroováricos y redondos se cortaron, pero estas estructuras no contribuyen al soporte del útero. (12)

Examen pélvico

La exploración pélvica mientras la paciente puja o realiza un esfuerzo (tal vez de pie) revela el descenso del cérvix hasta el tercio inferior de la vagina, descenso por el introito o descenso de todo el útero a través del introito.

Conforme el útero desciende en forma progresiva se desarrolla cierto grado de cistocele y enterocele al mismo tiempo por la fijación anatómica de la base de la vejiga y el fondo de saco con las superficies anterior y posterior del cérvix y el útero. De hecho un supuesto prolapso uterino que no se acompaña de cistocele y enterocele casi siempre es debido a elongación del cervix. (9)

Prolapso de cúpula subsecuente a histerectomía vaginal.

En casos de prolapso posterior a histerectomía vaginal, si el cirujano no advierte esto y la colpografía anterior y posterior no se acompaña de suspensión de la cúpula vaginal la colpografía no cura el prolapso apical y el problema no se corrige.

El examen de mujeres previamente sometidas a histerectomía debe incluir la intención específica de determinar la localización de la cúpula vaginal cuando el prolapso es máximo.

La cúpula se identifica por la cicatriz presente donde se extirpo el cervix; el prolapso vaginal se presenta cuando la cúpula vaginal se sitúa por debajo del anillo del himen Si la cúpula desciende hasta el tercio inferior de la vagina con el esfuerzo máximo del pujo: existe una deficiencia significativa en el apoyo del la cúpula y durante la reparación se debe suspender la vagina. (6)

El mayor conocimiento de la fisiopatología de los defectos de soporte pélvico, sus causas y presentaciones clínicas permite individualizar el tratamiento para tener mayor probabilidad de éxito a largo plazo en cada paciente. (12)

La recurrencia del prolapso de órganos pélvicos ha sido descrita como una tragedia ginecológica en la cual la paciente merece una reevaluación muy sofisticada por el cirujano mas experimentado. (2)

Al menos 30% de mujeres con tratamiento quirúrgico para prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria o ambas han experimentado más de una intervención quirúrgica. (11)

Fisiológicamente una cirugía inicial apropiada ofrece a las pacientes una mayor probabilidad de éxito. Se acepta que la etiología en la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos es multifactorial, incluyendo el déficit en los tejidos conectivo y neuro muscular de las pacientes, un diagnóstico prequirúrgico inexacto y una intervención quirúrgica inicial inapropiada o inefectiva.

Muchos expertos recomiendan una fijación más extensa para pacientes con recurrencia del prolapso de órganos pélvicos que para pacientes con prolapso de órganos pélvicos primarios (11)

La recurrencia del prolapso en compartimentos individuales de la pared vaginal aun no ha sido bien comprendida. (11)

La pared vaginal anterior es considerada como el lugar que con mayor frecuencia se presenta la recurrencia. (6,11)

El desafío para proveer una reparación duradera del prolapso de la pared vaginal anterior puede incluir la exposición relativamente grande de la pared abdominal, depende además de la integridad del tejido nervioso y del tejido de soporte como el tejido conectivo y potencialmente del daño ocurrido durante el parto.

Los procedimientos quirúrgicos específicos para la reparación del prolapso han estado asociados al riesgo de la recurrencia del prolapso, con algunas evidencias que favorecen la reparación abdominal como más duradera.

Pocos estudios han identificados pacientes con procedimientos o características que puedan predecir la recurrencia posquirúrgica del prolapso de órganos pélvicos.(3)

Whiteside y Weber (Cleveland ,1999) realizaron un estudio con mujeres que tenían un estadio avanzado de prolapso mujeres posmenopáusicas sin terapias con estrógenos y además tenían una alta paridad, un año después de la cirugía correctiva el 58% de estas pacientes tenían recurrencia

del prolapso de órganos pélvicos, de estas el 94.1% fue clasificada como estadio II del prolapso con elevado predominio en el compartimiento anterior.

Lo mas importante que se encontró en este estudio fue que las pacientes con mayor grado de recurrencia eran mayores de 60 años y tenían estadios avanzados del prolapso , al principio encontrar esto parecía contradictorio porque es bien conocido que al aumentar la edad esto constituye un factor de riesgo establecido para el desarrollo del prolapso .Sin embargo la idea de que la edad mas joven esta asociada con un alto riesgo de recurrencia del prolapso es explicado por la fisiopatología de la enfermedad en el que las mujeres jóvenes con prolapso pueden tener mala calidad de los tejidos , un daño marcado a la fascia , músculos o nervios y tener mayor paridad.

Cuantificación del prolapso de órganos pélvicos.

Etapa 0	No se demostró prolapso alguno .los puntos Aa, Ap, Ba, Bp están a -3cms y el punto C ó D está entre -LVT (Longitud vaginal total) cm y -+[LVT-2] cm.
Etapa I	No se cumplen los criterios de la etapa 0, pero la parte más distal del prolapso es > de 1 cm por arriba del nivel del himen.
Etapa II	La porción más distal del prolapso es ≥ 1 cm pero $\leq +1$ cm
Etapa III	La porción más distante del prolapso es > 1cm por debajo del plano del himen, pero no sobresale más de 2cm. Menos a la longitud vaginal total en cm.
Etapa IV	En esencia se demuestra la eversión completa de toda la longitud de todo el aparato genital inferior. La porción distal del prolapso sobresale por lo menos [LVT-2] cm. En la mayor parte de los casos, el borde sobresaliente del prolapso es el cérvix o la cicatriz del muñón vaginal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de *seguimiento de una cohorte* en la sala de ginecología del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) Hospital de referencia departamental con elevado nivel de resolución, tanto en el área médica como quirúrgica en el período comprendido de Enero de 2005 a Enero de 2008.

La **población de estudio** fueron las pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos ingresadas a sala de Ginecología que fueron sometidas a cirugía correctora en el período ya establecido, a quienes se les realizó cirugía correctora del POP, que autorizaron su participación mediante consentimiento informado.

Definición de Caso:

Se considera así al total de pacientes que presentan prolapso de órganos pélvicos como complicación a una cirugía correctora del prolapso de órganos pélvicos.

Criterios de exclusión:

- Incontinencia urinaria.
- Antecedentes de cirugía correctora.
- Realización de cirugía anti incontinencia.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes que no deseen ser parte del estudio.
- Pacientes que no acudan a todas las citas propuestas para el seguimiento.

Para la **recolección de datos** se solicitó permiso a las autoridades del HEODRA para el uso de las instalaciones de este hospital tanto para la atención de las pacientes como para el uso de los expedientes clínicos.

Se captó a las pacientes en la sala de ginecología del HEODRA, se les explicó el propósito del estudio y se les pidió llenar hoja de consentimiento informado si esta aceptaba participar en el estudio.

Se le realizó examen físico a la paciente antes de ser sometida a cirugía. Se dió seguimiento a las pacientes que fueron ingresadas al servicio de Ginecología que cumplían con los criterios de inclusión. A dichas pacientes se les citó al servicio de Ginecología para evaluación post quirúrgica del prolapso de órganos pélvicos a los 3 meses, 6 meses y 12 meses.

La evaluación post quirúrgica se realizó con la paciente en posición de litotomía, utilizando la valva posterior de un especulo de Graves y con una pinza Foerster. Los datos de la cuantificación se describieron en una hoja previamente elaborada para tal fin.

Las pacientes que presentaron recurrencia del Prolapso de Órganos Pélvicos y ameritaban tratamiento quirúrgico ya no se incluyeron en el estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Escala	Valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del ingreso	Dato referido por la paciente	Menor de 35 Años. 35 a 50 Años Mayor de 50 Años
Ocupación	Actividad Laboral que normalmente desempeña la persona	Dato Referido por la paciente.	Ama de casa. -Domestica. -Comerciante. -Obrera. -Otro
Antecedentes patológicos personales	Procesos mórbidos concomitantes con el prolapso de órganos pélvicos	Examen clínico, datos de laboratorio	-Diabetes Mellitus. -Enfermedades pulmonares. -Obesidad, Estreñimiento. -Otras
Paridad	Historia Reproductiva de la mujer	-Gestas. -Partos. -Abortos. -Cesáreas.	-Primíparas. -Multípara. -Gran Multípara
Procedencia	Lugar donde reside la persona	Dato referido por la paciente.	Rural. Urbano.
Cirugía Realizada	Es la cirugía correctora del problema en estudio.	-Colporrafia Anterior. -Colpoperineoplastia. -Histerectomía Vaginal. -Corrección de Enteroccele	Si No

RESULTADOS

Se captó un total de 117 pacientes en el período comprendido de Enero 2005 a Noviembre 2007, todas estas pacientes fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos para corrección del prolapso de órganos pélvicos entre ellos histerectomía vaginal, colpografía anterior, colpoperineoplastia y reparación de enterocele a cuatro pacientes.

Se excluyeron del estudio pacientes que no deseaban ser parte de el y de las pacientes que aceptaron se excluyeron las que no acudieron a las tres citas de seguimiento, por tanto se presentan aquí los resultados de 78 pacientes que acudieron a la cita y permitieron se les realizara historia clínica y examen físico.

Entre las características generales de las pacientes la edad promedio fue 58 años. La procedencia de las pacientes en su mayoría fue urbana, 63.1% del Municipio de León, en menor porcentaje de Telica, el Sauce, Nagarote, La Paz Centro y otros. El 91% de las pacientes fueron amas de casa y otras ocupaciones encontradas fueron comerciantes 2.6%, domestica 2.6%.(Cuadro 1)

Los antecedentes patológicos personales más frecuentes que se observaron fueron Diabetes Mellitus tipo 2, colagenopatia 3.8%. La mayoría de las pacientes eran gran multíparas 73.1%, multíparas 26.9%. (Cuadro 2)

Todas las pacientes presentaban sintomatología respecto al problema observando que 59% de ellas aquejaban sensación de masa en vagina, 39.5% sensación de peso en hipogastrio, 28.2% dolor abdominal, en menor porcentaje referían polaquiuria, dispareunia. (Cuadro 3)

El tipo de lesión prequirúrgica que predominó fue el cistocele grado III con 73.1% seguido de prolapso uterino grado III en 61% y rectocele grado II en el 51.9% de los casos. (Cuadro 4)

La cirugía correctora de acuerdo al defecto presente en cada caso en particular fue colporrafia anterior 100%, colpoperineoplastia 100%, histerectomía vaginal 97.6% mientras que la reparación del enterocele fue de 1.3%. (Figura1)

La recurrencia del prolapso de órganos pélvicos en los diferentes compartimentos fue de 33%. (Figura 2)

Al realizar el seguimiento postquirúrgico a los 3 meses no se observó recurrencia. En el segunda evaluación que se realizó a los 6 meses postquirúrgico se encontró un 7.7% de pacientes con recurrencia del compartimiento anterior, no hubo recurrencia del compartimiento posterior ni de la cúpula vaginal. En la evaluación realizada a los 12 meses posterior a la cirugía la recurrencia del compartimiento anterior fue del 29.5% y del compartimiento posterior el 3.8%, dando una recurrencia total del 33.3%. El prolapso de cúpula y la recurrencia del enterocele no se observaron en un año de seguimiento. (Cuadro 5)

DISCUSIÓN

Conociendo la importancia y la repercusión que el prolapso de órganos pélvicos y su recurrencia tiene en el contexto laboral, sexual y económico en la vida de la paciente se entiende la necesidad de valorar la respuesta a los procedimientos quirúrgicos correctivos.

La edad promedio de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos en este estudio fue de 58 años, se considera que a medida que avanza la edad se produce un adelgazamiento general de los tejidos, casi todos los tejidos blandos de la pelvis poseen receptores para el estrógeno de manera que al disminuir estos a través de los años disminuye la vascularización a este nivel y se produce atrofia de los tejidos lo cual contribuye a la recurrencia del prolapso ya que aunque el defecto específico se haya reparado hay un adelgazamiento de los tejidos del piso pélvico sumado esto al apareamiento de la osteoporosis (por la misma causa) que desplaza el estrecho superior de la pelvis hacia un plano horizontal esto permite que el contenido abdominal actúe en forma más directa sobre el piso del pelvis y el hiato urogenital. (15)

Las pacientes con recurrencia del prolapso de órganos pélvicos ejercían trabajos como ama de casa, comerciantes o doméstica, labores que la exponen a levantar objetos pesados que al producir la maniobra de Valsalva se produce la fijación del diafragma respiratorio que tensiona en forma directa el piso pélvico, de manera que la recurrencia se producirá tempranamente. (16)

La enfermedad crónica que se presentó con mayor frecuencia fue la Diabetes Mellitus tipo 2 (17.9%), en la fisiopatología de esta enfermedad se produce una neuropatía crónica y se ha observado que existe una incapacidad de los tejidos de recuperarse por completo de lesiones ocasionadas por tanto se observa un proceso de cicatrización deficiente este hecho que en la mayoría de casos se acompaña de obesidad en la paciente contribuye a la tendencia del prolapso a agravarse y una vez que se intenta corregir se produce la recurrencia por estos mecanismos. (17)

En los antecedentes obstétricos observamos que el 98.7% de pacientes de este estudio tuvieron dos o más hijos y ninguna de ellas fue nulípara, recientemente se comenzó a evaluar la neuropatía pudenda y la miopatía de los elevadores del ano ya que en la gran mayoría de las mujeres este proceso comienza con su primer parto y cada parto contribuye a agravar dicha lesión de manera que se va desarrollando progresivamente un daño a los tejidos que se manifestará como un prolapso clínico, estas lesiones por ser multi focales contribuyen a la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos como se demostró en un estudio realizado en el instituto Review board en Cleveland a partir de 1999, un año después de la cirugía el 58% de estas pacientes presentaron recurrencia del prolapso de órganos pélvicos, de ellas el 94.1% tenían dos o más partos vaginales.(18,19)

La paridad es un factor importante que ha sido demostrado en múltiples estudios a través de la historia aun cuando los partos han sido atendidos en instituciones de salud donde se realiza episiotomía. (20) La episiotomía no ha demostrado ser un factor protector del piso pélvico a través de múltiples estudios realizados. (21)

El Dr. Switt realizó en el hospital general de Ohio en el año 2003 un estudio sobre factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos y encontró que la recurrencia ocurrió en el 27% de los pacientes de su estudio y de ellas el 90% tenían dos o más partos, en este estudio las cirugías fueron realizadas en igualdad de condiciones tanto en técnica quirúrgica como en material utilizado. (22)

Actualmente nosotros encontramos una recurrencia del 33.3% ligeramente un poco mayor con lo reportado en la literatura, Whiteside y Weber reportaron una recurrencia del 28% en su estudio realizado en Cleveland en 1999 (3).

Este estudio demuestra que es importante el seguimiento a estas pacientes para conocer los casos de recurrencia y estudiar de forma directa los factores relacionados e incidir en los que sean susceptibles de modificar.

CONCLUSIONES

El porcentaje de recurrencia del prolapso de órganos pélvicos después de la corrección quirúrgica fue de 33.3%.

La multi paridad parece ser un factor importante tanto para el desarrollo del prolapso de órganos pélvicos como de su recurrencia.

Hay una clara relación entre la paridad y las patologías de base y el porcentaje de recurrencia del prolapso de órganos pélvicos.

RECOMENDACIONES

Ampliar el tiempo de seguimiento postquirúrgico de las pacientes hasta los 5 años para determinar la recurrencia de prolapso de órganos pélvicos a largo plazo.

Cambiar las técnicas quirúrgicas utilizadas para la corrección del prolapso de órganos pélvicos realizando corrección de los defectos específicos de la fascia endopélvica.

Realizar un estudio de cohortes con pacientes sanas y con patologías de base.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Danforth, Scott. Tratado de ginecología y obstetricia. Editorial MC Graw Hill. México. 1997. PAG.933.
2. Te Linde. Ginecología quirúrgica. Editorial MC Graw Hill 8va edición .2002.
3. Kimberly Kenton, Down Sadowsk Susan Shot, Linda Brubaker. A comparison of women with primary and recurrent pelvic prolapse. American journal of obstetrician.(1 999; 180:1415-8)
4. González Merlo. Ginecologia Prolapso genital .capítulos 6.Pág. 275-277. 8va edición. Editorial Masson.
5. Bump R, Cundiff GW. Uroginecología y disfunción del piso pélvico. Clínicas de Ginecología y obstetricia .1999.
6. Whiteside JL. Risk factors for prolapsed recurrence after vaginal repair. American Journal of obstetric and Gynecology. 2004.
7. Gámez CM. Complicaciones de técnicas quirúrgicas en las cirugías correctoras de Trastornos de la estática pélvica en el HEODRA.1998-1999. Monografía.
8. Berríos QC. Complicaciones de la cirugía correctora de TEP. HEODRA 2002-2003. Monografía.
9. Gómez LRA. Revisión de 100 casos de HTV efectuadas en el hospital Fernando Vélez Paiz. Managua.1978.
10. Talavera LI. Histerectomías, complicaciones en el Hospital Berta Calderón tercer trimestre 1994. Monografía.
11. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, DeLancey JO. The standardizations of terminology of female pelvic organ and pelvic floor dysfunction. American Journal of obstetric and Gynecology. 1996.
12. Benson P. Obstetricia y Ginecologia. Relajación de los soportes pélvicos. 4ta Edición. Editorial Manual Moderno.
13. Ginecologia.Larry J, Copeland. 2da Edición.2002.Cáp.47. Editorial Panamericana.
14. Bent A, Ostergard D, Swift S. Disfunción del piso pélvico. 5ta edición. Editorial McGraw Hill 2003 cap2,7.

15. John A. Rock.MO Howard W. Jones. MD Ginecología quirúrgica. 9na Edición. Tomo 1 Editorial Panamericana.2006.cap26.
16. Jorgensen S .Hein .H.O. Heavy lifting at work and risk of genital prolapse and herniated disc in assistant nurse. Occup.med.1994.
17. Pound T. Diaz J.K .Case and control study of the etiologic in the development of several and recurrence pelvis organ prolapsed. American journal obstetrics and gynecologic .2201.
18. Clark .A.L.Gregory Smith. Epidemiologic and evaluation of reparation for surgical treatment prolapsed organs pelvic. American journal. Obstetrics and gynecologic 2003.
19. Bachofen Shull.coates K.W.A transvaginal approach to repair of apical on other associated sites of reoperation of prolapsed organs pelvic. American journal. Obstetrics and gynecologic 2006.
20. Snook.S.J Wash M, Henry M. Risk factors causing damage to the floor pelvic .int J colorectal disease .1996.
21. Delee J.B The prophylactic delivery operation. American journal. Obstetrics and gynecologic 2006.
22. Swift S.E. Nicholas T.Correlation with obstetrics history and recurrence pelvis organ prolapsed. American journal. Obstetrics and gynecologic 2003.

Anexos

Cuadro 1. Características sociodemográficas en pacientes sometidas a histerectomía vaginal colporrafia anterior y colpoperineoplastia. Servicio de ginecología, HEODRA 2005-2008.

Características sociodemográficas	No.	%
Edad (años)		
35 - 49	18	23.1
≥ 50	60	76.9
Municipio		
León	50	63.1
Telica	8	10.3
El Sauce	6	7.7
Otros	14	18.0
Ocupación		
Ama de casa	71	91.0
Doméstica	3	3.8
Comerciante	2	2.6
Otros	2	2.6
TOTAL	78	100.0

Cuadro 2. Antecedentes patológicos personales y obstétricos de pacientes sometidas a histerectomía vaginal colporrafia anterior y colpoperineoplastia. Servicio de ginecología, HEODRA 2005-2008.

Antecedentes	No.	%
Patológicos		
Diabetes	14	17.9
Colagenopatía	3	3.8
Estreñimiento	1	1.3
Neuropatía	1	1.3
Ninguna	59	75.6
Obstétricos		
Primípara	1	1.3
Múltipara	16	20.5
Gran múltipara	61	78.2
TOTAL	78	100

Cuadro 3. Sintomatología de pacientes sometidas a histerectomía vaginal colporrafia anterior y colpoperineoplastia. Servicio de ginecología, HEODRA 2005-2008.

Sintomatología	No.	%
Masa en vagina	46	59
Sensación de peso en hipogastrio	23	39.5
Dolor abdominal	22	28.2
Polaquiuria	9	11.5
Dispareunia	4	5.2
Dolor lumbar	3	3.8
Incontinencia urinaria	1	1.3
Otros	4	5.2
Ninguno	1	1.3

Cuadro 4. Diagnóstico prequirúrgico y grado de severidad del prolapso de órganos pélvicos en pacientes sometidas a histerectomía vaginal colporrafia anterior y colpoperineoplastia. Servicio de ginecología, HEODRA 2005-2008.

Diagnóstico	Grado			No.	%
	I	II	III		
Rectocele	6.5	51.9	41.6	77	98.7
Cistocele	3.8	23.1	73.1	78	100.0
Enterocele	25.0	50.0	25.0	4	5.1
Prolapso uterino	10.4	28.6	61.1	77	98.7

Cuadro 5. Diagnóstico postquirúrgico y su evolución a un año de seguimiento en pacientes sometidas a histerectomía vaginal colporrafia anterior y colpoperineoplastia. Servicio de ginecología, HEODRA 2005-2008.

n=78

Seguimiento Diagnóstico	3 meses		6 meses		12 meses	
	Recurrencia (%)					
	Si	No	Si	No	Si	No
Cistocele	0	100	7.7	92.3	29.5	70.5
Rectocele	0	100	0	100	3.8	96.2
Prolapso de cúpula	0	100	0	100	0	100
Enteroccele	0	100	0	100	0	100
Total	0		7.7		33.3	

Cuadro 6. Relación según la paridad y la recurrencia en pacientes sometidas a histerectomía vaginal colporrafia anterior y colpoperineoplastia. Servicio de ginecología, HEODRA 2005-2008.

Paridad	Recurrencia	
	No	%
Múltipara	7	26.9
Gran múltipara	19	73.1
Total	26	100.0

Cuadro 7. Relación según las patologías asociadas y las recurrencia en pacientes sometidas a histerectomía vaginal colporrafia anterior y colpoperineoplastia. Servicio de ginecología, HEODRA 2005-2008.

n=26

Patología	Recurrencia	
	No	%
Diabetes	10	38.4
Colagenopatía	2	7.6
Estreñimiento	1	3.8
Neuropatía	1	3.8
Otras	6	23.0
Ninguna	6	23.0

Figura 1. Procedimientos realizados para corregir los prolapso de órganos pélvicos

HEODRA 2005-2008

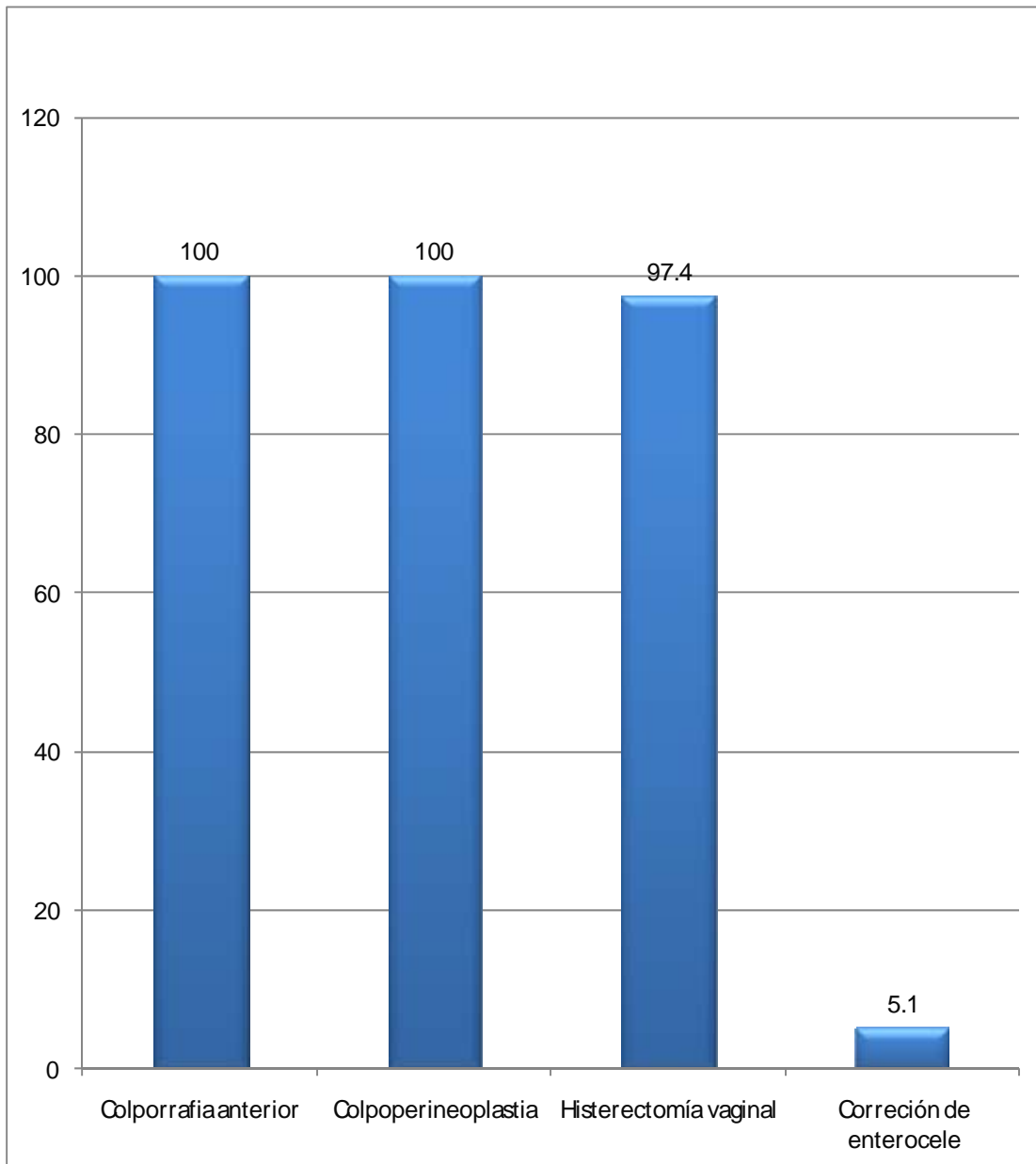
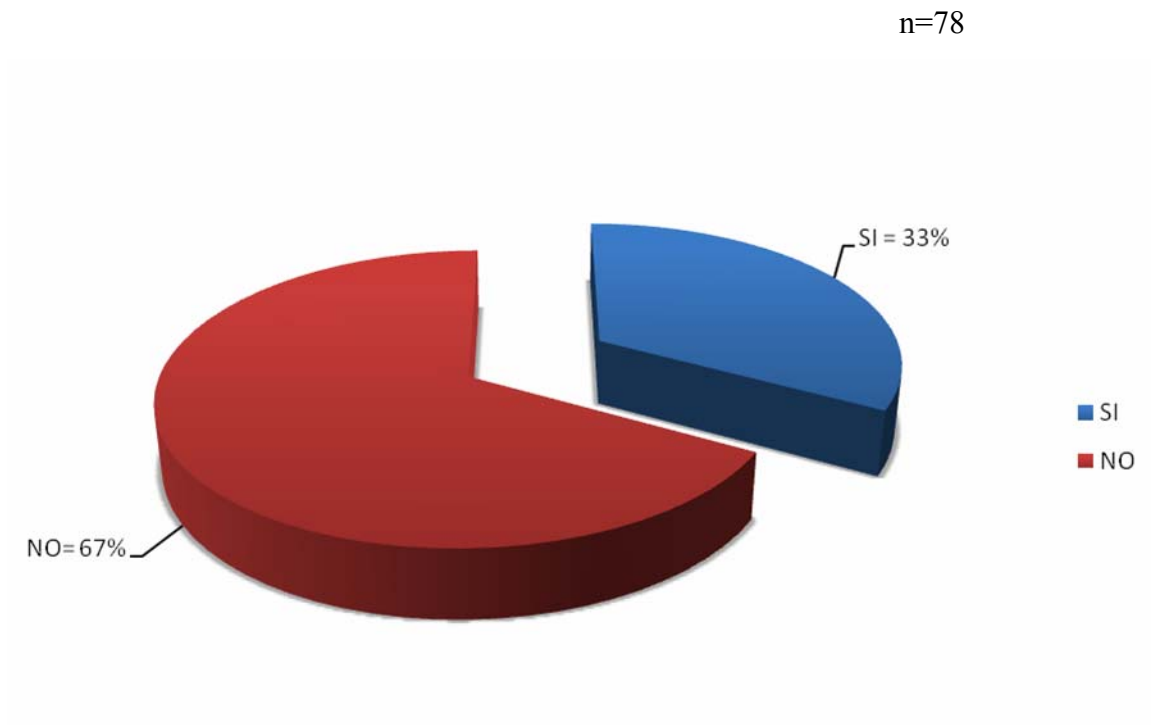


Figura 2. Porcentaje de recurrencia del prolapso de órganos pélvicos.
HEODRA 2005-2008



Recurrencia del prolapso de órganos pélvicos en la sala de Ginecología del HEODRA en el periodo comprendido de Enero del 2005 -Enero del 2008.

FICHA DE RECOLECCIÓN.

Nombre. _____ Expediente. _____

Edad. _____ Peso. _____ Fecha. _____

Dirección ____ Telef. _____

Ocupación.

Ama de casa _____ (1) Domestica _____ (2) Comerciante _____ (3)

Obrera _____ (4) Técnico/profesional _____ (5) Otros _____ (6)

Antecedentes patológicos personales.

Diabetes mellitus: _____ (1) Enfermedades pulmonares (2) Colagenopatía _____ (3)

Estreñimiento: _____ (4) Desnutrición _____ (5) Neuropatía _____ (6)

Paridad

Primípara _____ (1) Multípara _____ (2) Gran multípara _____ (3)

Sintomatología del paciente.

Masa en vagina _____ (1) Sensación de peso de vagina _____ (2) Dolor lumbar — (3)

Dispare unía _____ (4) Polaquiuria _____ (5) Incontinencia fecal _____ (6)

Dolor abdominal bajo (7) Otros _____ (8).

Diagnóstico prequirúrgico

Rectocele _____ (1) Cistocele _____ (2) Enterocele _____ (3) Prolapso uterino _____ (4)

Cirugía realizada.

Colporrafia anterior (1) _____ Colpoperineoplastia. _____ (2) Histerectomía vaginal. (3)

Corrección de enterocele. (4)

Recurrencia de prolapso de órganos pélvicos

SL. — (1) NO _____ (2)

Evaluación diagnóstica de prolapso de órganos pélvicos.

Prequirúrgico Posquirúrgico

	3 meses	6 meses	12 meses
Uretrocele			
Cistocele			
Rectocele			
Prolapso uterino			
Enterocele			

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A través de esta carta de consentimiento informado se me invita a participar en el proyecto de investigación titulado: RECURRENCIA DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS. La realizadora de este proyecto de investigación me ha informado y explicado que presente un problema de descenso de mis órganos pélvicos lo que me causaba molestias por lo que es necesario que se me realice una operación para mejorar mi problema.

Este estudio en el cual me invitan a participar es para demostrar el grado de éxito de la operación que me realizaron para curar mi enfermedad luego de 3 a 12 meses de seguimiento. He comprendido que es necesario este seguimiento para detectar tempranamente si presento recurrencia del problema por el cual fui operada.

Mi participación como paciente consiste en asistir a tres citas posteriores a la cirugía, la primera cita a los tres meses; luego a los seis meses y por último a los doce meses.

En cada visita se me realizará un interrogatorio acerca de mi estado de salud y se me realizará una exploración física.

Me comprometo a asistir a las citas programadas y someterme al interrogatorio y exploración física en cada visita en la que además podré hacer preguntas respecto a mi estado de salud y dudas que pueda tener respecto al estudio antes de aceptar mi participación en el mismo. Se me ha informado que si decido no participar o retirarme del estudio esto no afectará de ninguna manera mi atención en esta institución.

Esta carta de consentimiento informado es clara por lo que de mi libre y espontánea voluntad decido participar, firmo esta carta bajo la presencia de un testigo.

Paciente. . Firma. _____

Testigo _____ Firma. _____

He comentado este proyecto de investigación con la paciente, utilizando un lenguaje claro y comprensible considero que la paciente esta satisfecha con la explicación y he obtenido su aceptación sin ningún tipo de presión.

Dra. _____ Firma. _____

León ____ de ____ del ____