

Factores de riesgo asociados a Prolapso de Cúpula Vaginal, en pacientes sometidas a Histerectomía vaginal y abdominal, que acuden a la consulta externa del Hospital General Provincial Pablo Arturo Suárez, en el periodo 2013

Artículo original

RESUMEN

Introducción: La histerectomía es uno de los procedimientos más realizados en servicios de Ginecología y Obstetricia, sin embargo, el tipo de abordaje puede determinar el incremento de complicaciones a corto y largo plazo, siendo el prolapso de la cúpula vaginal, uno de los eventos más comunes. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo clínico, quirúrgico, y epidemiológicos de las pacientes diagnosticadas de prolapso de cúpula vaginal, que han sido sometidas a histerectomía vaginal y abdominal y son tratadas en la consulta externa del Hospital General Provincial Pablo Arturo Suárez en el periodo 2013 a 2018. **Materiales y Métodos:** Se diseñó un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal en el que se incluyeron 869 pacientes, en quienes se intervino con histerectomía vaginal o abdominal y que desarrollaron prolapso de cúpula vaginal. Las variables cualitativas, fueron descritas con frecuencias absolutas y relativas, en tanto que, las variables cuantitativas fueron descritas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicó el test de Chi Cuadrado de Pearson para establecer relaciones entre variables categóricas, y se diseñó un modelo de regresión logística binaria para establecer los factores de riesgo. Se usó el software SPSS Statistics 23.0 para el análisis estadístico, y se asumió un valor de $p < 0.05$ para significancia estadística. **Resultados:** Se encontró una prevalencia de 5.2% de prolapso de cúpula vaginal ($n=45$). Hubo diferencias significativas en relación a la edad, nivel de instrucción, entre pacientes con prolapso vaginal y el tipo de abordaje. Las pacientes con abordaje de histerectomía vaginal desarrollaron con mayor frecuencia prolapso de cúpula vaginal (16.8%). Se demostró que el abordaje vaginal es un factor de riesgo asociado a prolapso temprano de cúpula vaginal OR: 8.367 (IC95%: 4.587 – 15.261, $p=0.001$), en tanto que, los antecedentes de obesidad OR: 3.281 (IC95%: 1.842 – 5.843, $p=0.001$), miomatosis uterina OR: 9.576 (IC95%: 5.261 – 17.428, $p=0.001$) y prolapso genital previo OR: 7.894 (IC95%: 3.791 – 16.439, $p=0.001$), son factores desencadenantes de prolapso a corto plazo. **Conclusiones:** Las pacientes con abordaje de histerectomía por vía vaginal desarrollan con mayor frecuencia prolapso de cúpula vaginal frente a pacientes con abordaje abdominal.

Palabras clave: prolapso, prolapso uterino, prolapso de órgano pélvico, histerectomía vaginal, prevalencia, factores de riesgo

ABSTRACT

Introduction: Hysterectomy is one of the most common surgical procedure in Gynecology and Obstetrics, but, this procedure has a risk of many complications such as vaginal vault prolapse, that is the most common late complication in this patients. **Aim:** To identify the clinical, surgical, and epidemiological risk factors in patients with the diagnosis of vaginal vault prolapse that had been operated for vaginal or abdominal hysterectomy and had been treated in ambulatory settings at Pablo Arturo Suárez General Hospital, between 2013 to 2018. **Materials and Methods:** Cross-sectional, analytical, and retrospective study has been designed. A total of 869 patients operated for an abdominal and vaginal hysterectomy since 2013 were included. Qualitative variables were analyzed with absolute and re-

Financiamiento: El presente trabajo se declara autofinanciado por los autores

Conflicto de intereses: Los autores declaran la no existencia de conflictos de interés.

Consideraciones éticas: En el presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado del paciente. Su elaboración y todos los detalles inherentes se basaron en la Declaración de Helsinki.

Correspondencia

Marcia del Carmen Mejia Auquilla
marcia_mejia.91@hotmail.com

Recibido: Marzo - 2024

Aceptado: Mayo - 2024

Forma de citar este artículo:

Mejia Auquilla, M. del C. (2024). Factores de riesgo asociados a Prolapso de Cúpula Vaginal, en pacientes sometidas a Histerectomía vaginal y abdominal, que acuden a la consulta externa del Hospital General Provincial Pablo Arturo Suárez, en el periodo 2013 a 2018. REFLEXIONES. Revista científica Del Hospital Eugenio Espejo, 21(2). <https://doi.org/10.16921/reflexiones.v21i2.116>

Rev Med Reflexiones 2024; 21: 36 - 40.

lative frequencies, and, quantitative variables were analyzed with dispersion and central tendency measures. Pearson's Chi-Square test had been applied to determine the association between categorical variables. A binary logistic model had been designed to describe risk factor related to vaginal vault prolapse, that had been expressed by odds ratios (OR) and confidence intervals. SPSS Statistics Software had been used for statistical analysis. A p-value < 0.05 was considered to determine statistical significance. **Results:** Prevalence of vaginal vault prolapse was 5.2% (n=45). There were significant differences in age, and educational level, between patients with vaginal vault prolapse and type of hysterectomy. Patients with a background of vaginal hysterectomy developed vaginal vault prolapse more frequently than patients with a background of abdominal hysterectomy (16.8% versus 2.2%). We demonstrated that vaginal hysterectomy is an associated risk factor for early vaginal vault prolapse OR: 8.367 (IC95%: 4.587 – 15.261, p=0.001), so, factors such as obesity OR: 3.281 (CI95%: 1.842 – 5.843, p=0.001), uterine myomatosis OR: 9.576 (IC95%: 5.261 – 17.428, p=0.001) and previous genital prolapse OR: 7.894 (IC95%: 3.791 – 16.439, p=0.001), were precipitating factors for vaginal vault prolapse. **Conclusions:** Patients with a background of vaginal hysterectomy had more prevalence of vaginal vault prolapse than patients with abdominal hysterectomy. Obesity, uterine myomatosis, and previous genital prolapse were precipitating factors for this complication.

Key Words: Prolapse, Uterine Prolapse, Pelvic Organ Prolapse, Vaginal Hysterectomy, Prevalence, Risk Factors

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la mayor cirugía ginecológica realizada, más del 10% de las mujeres que se han sometido a una histerectomía ya sea vaginal o abdominal visitarán a un ginecólogo para una corrección quirúrgica de un prolapso de cúpula vaginal y muchas de ella completan una larga lista de factores que predisponen a dicha patología (Dällenbach, Kaelin-Gambirasio, Jacob, Dubuisson, & Boulvain, 2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases (n=32)

Existen revisiones bibliográficas que informan acerca de la tasa de prolapso de cúpula vaginal después de histerectomía, por ejemplo, Cruikshank y Novac (2004) informan del 0,2% a 43%, sin embargo, los estudios de Symmonds ofrecen una tasa más realista, entre 0.2% y 1%, por lo cual, esta patología tiene una distribución de prevalencia ampliamente variable (Dällenbach et al., 2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases (n=32).

La prevalencia del prolapso de cúpula vaginal se estima es del 0,2% al 43%, con una incidencia de 11.6% cuando dicha patología, se presenta después de la realización de histerectomía por prolapso, y de un 2.8% cuando la histerectomía fue realizada por otras patologías, tales como miomatosis uterina, cáncer de cérvix o hemorragia uterina anormal (Uzoma & Farag, 2009).

La incidencia de mujeres que requieren cirugía, para corrección de prolapso de cúpula vaginal es de 36 por 10.0000, ya que se suele estar asociado a otros defectos tales como cistocele, rectocele, y enterocele, los mismos que condicionan la calidad de vida de la paciente (Coolen et al., 2017).

El prolapso de la cúpula vaginal por concepto es el descenso del manguito vaginal debajo de un punto que es 2 centímetros menos que la longitud total de la vagina, o sobre el plano del himen (Ramalingam & Monga, 2013).

Para que se genere dicha patología participan una serie de factores, que incluyen alteraciones anatómicas en los mecanismos de soporte, tales como el diafragma pélvico (integrado por los músculos pubococcígeo, iliococcígeo y el coccígeo), fascia endopelvica, y las paredes vaginales (niveles de Lancey) (Descouvrieres, 2015).

Existen factores de riesgo clínico - epidemiológicos asociados a este fenómeno multifacético entre los cuales se puede mencionar edad, índice de masa corporal, raza, número de embarazos, mecanismos de parto, cirugía pélvica previa, enfermedades crónicas, menopausia, tabaquismo, nivel de instrucción entre otros (Espitia de la Hoz, 2015) descriptive epidemiological study. The study included all adult, non-obstetric, females, who attended the outpatients and were treated in the La Sagrada Familia Department of Gynecology Clinic from 1 January 2009 to 30 June 2012. The medical records of the women to be included in the study were reviewed to confirm they fulfilled the selection criteria, as well as for the diagnosis and classification of disease. The risk factors associated with the development of genital prolapse were also assessed; ≤ 9 years of education, previous pelvic surgery, diabetes, age, episiotomy, constipation, occupational and recreational habits, hypothyroidism, prior hysterectomy, fetal macrosomia, menopause, multiparity, chronic lung disease, number of pregnancies (≥ 3).

En cuanto a los factores de riesgo quirúrgicos podemos destacar el tipo de histerectomía realizada (abdominal, vaginal o laparoscópica) y complicaciones quirúrgicas (dehiscencia del muñón vaginal, infección, hematomas) la evidencia sugiere que pueden coexistir varios factores en una sola paciente (Espitia de la Hoz, 2015) descriptive epidemiological study. The study included all adult, non-obstetric, females, who attended the outpatients and were treated in the La Sagrada Familia Department of Gynecology Clinic from 1 January 2009 to 30 June 2012. The medical records of the women to be included in the study were reviewed to confirm they fulfilled the selection criteria, as well as for the diagnosis and classification of disease. The risk factors associated with the development of genital prolapse were also assessed; ≤ 9 years of education, previous pelvic surgery, diabetes, age, episiotomy, constipation, occupational and recreational habits, hypothyroidism, prior hysterectomy, fetal macrosomia, menopause, multiparity, chronic lung disease, number of pregnancies (≥ 3).

En cuanto a la sintomatología es una situación angustiante, incapacitante y variada que suele limitar la calidad de vida, se podría destacar la sensación de cuerpo extraño en la vagina (protuberancia o bulto), humedad genital, disfunción vesical (frecuencia, urgencia, la dificultad para vaciar) obstrucción al flujo fecal o urinario, y dificultad para consumir el acto sexual (Descouvrieres, 2015).

El diagnóstico del prolapso de la bóveda vaginal se realiza mediante la descripción del cuadro clínico y el examen físico de la paciente, con el sistema aprobado por la International Continence Society, es el sistema de cuantificación del prolapso genital, o POP-Q, con este observaremos los defectos de los mecanismos de suspensión en piso pélvico (Uzoma & Farag, 2009).

El abordaje terapéutico del prolapso de cúpula vaginal depende de la edad de presentación, trastornos médicos coexistentes, que pudiesen afectar el tipo y la duración de anestesia, deseo de preservar la función sexual y la preferencia de ruta quirúrgica y experiencia del cirujano (Uzoma & Farag, 2009).

Dentro de las alternativas existentes se encuentran el manejo conservador y quirúrgico (Uzoma & Farag, 2009):

- Tratamiento conservador: Fisioterapia y la colocación de pesarios. Una revisión sistemática sobre el uso de pesarios en todo tipo de prolapso concluyó que la mejora en la sensación de bulto, síntomas de la vejiga y el comportamiento sexual se produjo con una tasa de satisfacción reportada en 70–92%.
- Tratamiento quirúrgico: Existen diferentes procedimientos que pueden ser realizados por vía vaginal (fijación al ligamento sacro espinoso, fijación ileococcigea, y colpocleisis) y abdominal (sacrocolpopexia abdominal, sacrocolpopexia laparoscópica).

Una mujer tiene el 11% de posibilidad de tener una disfunción del piso pélvico, tan severa durante su vida, que limite sus actividades y requerirá tratamiento quirúrgico (Capmartin Salinas & Celemin, 2012).

Los estudios indican que la incidencia de prolapso de cúpula vaginal fue de 1.1 por 1.000 mujer-año, si la histerectomía fue realizada para corregir prolapso, comparado con 0.2 por 1,000 mujeres-años si la histerectomía se realizó por otros diagnósticos (miomatosis, hiperplasia endometrial, cáncer in situ, ente otros) (Dällenbach et al., 2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases (n=32).

Por tanto el riesgo de prolapso después de la histerectomía es 5.5 veces mayor en las mujeres cuya indicación inicial para la histerectomía fue el prolapso de órganos pélvicos en comparación con otras indicaciones. Se ha estimado que la incidencia de prolapso de bóveda que requiere cirugía es de 36 por 10,000 mujeres años (Coolen et al., 2017).

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados, Coolen et al, (2017) afirma que, el 10% de las mujeres que se han sometido a una histerectomía debido a los síntomas de prolapso, visitarán a un ginecólogo para una corrección quirúrgica de un prolapso de cúpula vaginal a partir de entonces (Coolen et al., 2017).

Se debe a la asociación de varios factores de riesgo, pero en sí, todo se resume en la disminución o ausencia soporte en el sistema muscular y ligamentario del piso pélvico. El piso pélvico es un sistema dinámico y complejo que da soporte a las vísceras pélvicas y la vagina. El soporte del piso pélvico femenino depende de una serie de elementos que incluyen el aparato óseo, muscular, nervios, sin embargo se reconoce que una vez afectada la tonicidad y soporte del componente muscular, el rol más importante lo ejercerá la fascia endopélvica, la cual será sometida a tensión y puesta a prueba toda vez que el debilitamiento fibromuscular (superficial o profundo del periné) este comprometido (Capmartin Salinas & Celemin, 2012).

Para estudiar y comprender el sistema de soporte pélvico, lo dividimos en planos, el horizontal que integra a los dos tercios superiores de la vagina y el recto los mismos que permanecen

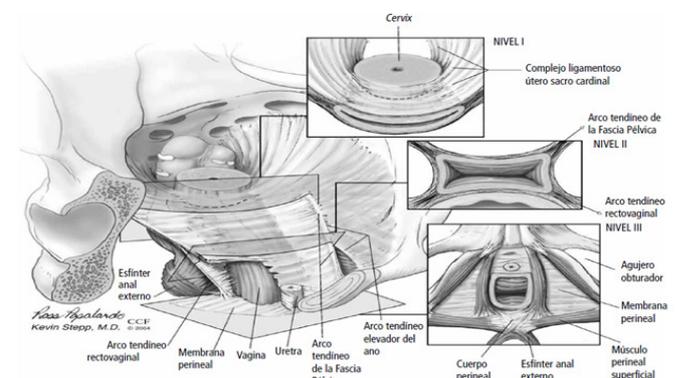
en posición horizontal sobre los tres haces del musculo elevador del ano, dándole estabilidad a este vector, y el eje vertical inferior constituido por la uretra, el cuerpo perineal y el canal anal (Descouvieres, 2015).

Y además posee elementos estáticos constituidos por la fascia endopélvica y elementos dinámicos integrados por el músculo elevador del ano. El sistema dinámico está constituido por: la fascia endopélvica que no es otra cosa que una red compuesta por colágeno, elastina, fibras musculares y haces vasculares, que rodean a todas las vísceras del piso pélvico, que le dan el soporte lateral, vasculatura e inervación. Su disposición permite entender que tiene funciones como ligamentos, que permiten integrarlas a la musculatura (Descouvieres, 2015).

El clásico estudio sustentado por De Lancey en 1994, explica el sistema dinámico del piso pélvico y divide el soporte de la pelvis en 3 niveles: I Soporte superior, II Soporte vaginal medio y III Soporte vaginal distal o de fusión (Kowalski, Mehr, Cohen, & Bradley, 2018).

Conocer el mecanismo daño en cualquiera de estos puntos nos ayuda a comprender de mejor manera la fisiopatología del prolapso de órganos pélvicos y de cúpula vaginal.

Figura 1. Esquema de los niveles de Lancey de soporte del suelo pélvico



El Nivel 1 corresponde al soporte superior o apical de la vagina a los ligamentos de Mackenrodt y ligamentos uterosacros del útero al anillo pericervical y a las espinas isquiáticas, en donde tiran de la vagina superior horizontalmente hacia el sacro y, por lo tanto, la suspenden sobre la placa elevadora muscular (Descouvieres, 2015).

Los datos recientes describen la importante correlación clínica entre el daño del Nivel 1 y su contribución en la gravedad del defecto en la porción apical y en el tamaño del cistocele (Capmartin Salinas & Celemin, 2012).

Clínicamente, el desprendimiento del complejo cardinal uterosacro del anillo pericervical proporciona el fundamento anatómico para el desarrollo de descenso uterino, prolapso de cúpula vaginal y enterocele, en la paciente en la que se ha realizado histerectomía (Uzoma & Farag, 2009).

El Nivel 2 es el soporte lateral de la vagina, aquí la fascia pubocervical, se sostiene en dos ligamentos que corren del pubis

hacia la espina ciática en posición horizontal, es el arco tendinoso de la fascia pélvica, una condensación que forma un ligamento, la cual constituye una hamaca para sostén del piso pélvico, sus manifestaciones clínicas incluyen el prolapso de la pared vaginal anterior y la asociación con incontinencia urinaria de esfuerzo (Descouvieres, 2015).

En el Nivel 3, la fusión ocurre de la uretra al pubis a través de los ligamentos pubouretrales, y de la vagina posterior al cuerpo perineal que es una estructura músculo tendinosa, que permite mantener la integridad del periné. Esto se manifiesta con la aparición de rectoceles o descenso perineal, y posible incontinencia anal (Descouvieres, 2015).

Nueva información se ha recolectado para definir los mecanismos moleculares y celulares, que confieren anomalías estructurales y funcionales a los órganos pélvicos. Los procesos de remodelación del tejido conectivo son, la síntesis y degradación de la matriz extracelular, los mismos que están alterados en pacientes con prolapso de cúpula vaginal (Word, Schaffer, & Pathi, 2009).

Word (2009) afirma que, se han realizado estudios en ratones, encontrándose mutaciones en el gen que codifica la Lisil-Oxidasa 1 (LOXL-1), teniendo que en cuenta que esta enzima es codificada por proteínas involucradas en la organización y síntesis de las fibras elásticas que se encuentran involucradas en la patogénesis del prolapso de órganos pélvicos (Word et al., 2009).

De la misma forma la Fibulina-5 (Fbln5), y la Fibulina-3 (Fbln3), son proteínas específicas de la matriz extracelular. La Fbln5, se encuentra en órganos ricos en elastina, mutaciones de ésta, van a generar sobreproducción de elastina, llevando a lo que se conoce como "Elastinopatías" dadas por pérdida de la firmeza en la piel, anomalías vasculares y enfisema (Word et al., 2009).

A nivel vaginal, el aumento de la concentración de elastina va a producir pérdida del soporte. La Fbln3 está más relacionada con el soporte y la integridad de la fascia. Alteraciones en el equilibrio entre la síntesis, ensamblaje y degradación de los componentes de la matriz extracelular del piso pélvico, pueden resultar en una lenta, pero progresiva pérdida del soporte de los órganos pélvicos (Word et al., 2009).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal en el que se incluyeron 869 pacientes, en quienes se intervino con histerectomía vaginal o abdominal y que desarrollaron prolapso de cúpula vaginal. Las variables cualitativas, fueron descritas con frecuencias absolutas y relativas, en tanto que, las variables cuantitativas fueron descritas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicó el test de Chi Cuadrado de Pearson para establecer relaciones entre variables categóricas, y se diseñó un modelo de regresión logística binaria para establecer los factores de riesgo. Se usó el software SPSS Statistics 23.0 para el análisis estadístico, y se asumió un valor de $p < 0.05$ para significancia estadística

RESULTADOS

En la Tabla 1, se describen las características sociodemográficas de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal

y vaginal entre el año 2013 al 2018. La media de edad obtenida en pacientes a quienes se realizó histerectomía abdominal es de 44.5 años (DE±: 8.3), en tanto que, la media de edad en las pacientes a quienes se realizó histerectomía vaginal es de 63 años (DE±: 11.8). La media general de edad en las pacientes incluidas en el estudio fue de 48 años (DE±: 11.82).

En la distribución general con respecto a la edad, se evidencia diferencias significativas respecto a la frecuencia de pacientes mayores de 48 años, en el grupo que fueron intervenidas con histerectomía con abordaje vaginal (92.2%), frente a las pacientes a quienes se realizó histerectomía por abordaje abdominal (35.9%).

En el caso del nivel de instrucción, se evidenciaron diferencias significativas entre cada uno de los grupos, en la que, las pacientes quienes fueron intervenidas por vía abdominal tienen una instrucción principalmente primaria y secundaria, en tanto que, las pacientes con abordaje vía vaginal, el nivel de instrucción es mayoritariamente primario, y en al menos el 21.2% se evidencia analfabetismo.

No hubo diferencias específicas en relación a la etnia entre cada uno de los grupos. La etnia mestiza predominó en ambos grupos (80% en el grupo de abordaje abdominal y 84.4% en el grupo de abordaje vaginal), seguido de la autoidentificación étnica indígena (13.3% en el grupo de abordaje abdominal y 9.5% en el grupo de abordaje vaginal). En menor porcentaje existieron pacientes afroecuatorianas (6.1% en el abordaje abdominal y 4.5% en el abordaje vaginal), y montubias (0.4% en el abordaje abdominal y 0.6% en el abordaje vaginal).

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes sometidas a histerectomía vaginal y abdominal en el Hospital General Pablo Arturo Suárez, entre el año 2013 a 2018

Variable	Tipo de Histerectomía				p*
	Abdominal		Vaginal		
	n	%	n	%	
Edad					
Media	44,5		63,0		
Mediana	44,0		64,0		
Desviación Estándar	8,3		11,8		
Grupos en función de la edad					
Menor a 46 años	439	64,1%	14	7,8%	0,001
Mayor a 46 años	246	35,9%	165	92,2%	
Nivel de Instrucción					
Analfabeta	27	3,9%	38	21,2%	0,001
Primaria	274	40,0%	103	57,5%	
Secundaria	343	50,1%	32	17,9%	
Superior	41	6,0%	6	3,4%	
Etnia					
Blanca	1	,1%	2	1,1%	0,162
Mestiza	548	80,0%	151	84,4%	
Negra	42	6,1%	8	4,5%	
Indígena	91	13,3%	17	9,5%	
Montubia	3	,4%	1	,6%	

*Chi Cuadrado de Pearson

En la Tabla 2, se explican las características clínicas y antecedentes patológicos personales y gineco-obstétricos, en pacientes sometidas a histerectomía. En relación al índice de masa corporal,

no hubo diferencias significativas en la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre pacientes en quienes se abordó por vía abdominal y vía vaginal, en quienes, la prevalencia de sobrepeso fue del 41% en el grupo de abordaje abdominal y del 39.7% en el grupo de abordaje vaginal, en tanto que, la prevalencia de obesidad fue del 20% y 25.7% respectivamente.

Los antecedentes de enfermedad crónicas, fue significativamente más frecuente en pacientes que fueron intervenidas por vía vaginal (53.6%), frente a las pacientes que fueron intervenidas por vía abdominal (22.5%).

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, las pacientes sometidas a histerectomía por vía abdominal tuvieron antecedentes de multiparidad en el 80.7% y de gran multiparidad en el 16.6%, en tanto que, este último antecedente, fue mucho más frecuente en pacientes que fueron intervenidas por vía vaginal (55.9%). En el grupo de pacientes intervenidas por vía abdominal, hubo 18 pacientes nulíparas, mientras que, en las pacientes sometidas a histerectomía por vía vaginal, no hubo ningún caso de nuliparidad.

Los antecedentes de parto instrumentado, fueron más frecuentes en pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal (14.6%), frente a las pacientes que fueron intervenidas por vía vaginal (6.1%).

Tabla 2. Descripción de los antecedentes patológicos personales, ginecológicos y obstétricos y características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal y abdominal en el Hospital General Pablo Arturo Suárez entre el año 2013 a 2018

Variable	Tipo de Histerectomía				p*
	Abdominal		Vaginal		
	n	%	n	%	
Índice de Masa Corporal (kg/m²)					
Menor a 18 (Bajo)	15	2,2%	2	1,1%	0,322
De 18 a 25 (Normal)	252	36,8%	60	33,5%	
De 25 a 30 (Sobrepeso)	281	41,0%	71	39,7%	
Mayor a 30 (Obesidad)	137	20,0%	46	25,7%	
Antecedentes de Enfermedad Crónica					
No	531	77,5%	83	46,4%	0,001
Si	154	22,5%	96	53,6%	
Paridad					
Nulípara	18	2,6%	0	0,0%	0,001
Múltipara	553	80,7%	79	44,1%	
Gran Múltipara	114	16,6%	100	55,9%	
Antecedentes de Parto Instrumentado					
No	585	85,4%	168	93,9%	0,003
Si	100	14,6%	11	6,1%	

*Chi Cuadrado de Pearson

En la Tabla 3, se describen las indicaciones para ejecución de histerectomía y complicaciones posteriores a su realización en pacientes entre el año 2013 a 2018.

Las indicaciones más frecuentes para histerectomía por vía abdominal fue miomatosis uterina (75.3%), sangrado uterino anormal (11.2%), neoplasias malignas (8%) y obstétricos (4.1%), en tanto que, las principales indicaciones en pacientes sometidas a histerectomía vaginal fueron, prolapso genital (82.7%), sangrado uterino anormal (11.7%) y miomatosis uterina (3.9%), por lo que, estas diferencias entre grupos, son estadísticamente significativas.

La prevalencia de complicaciones en pacientes que fueron sometidas a histerectomía vaginal fue del 8.4%, en tanto que, la prevalencia de complicaciones relacionadas a histerectomía abdominal ocurrió en el 4.1%, siendo por tanto, significativamente menor a las presentadas en pacientes con abordaje vaginal.

El prolapso de cúpula vaginal, ocurrió en el 2.2% (n=15) de pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal, y en al menos el 16.8% en pacientes sometidas a histerectomía vaginal (n=30).

Tabla 3. Indicaciones y complicaciones relacionadas a histerectomía en pacientes intervenidas en el Hospital General Pablo Arturo Suárez entre el año 2013 y 2018

Variable	Tipo de Histerectomía				p*
	Abdominal		Vaginal		
	n	%	n	%	
Indicación de Histerectomía					
Neoplasia Maligna	55	8,0%	2	1,1%	0,001
Miomatosis Uterina	516	75,3%	7	3,9%	
Obstétricas	28	4,1%	1	,6%	
Prolapso Genital	5	,7%	148	82,7%	
Sangrado Uterino Anormal	77	11,2%	21	11,7%	
Otros	4	,6%	0	0,0%	
Complicaciones					
No	657	95,9%	164	91,6%	0,019
Si	28	4,1%	15	8,4%	
Ocurrencia de Prolapso de Cúpula Vaginal					
No	670	97,8%	149	83,2%	0,001
Si	15	2,2%	30	16,8%	

*Chi Cuadrado de Pearson

En la Tabla 4, se describen las características sociodemográficas de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía y que desarrollaron prolapso de cúpula vaginal. La prevalencia general de prolapso de cúpula vaginal fue del 5.2% (n=45).

Los prolapsos de cúpula vaginal, ocurrieron principalmente en pacientes cuya histerectomía fue realizada sobre los 46 años de edad, cuya prevalencia es del 91.2% en dicho grupo de edad, en relación a la prevalencia en menores de 46 años de edad, que fue solamente del 8.8%, por lo que, dicha diferencia es estadísticamente significativa.

No hubo diferencia en relación a la ocurrencia de prolapso genital en función de la etnia, sin embargo, hubo una mayor proporción de prolapso en pacientes indígenas (26.7%), frente a pacientes de la misma etnia, en el grupo de no ocurrencia de prolapso (11.7%),

La relación entre la ocurrencia de prolapso y el nivel de instrucción, se inclina principalmente a pacientes con analfabetismo (35.6%) y pacientes con nivel primario (53.3%), sin embargo, y a pesar de las diferencias significativas frente al grupo de no ocurrencia, se debe considerar que factores como la edad y el índice de masa corporal pueden influir en dicho resultado, por lo que, esta se considera un factor confusor a considerar en los análisis de riesgo.

Tabla 4. Descripción de los prolapsos de cúpula vaginal en función de las características sociodemográficas en pacientes sometidas a histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital General Pablo Arturo Suárez entre el año 2013 a 2018

Variable	Ocurrencia de Prolapso				p*
	No		Si		
	No	%	n	%	
Prevalencia	819	94,8	45	5,2	
Edad al momento de la histerectomía					
Menor a 46 años	414	50,5%	4	8,8%	0,001
Mayor a 46 años	405	49,5%	41	91,2%	
Etnia					
Blanca	3	0,4%	0	0,0%	0,061
Mestiza	668	81,6%	31	68,9%	
Negra	48	5,9%	2	4,4%	
Indígena	96	11,7%	12	26,7%	
Montubia	4	0,5%	0	0,0%	
Nivel de Instrucción					
Analfabeta	49	6,0%	16	35,6%	0,001
Primaria	353	43,1%	24	53,3%	
Secundaria	370	45,2%	5	11,1%	
Superior	47	5,7%	0	0,0%	

*Chi Cuadrado de Pearson

En la Tabla 5, se describen las relaciones entre las características clínicas, antecedentes patológicos y gineco-obstétricos con la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal entre el año 2013 a 2018.

Se evidencia una prevalencia significativamente mayor de prolapso de cúpula vaginal en pacientes con antecedentes de enfermedad crónica (62.2%), frente a pacientes sin dichas patologías, además, hubo mayor frecuencia de prolapso, en pacientes con antecedentes de multiparidad y gran multiparidad, mismas que significan el 100% de los casos (31.1% de prevalencia en múltiparas y 68.9% en gran múltiparas).

Los antecedentes de parto instrumentado, no parecen influir de forma significativa en la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal, dado el caso que, solamente el 4.4% de pacientes con este antecedente desarrollaron esta complicación a largo plazo.

En el caso de la indicación para la histerectomía, y por consiguiente del abordaje para su ejecución, se halló diferencias significativas de ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal, en pacientes cuya indicación de intervención fue el prolapso genital y la miomatosis uterina, y menos frecuente en pacientes con indicación por patología neoplásica maligna.

Por otro lado, las pacientes que fueron intervenidas por sangrado uterino anormal no muestran diferencias entre la ocurrencia o no ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal (13.3% y 11.2% respectivamente).

En relación a las características antropométricas, el 88.8% de prolapso de cúpula vaginal, se dieron principalmente en pacientes con sobrepeso y obesidad (20 casos por cada una), y en menor frecuencia en pacientes con bajo peso o índice de masa corporal normal.

Tabla 5. Descripción de la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal en relación a los antecedentes clínicos, ginecológicos-obstétricos e indicación de histerectomía, en pacientes intervenidas en el Hospital General Pablo Arturo Suárez entre el año 2013 a 2018

Variable	Ocurrencia de Prolapso				p*
	No		Si		
	No	%	n	%	
Antecedentes de Enfermedad Crónica					
No	597	72,9%	17	37,8%	0,001
Si	222	27,1%	28	62,2%	
Paridad					
Nulípara	18	2,2%	0	0,0%	0,001
Múltipara	618	75,5%	14	31,1%	
Gran Múltipara	183	22,3%	31	68,9%	
Índice de Masa Corporal (kg/m²)					
Menor a 18 (Bajo)	16	2,0%	1	2,2%	0,001
De 18 a 25 (Normal)	308	37,6%	4	8,9%	
De 25 a 30 (Sobrepeso)	332	40,5%	20	44,4%	
Mayor a 30 (Obesidad)	163	19,9%	20	44,4%	
Antecedentes de Parto Instrumentado					
No	710	86,7%	43	95,6%	0,084
Si	109	13,3%	2	4,4%	
Indicación de Histerectomía					
Neoplasia Maligna	54	6,6%	3	6,7%	0,001
Miomatosis Uterina	516	63,0%	7	15,6%	
Obstétricas	29	3,5%	0	0,0%	
Prolapso Genital	124	15,1%	29	64,4%	
Sangrado Uterino Anormal	92	11,2%	6	13,3%	
Otros	4	,5%	0	0,0%	

*Chi Cuadrado de Pearson

En la Tabla 6, se describen las características de ocurrencia de prolapso vaginal en relación al tiempo de evolución y la edad de aparición, en mujeres que fueron sometidas a histerectomía vaginal y abdominal.

El tiempo medio transcurrido entre la ejecución de la histerectomía en la ocurrencia del prolapso de cúpula vaginal es de 2 años (DE±: 1), y el tiempo de aparición de la sintomatología tras la histerectomía tiene una media de 1 año (DE±: 0.5), en tanto que, la media de edad al diagnóstico de prolapso es de 65.1 años (DE±: 12).

Tabla 6. Características de la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal en relación al tiempo de evolución y edad, en pacientes sometidas a histerectomía vaginal y abdominal en el Hospital General Pablo Arturo Suárez entre el año 2013 y 2018

Variable	Prolapso Cúpula Vaginal	
	n	%
Tiempo Transcurrido desde Histerectomía al Diagnóstico de Prolapso (años)		
Media	2	
Mediana	2	
Desviación Estándar	1	
Tiempo de Aparición de Sintomatología (años)		
Media	1,0	
Mediana	1,0	
Desviación Estándar	0.5	
Edad al diagnóstico del prolapso		
Media	65,1	
Mediana	66,0	
Desviación Estándar	12,0	
Tiempo Transcurrido desde Histerectomía al Prolapso		
Menor a 2 años	31	68,9%
Mayor a 2 años	14	31,1%
Tiempo de Aparición de Sintomatología		
Menor a 1 año	39	86,7%
Mayor a 1 año	6	13,3%
Grupos de edad al diagnóstico de prolapso		
Menor a 65 años	21	46,7%
Mayor a 65 años	24	53,3%

En la Tabla 7, se describe el análisis de factores de riesgo relacionados a la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal luego de un procedimiento quirúrgico para histerectomía.

La edad superior a los 45 años, muestra una relación directa con el incremento en el riesgo de desarrollar prolapso de cúpula vaginal, luego de un procedimiento de histerectomía, con un OR: 11.950 (IC95%: 4.267 – 33.459, $p=0.001$), en tanto que, la obesidad, incrementa el riesgo de desarrollo de prolapso de cúpula vaginal con un OR: 3.281 (IC95%: 1.842 – 5.843, $p=0.001$).

Los antecedentes de multiparidad y gran multiparidad, incrementan significativamente el riesgo de prolapso de cúpula vaginal, con un OR: 6.127 (IC95%: 3.352 – 11.201, $p=0.001$) y OR: 6.962 (IC95%: 3.803 – 12.746, $p=0.001$), respectivamente. Los antecedentes de patologías crónicas de base, incrementan el riesgo de prolapso de cúpula vaginal con un OR: 4.521 (IC95%: 2.511 – 8.139, $p=0.001$).

Respecto a los aspectos relativos a la técnica quirúrgica, el abordaje vaginal, incrementa el riesgo de ocurrencia de prolapso de cú-

pula vaginal con un OR: 8.367 (IC95%: 4.587 – 15.261, $p=0.001$), además, los antecedentes de histerectomía por prolapso genital y miomatosis uterina, incrementan el riesgo de prolapso posterior de la cúpula vaginal con un OR: 9.576 (IC95%: 5.261 – 17.428, $p=0.001$) y OR: 7.894 (IC95%: 3.791 – 16.439, $p=0.001$) respectivamente.

Tabla 7. Análisis de los factores de riesgo asociados a prolapso de cúpula vaginal en mujeres sometidas a histerectomía en el Hospital General Pablo Arturo Suárez, entre el año 2013 y 2018

Factor Asociado	OR*	IC** 95%		p
		Límite Inferior	Límite Superior	
Factores Clínicos y Demográficos				
Edad > 45 años	11,950	4,267	33,469	0,001
Sobrepeso	1,199	0,679	2,118	0,531
Obesidad	3,281	1,842	5,843	0,001
Multiparidad	6,127	3,352	11,201	0,001
Gran Multiparidad	6,962	3,803	12,746	0,001
Antecedentes de Enfermedad Crónica	4,521	2,511	8,139	0,001
Factores Quirúrgicos				
Histerectomía por abordaje vaginal	8,367	4,587	15,261	0,001
Histerectomía por Prolapso Genital	9,576	5,261	17,428	0,001
Histerectomía por Sangrado Uterino Anormal	1,259	0,551	2,876	0,585
Histerectomía por Neoplasia Maligna	1,181	0,357	3,911	0,785
Histerectomía por Miomatosis Uterina	7,894	3,791	16,439	0,001

*OR: Odds Ratio, **IC: Intervalo de Confianza

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la prevalencia general de prolapso de cúpula vaginal fue del 5.2%, que es mayor al encontrado por Espitia de la Hoz (2015) descriptive epidemiological study. The study included all adult, non-obstetric, females, who attended the outpatients and were treated in the La Sagrada Familia Department of Gynecology Clinic from 1 January 2009 to 30 June 2012. The medical records of the women to be included in the study were reviewed to confirm they fulfilled the selection criteria, as well as for the diagnosis and classification of disease. The risk factors associated with the development of genital prolapse were also assessed; ≤ 9 years of education, previous pelvic surgery, diabetes, age, episiotomy, constipation, occupational and recreational habits, hypothyroidism, prior hysterectomy, fetal macrosomia, menopause, multiparity, chronic lung disease, number of pregnancies (≥ 3 , en el que se encontró una prevalencia del 3.37% tras un estudio de seguimiento en 13.824 mujeres que fueron sometidas a histerectomía vaginal y/o abdominal.

En cuanto a los factores relacionados a la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal, en nuestro estudio se determinó que las mujeres con sobrepeso y obesidad presentar mayor riesgo de presentar dicha complicación con un OR: 3.281 (IC95%: 1.842 – 5.843,

$p=0.001$), y una prevalencia del 44.4% en el caso de mujeres con obesidad, lo cual, es similar a lo encontrado en una revisión sistemática ejecutada por Vergeldt, Weemhoff, IntHout, & Kluivers, (2015), en la que se describe que la prevalencia de prolapso de cúpula vaginal en mujeres con sobrepeso y obesidad oscila entre el 33 a 41.5%, con un OR: 2.6 (IC95%: 1.2 – 5.4%), lo que demuestra que, efectivamente, la presencia de este factor incrementa de forma significativa el riesgo de prolapso de cúpula vaginal.

En relación a la edad, en nuestro estudio se ha determinado que la edad superior a los 45 años, incrementa el riesgo de presentar prolapso de cúpula vaginal con un OR: 11.950 (IC95%: 4.267 – 33.459, $p=0.001$), que es mayor a lo encontrado en una revisión de 10 estudios longitudinales ejecutado por Vergeldt, Weemhoff, IntHout, & Kluivers, (2015), en el que se menciona que, la edad superior a los 50 años, se asocia a un incremento en la prevalencia del 17.1 a 29%, con un OR: 2.6 (IC95%: 2.0 – 3.4).

En cuanto a la etnia, en nuestro estudio no se determinó una correlación específica en cuanto a la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal, aunque, se evidenció que la mayoría de casos, ocurrieron en pacientes mestizas e indígenas, lo cual, difiere con lo encontrado por Vergeldt, Weemhoff, IntHout, & Kluivers, (2015), en el que se menciona que las mujeres hispanas (mestizas y autóctonas), tienen un riesgo significativa de ocurrencia con un OR: 4.3 (IC95%: 1.8 – 10.2), en relación a pacientes de etnia blanca o afroamericana.

En nuestro estudio, se determinó también que la mayor prevalencia de prolapso de cúpula vaginal se dio en pacientes con analfabetismo y estudios primarios (35.6% y 53.3% de los casos), que se relaciona a lo encontrado en la revisión sistemática por Vergeldt, Weemhoff, IntHout, & Kluivers, (2015), en la que se describe que, un bajo nivel educativo incrementa el riesgo de prolapso con un OR: 2.2 (IC95%: 1.1 – 4.2), asimismo, es similar a lo encontrado por Espitia de la Hoz, (2015) descriptive epidemiological study. The study included all adult, non-obstetric, females, who attended the outpatients and were treated in the La Sagrada Familia Department of Gynecology Clinic from 1 January 2009 to 30 June 2012. The medical records of the women to be included in the study were reviewed to confirm they fulfilled the selection criteria, as well as for the diagnosis and classification of disease. The risk factors associated with the development of genital prolapse were also assessed; ≤ 9 years of education, previous pelvic surgery, diabetes, age, episiotomy, constipation, occupational and recreational habits, hypothyroidism, prior hysterectomy, fetal macrosomia, menopause, multiparity, chronic lung disease, number of pregnancies (≥ 3 , en el que menciona que las mujeres con analfabetismo mostraron un riesgo mayor de prolapso con un OR: 2.93, (IC95%: 1.02 – 8.44, $p<0.05$).

Los antecedentes de enfermedad crónica, en nuestro estudio, incrementó el riesgo de prolapso de cúpula vaginal con un OR: 4.521 (IC95%: 2.511 – 8.139, $p=0.001$) y su prevalencia fue del 62.2%, lo cual, es similar mayor a lo encontrado por Espitia de la Hoz, (2015) descriptive epidemiological study. The study included all adult, non-obstetric, females, who attended the outpatients and were treated in the La Sagrada Familia Department of Gynecology Clinic from 1 January 2009 to 30 June 2012. The medical records of the women to be included in the study were reviewed to confirm they fulfilled the selection criteria, as well as for the diagnosis and classification of disease. The risk factors associated with the deve-

lopment of genital prolapse were also assessed; ≤ 9 years of education, previous pelvic surgery, diabetes, age, episiotomy, constipation, occupational and recreational habits, hypothyroidism, prior hysterectomy, fetal macrosomia, menopause, multiparity, chronic lung disease, number of pregnancies (≥ 3 , en la que menciona que al menos el 43.5% de los casos de prolapso ocurrieron en pacientes con antecedentes de enfermedad crónica, también, a lo encontrado por Vergeldt, Weemhoff, IntHout, & Kluivers, (2015), cuyo riesgo establecido en revisión sistemática fue un OR: 1.1 (IC95%: 0.5 – 2.1).

En cuanto a los antecedentes ginecológicos y obstétricos, en este estudio, se determinó que las mujeres con multiparidad y gran multiparidad, tiene un riesgo incrementado para prolapso de cúpula vaginal con un OR: 6.127 (IC95%: 3.352 – 11.201, $p=0.001$) y OR: 6.962 (IC95%: 3.803 – 12.746, $p=0.001$), que es similar a los hallazgos encontrados por Dällenbach, Kaelin-Gambirasio, Jacob, Dubuisson, & Boulvain, (2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases ($n=32$, en la que se describe que, el antecedente de multiparidad, incrementa el riesgo de prolapso con un OR: 5.03 (IC95%: 1.28 – 19.73, $p=0.02$) y el de gran multiparidad con un OR: 9.7 (IC95%: 3.0 – 50.1, $p<0.001$).

Además de los antecedentes de paridad, la historia previa de parto instrumentado, también se relaciona a un incremento del riesgo de prolapso de cúpula vaginal. En nuestro estudio, no se demostró diferencia significativa en la prevalencia de prolapso entre mujeres con antecedente de parto instrumentado (4.4% en pacientes con prolapso y 13.3% en pacientes sin prolapso), lo cual, es similar con lo encontrado por Espitia de la Hoz, (2015) descriptive epidemiological study. The study included all adult, non-obstetric, females, who attended the outpatients and were treated in the La Sagrada Familia Department of Gynecology Clinic from 1 January 2009 to 30 June 2012. The medical records of the women to be included in the study were reviewed to confirm they fulfilled the selection criteria, as well as for the diagnosis and classification of disease. The risk factors associated with the development of genital prolapse were also assessed; ≤ 9 years of education, previous pelvic surgery, diabetes, age, episiotomy, constipation, occupational and recreational habits, hypothyroidism, prior hysterectomy, fetal macrosomia, menopause, multiparity, chronic lung disease, number of pregnancies (≥ 3 cuya prevalencia de prolapso de cúpula vaginal en mujeres con antecedentes de parto instrumentado es del 6%, pero, diferente a lo encontrado por Forsgren, Zetterstrom, Lopez, & Altman, (2008), cuyo estudio describe que el riesgo de prolapso incrementa en mujeres con dicho antecedente, con un OR: 2.4 (IC95%: 0.9 – 6.5).

Por otro lado, el abordaje de la histerectomía, también se involucra en el incremento del riesgo de prolapso de cúpula vaginal, encontrando en nuestro estudio que, el abordaje vaginal incrementa el riesgo de prolapso de cúpula vaginal muestra un OR: 8.367 (IC95%: 4.587 – 15.261, $p=0.001$), lo cual, es similar a lo encontrado por Dällenbach, Kaelin-Gambirasio, Jacob, Dubuisson, & Boulvain, (2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases ($n=32$, donde el abordaje vaginal muestra un incremento el riesgo con un OR: 3.1 (IC95%: 1.8 – 5.3, $p<0.001$) y por Dällenbach et al., (2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases ($n=32$ en un estudio multicéntrico con 6214 mujeres, en el que se estableció que, el abordaje vaginal incrementa el riesgo con un OR: 3.9 (1.6 – 9.6, $p<0.001$).

La indicación para la ejecución de histerectomía, también se relaciona con un incremento en el riesgo de prolapso de cúpula vaginal. En nuestro estudio, se estableció que, la ejecución de histerectomía por diagnóstico de miomatosis uterina, incrementa el riesgo de prolapso con un OR: 9.576 (IC95%: 5.261 – 17.428, $p=0.001$), lo cual, es similar a lo encontrado por Dällenbach et al., (2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases (n=32, que establecen un riesgo de prolapso de cúpula vaginal en pacientes histerectomizadas por miomatosis uterina con un OR: 2.6 (IC95%: 0.2 – 15.9).

Además, en nuestro estudio, se ha establecido que, la histerectomía ejecutada por antecedentes de prolapso genital tiene un OR: 7.894 (IC95%: 3.791 – 16.439, $p=0.001$), que es similar, a lo en-

contrado por Dällenbach et al., (2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases (n=32, donde el riesgo por este antecedente muestra un OR: 4.9 (IC95%: 1.9 – 13.1).

En otros factores relacionados, en nuestro estudio se determinó que, la histerectomía ejecutada por sangrado uterinal anormal, incrementa el riesgo –aunque no de forma significativa- de prolapso de cúpula vaginal con un OR: 1.259 (IC95%: 0.551 – 2.876, $p=0.585$), mismo que equivalente al encontrado por Dällenbach et al., (2008) 214 women who underwent hysterectomy from 1982 to 2002. Cases (n=32, en donde se describe que el riesgo de prolapso con este diagnóstico tiene un OR: 2.3 (IC95%: 0.2 – 13.8, $p=0.29$).

CONCLUSIONES

La histerectomía por abordaje vaginal, se realizaron con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años (media: 63 años), en tanto que, las histerectomías por abordaje abdominal se realizan en mujeres más jóvenes, cuya media es de 44.5 años.

Hay una diferencia significativa en relación al abordaje de la histerectomía y la presencia de antecedentes de enfermedad crónica, donde, las histerectomías por vía vaginal se realizan con más frecuencia en este grupo de pacientes, mientras que, las histerectomías abdominales se realizan con mayor frecuencia en pacientes sin antecedentes, lo cual, puede relacionarse también a la edad en la que se ejecuta.

Los abordajes de histerectomía por vía abdominal fueron más frecuentes en pacientes multíparas, y menos frecuente en gran multíparas y nulíparas, en este caso, contrasta con la frecuencia de abordaje vaginal, la cual es, significativamente más frecuente en pacientes con antecedentes de gran multiparidad y multiparidad, dejando excluidas a pacientes nulíparas, en este abordaje.

Se notó que, los abordajes de histerectomía por vía abdominal fueron más frecuentes en pacientes con antecedente de parto instrumentado, frente a pacientes que fueron sometidas a histerectomía por vía vaginal.

La miomatosis uterina fue la indicación más frecuente para la ejecución de histerectomía abdominal, en tanto que, el prolapso genital fue la indicación más frecuente para la ejecución de la histerectomía vaginal. El sangrado uterino anormal, fue una indicación con similar frecuencia en ambos tipos de abordaje. Las neoplasias malignas, se abordaron principalmente por vía abdominal.

La tasa de complicaciones de los procedimientos quirúrgicos de histerectomía, fueron más frecuentes en pacientes con abordaje por vía vaginal, frente a los abordajes por vía abdominal.

La ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal fue más frecuente en el abordaje vaginal que, en los abordajes por vía abdominal.

La edad de ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal fue más frecuente en mujeres mayores de 46 años, lo cual, se relaciona también, con el tipo de abordaje en la histerectomía, que fue en su mayoría vaginal en este grupo de edad.

No se evidenciaron diferencias étnicas en relación a la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal, lo cual, difiere en relación a revisiones internacionales, en el que se menciona que las pacientes de etnia blanca, tienen mayor prevalencia de esta complicación.

En este estudio se determinó que las mujeres con menor nivel de instrucción, presentan mayor riesgo de prolapso de cúpula vaginal, lo cual, es similar a lo encontrados por revisiones sistemáticas y estudios de amplias cohortes de mujeres histerectomizadas.

El prolapso de cúpula vaginal, fue más frecuente en pacientes con antecedentes de enfermedad crónica, multíparas y gran multíparas principalmente.

El 90% de los casos de prolapso de cúpula vaginal se dio en pacientes con sobrepeso y obesidad, lo cual, es similar a lo hallado en estudios internacionales.

Los antecedentes de prolapso genital y miomatosis uterina, incrementa el riesgo de forma significativa de prolapso de cúpula vaginal en un periodo de 2 a 4 años.

El tiempo de aparición de los síntomas de prolapso de cúpula vaginal, se dieron entre 1 a 1.5 años, tras la histerectomía, tiempo que es mucho menor al referido en estudios internacionales, donde se menciona un lapso de 4 años.

Los factores de riesgo relacionados a edad sobre 45 años, obesidad, multiparidad, gran multiparidad y enfermedades crónicas, incrementan el riesgo de forma significativa para prolapso de cúpula vaginal.

El abordaje por vía vaginal, representa el mayor factor de riesgo asociado a técnica quirúrgica para el desarrollo de prolapso de cúpula vaginal.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones sobre registros, categorización del riesgo y educación al paciente

Se sugiere optimizar los registros respecto a eventos no esperados respecto a los procedimientos quirúrgicos, de tal manera se permita establecer las complicaciones más frecuentes, además de definir el grupo de pacientes con mayor morbilidad en relación al abordaje elegido.

Se recomienda determinar acorde a los resultados de este estudio, una estadificación de pacientes de riesgo alto, medio y bajo de prolapso de cúpula vaginal, de forma que, se permita establecer medidas preventivas, en especial, en técnica quirúrgica, que permitan reducir los eventos de prolapso de cúpula vaginal.

Se recomienda que tras el procedimiento quirúrgico, se realice un programa de educación en reconocimiento de los síntomas y signos de prolapso de cúpula vaginal, de tal forma, permita reducir el tiempo de latencia entre la aparición de los síntomas y la intervención de corrección, y por tanto, reducir las recurrencias.

Recomendaciones en técnica quirúrgica y reducción del riesgo en factores asociados

Se recomienda determinar un protocolo de manejo uniforme sobre desgarros perineales durante procesos de parto, en especial, en los de grado III y IV, que permita reducir las intervenciones posteriores por causa obstétrica.

En el caso de sangrado posparto, se recomienda establecer medidas preventivas previas a su presentación, y reducir así la incidencia de casos con resolución por histerectomía por causa obstétrica.

Se recomienda la disposición del uso de forceps y/o vaccums, para la atención de parto, con alto de riesgo de ser prolongado, con la finalidad de reducir la incidencia de prolapso genital a futuro.

Se aconseja, llegar a un consenso interno de modificación en la técnica quirúrgica, en especial, en el abordaje de histerectomía vaginal, en el que se realicen fijaciones de los segmentos de elevación (músculo elevador del ano) y fijación de fascia del arco tendineo, fascia pubovesical, fascia rectovaginal y ligamentos uterosacro, ligamento pubouretral, y la membrana perineal, alrededor de la cúpula vaginal, con la finalidad de reducir la incidencia de casos de prolapso.

En el caso de las indicaciones como miomatosis uterina y prolapso genital, se debe considerar individualizar los casos o establecer guías de manejo en la atención primaria de salud que permitan la prevención efectiva y tratamiento clínico cuando sea posible de las patologías antes mencionadas, con la finalidad de reducir tanto los procedimientos de histerectomía y sus complicaciones anexas

Se recomienda el entrenamiento en el abordaje de histerectomía abdominal por laparoscopia, mediante talleres y educación con técnica MISTELS, para la adquisición de habilidades en un periodo de 6 meses.

REFERENCIAS

- Bohlin, K. S., Ankardal, M., Lindkvist, H., & Milson, I. (2018). Factors influencing the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol*, 29, 81–89. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3446-9>
- Boyd, S. S., O'Sullivan, D., & Tulikangas, P. (2017). Use of the Pelvic Organ Quantification System (POP-Q) in published articles of peer-reviewed journals. *Int Urogynecol*, 1–5. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3336-1>
- Capmartin Salinas, R., & Celemin, M. (2012). *Guía de Manejo de Prolapso Genital (Vol. 1)*.
- Cherem, B. C., Christian, J., Bañales, H., & Rendón, A. C. (2012). Prolapso de la cúpula vaginal grado IV en paciente histerectomizada: caso clínico. *Anales Medicas*, 57(4), 332–338.
- Coolen, A. W. M., Bui, B. N., Dietz, V., Wang, R., Montfoort, A. P. A. Van, Mol, B. W. J., ... Bongers, M. Y. (2017). The treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol*, 28, 1767–1783.
- Dällenbach, P., Kaelin-Gambirasio, I., Jacob, S., Dubuisson, J. B., & Boulvain, M. (2008). Incidence rate and risk factors for vaginal vault prolapse repair after hysterectomy. *International Urogynecology Journal*, 19(12), 1623–1629. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0718-4>
- Descouvieres, C. (2015). Piso Pélvico Femenino. *Revista Chilena de Urología*, 80(2), 11–17.
- Espinal-Rodríguez, J. M., Espinal-Madrid, J. M., Sabillón-Vallejo, J. E., Bustillo-Fiallos, M., & Rosales, A. (2016). Prolapso de cúpula vaginal y su corrección. *Caso Clínico y Revisión de Literatura*. *Rev Med Hondur*, 84(2), 41–44.
- Espitia de la Hoz, F. J. (2015). Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: Estudio de casos y controles. *Urología Colombiana*, 24(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.003>
- Fairchild, P., Kamdar, N., Berger, M., & Morgan, D. (2017). Rates of colpexy and colporrhaphy at the time of hysterectomy for prolapse. *Am J Obstet Gynecol*, 214(2), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.053>
- Forsgren, C., Zetterstram, J., Lopez, A., & Altman, D. (2008). Risk factors for vaginal vault prolapse surgery in postmenopausal hysterectomized women. *Menopause*, 15(6), 1115–1119. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31817062a5>
- Gynaecologist, R. C. of O. and. (2015). Post-Hysterectomy Vaginal Vault Prolapse.
- Kowalski, J. T., Mehr, A., Cohen, E., & Bradley, C. S. (2018). Systematic review of definitions for success in pelvic organ prolapse surgery. *Int Urogynecol*, 24, 1–8.
- Leerasiri, P., Wachasiddhisilpa, P., Hengrasmee, P., & Asumpinwong, C. (2018). Relationship of degree of uterine prolapse between pelvic examination in lithotomy position with cervical traction and pelvic examination in standing position. *Int Urogynecol*, 1, 1–5.
- Petros, P., Liedl, B., Inoue, H., Sekiguchi, Y., Gold, D., Wagenlehner, F., & Haverfield, M. (2017). Update of the Integral Theory and System for Management of Pelvic Floor Dysfunction in Females Pelvic Floor Dysfunction in Females. *European Urology Supplements*, 738, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2017.01.001>
- Ramalingam, K., & Monga, A. (2013). Management of vault prolapse. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 15, 167–170. <https://doi.org/10.1111/tog.12029>
- Uzoma, A., & Farag, K. A. (2009). Vaginal Vault Prolapse. *Obstetrics and Gynecology International*, 1, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2009/275621>
- Vergeldt, T. F. M., Weemhoff, M., Int'Hout, J., & Kluivers, K. B. (2015). Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *International Urogynecology Journal*, 26(11), 1559–1573. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>
- Word, R. A., Schaffer, J. I., & Pathi, S. (2009). Pathophysiology of Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(3), 521–539. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.09.001>