



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**COLPOSUSPENSIÓN AL LIGAMENTO SACROESPINOSO
VERSUS COLPOSACROPEXIA EN EL TRATAMIENTO DEL
PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA 2015-2017**

PRESENTADA POR
PERCY CCOLLATUPA ALAGON

ASESOR
DR. JOSÉ SANDOVAL PAREDES

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ
2020**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**COLPOSUSPENCIÓN AL LIGAMENTO SACROESPINOSO
VERSUS COLPOSACROPEXIA EN EL TRATAMIENTO DEL
PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA 2015-2017**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
PERCY COLLATUPA ALAGON**

**ASESOR
DR. JOSÉ SANDOVAL PAREDES**

**LIMA, PERÚ
2020**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	7
2.3 Definición de términos básicos	13
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	14
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variables y su operacionalización	15
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	16
4.1 Tipos y diseño	16
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	17
4.4 Procesamientos y análisis de datos	17
4.5 Aspectos éticos	18
CRONOGRAMA	19
PRESUPUESTO	20
FUENTES DE INFORMACION	21
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Tabla de codificación de variables	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El prolapso de cúpula vaginal es un problema para la salud, al involucrar a gran mayoría de la población femenina (se estima hasta en 50% de las mujeres multíparas), y los síntomas, en gran medida, afectan la calidad de vida de las mujeres con prolapso de cúpula vaginal (1).

En nuestro país, se estima que las poblaciones femeninas representan el 50% a partir de los 45 años y 58% a partir de los 80 años. Se incrementa en la población adulta y se estima que, para el año 2050, represente 16% de la población total (2).

El prolapso vaginal es la protrusión de los órganos pélvicos, ya sea útero, vejiga o recto por debilitamiento de las estructuras pélvicas que, en su estado normal, soportan dichos órganos. En un estado inicial pueden ser asintomáticos, pero en prolapsos avanzados producen síntomas como presencia de cuerpo extraño en genitales, dolor pélvico, alteraciones para la micción, la defecación o las relaciones sexuales (3,4).

Se estima que el riesgo de una mujer a ser programada a una cirugía correctiva por prolapso vaginal a lo largo de su vida es 11% (5).

Se calcula que entre 32 y 43% de las mujeres sometidas a histerectomía, ya sea abdominal o vaginal presentarán algún tipo de disfunción del piso pélvico. Cabe recordar que la histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en las mujeres (6, 7).

Se estima que el prolapso de órganos pélvicos aparece en 0.2% a 1% del total de pacientes que fueron intervenidas a histerectomía (8, 9). Algunas publicaciones afirman que de nueve pacientes sometidas a histerectomía como tratamiento correctivo para prolapso vaginal, una se complica con prolapso de cúpula (10).

En el Perú, no se tiene un valor concreto con respecto a la verdadera prevalencia de esta patología en la población.

Una de las alternativas para la suspensión de la cúpula vaginal al sacro por vía abdominal en el tratamiento del prolapso vaginal total y el prolapso de cúpula es la colposuspension de la cúpula al ligamento sacroespinoso por vía vaginal.

La suspensión del prolapso de cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso ha sido descrita inicialmente por Sederl, en 1958, para luego ser difundida en los Estados Unidos por Randall y Nichols, en 1971. Posteriormente, Cruikshank y Cox promovieron la suspensión de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso como una medida profiláctica o terapéutica en casos incompetencia de los ligamentos suspensorios del útero (9). La tasa de éxito inicial es del 90% en la suspensión de cúpula vaginal, la cual se mantendrá hasta en el 80% después de cuatro años, con recurrencia de 0% a 12% (10).

No obstante, al ser una tasa de éxito, la colposuspension al ligamento sacroespinoso es elevada (81% a 100%), el aprendizaje es limitado en los sistemas de residencia de los Estados Unidos y de Europa como técnica quirúrgica.

La suspensión de la cúpula vaginal ofrece muchas ventajas sobre las demás técnicas quirúrgicas como menor tiempo operatorio, bajo costo, tiempo de recuperación rápida, el abordaje quirúrgico más accesible en pacientes con contraindicaciones médicas para la fijación de la cúpula vaginal al sacro por vía abdominal.

Las lesiones de estructuras neurovasculares adyacentes es una de las mayores desventajas de la colposuspension al ligamento sacroespinoso, como técnica quirúrgica realizada a ciegas. Se sabe que durante las intervenciones de colposuspension al ligamento sacroespinoso, las estructuras vasculonerviosas pudendas, el nervio ciático y los vasos glúteos podrían ser dañados. Para poder lograr evitar estas complicaciones es necesario conocer la anatomía de estas estructuras vasculonerviosas

Existe interés en los médicos residentes del hospital Loayza del área de ginecología por el prolapso de cúpula vaginal, debido a que se ha visto que hay un incremento

exponencial de esta patología con respecto al tiempo y que, además, las edades a las que se presenta es cada vez menor, por lo que es de interés conocer los factores predisponentes, identificar los factores de elección para poder utilizar la colposuspension con malla de polipropileno al ligamento sacroespinoso versus la colposacropexia abdominal, sus complicaciones post operatorias inmediatas, mejorar la experiencia y así ir mejorando el tiempo operatoria y la estancia hospitalaria.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad de la colposuspensión al ligamento sacro espinoso versus colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) 2015-2017?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la efectividad de la colposuspensiones al ligamento sacro espinoso versus colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal en el HNAL 2015-2017.

Objetivos específicos

Establecer las características clínicas y epidemiológicas del prolapso de cúpula vaginal.

Determinar la efectividad de la colposuspensiones al ligamento sacro espinoso en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.

Determinar la efectividad de la colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.

Establecer la diferencia de la efectividad de la colposuspensiones al ligamento sacro espinoso versus colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.

Determinar las complicaciones de la colposuspensiones al ligamento sacro espinoso versus colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.

Describir el tiempo operatorio de la colposuspensiones al ligamento sacro espinoso versus colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.

1.4 Justificación

Existen estudios que concluyen que en pacientes a las que se les realizó histerectomía por causas benignas incrementa el riesgo de un nuevo prolapso. El riesgo incrementa después de la cirugía vaginal. Las pacientes con histerectomías vaginales serían la primera causa para el prolapso de cúpula vaginal recidivante.

Si se deja de lado lo que se refiere al incremento de peso y ser tosedor como factor de riesgo para que esta se produzca, es importante determinar en qué tipo de pacientes son las que ocurren estas recidivas y poder orientar el tratamiento para prevenir y si fuera necesario recuperar la calidad de vida de la paciente para no tener necesidad de realizar una segunda intervención quirúrgica.

La colposuspensión al ligamento sacroespinoso, que es una estructura que va desde la espina ciática hasta el saco y es una banda generalmente gruesa de tejido fibromuscular, es una técnica efectiva como tratamiento quirúrgico para el prolapso de cúpula. Este procedimiento consta en la colocación una malla sintética hacia el ligamento sacroespinoso. Sus resultados, como logro, al final han sido buenos, del 85% al 90%.

La suspensión de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso ha sido ampliamente usada para reparar este defecto, es menos invasiva y puede resultar una opción aceptable para la corrección de este defecto. En el Hospital Loayza se realizan con malla de polipropileno sin haber presentado complicaciones reportadas.

Existe interés en los médicos residentes del hospital Loayza del área de Ginecología por el prolapso de cúpula vaginal, debido a que se ha visto que hay un incremento exponencial de esta patología con respecto al tiempo y que, además,

las edades la que se presenta es cada vez menor, por lo que es de interés conocer los factores predisponentes, identificar los de elección para poder utilizar la colposuspension al ligamento sacroespinoso con malla de polipropileno versus la colposacropexia abdominal, sus complicaciones posoperatorias inmediatas, mejorar la experiencia y así poder mejorar el tiempo operatoria y la estancia hospitalaria.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Se cuenta con el permiso a la jefatura del departamento de Ginecología del HNAL Para el retiro de las historias clínicas y su revisión.

Asimismo, este estudio es factible, ya que se cuenta con los recursos logísticos, informáticos y humanos que garanticen el desarrollo de la investigación sin dificultades.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Juárez (11), en 2018, realizó un estudio observacional analítico sobre la efectividad de suspensión al ligamento sacroespinoso comparado con la colpoplastia de Mc Call para prevenir el prolapso de cúpula en pacientes histerectomizadas, la recurrencia de prolapso de cúpula en pacientes sometidas a suspensión al ligamento sacroespinoso fue de 4.2% y 10.4% en pacientes que fueron sometidas a colpoplastia de Mc call. Se encontró que ambas técnicas tienen eficacia similar para prevenir el prolapso de cúpula.

En 2017, Lagos A (12) ejecutó, en 2017, un trabajo sobre colposacropexia al ligamento sacroespinoso en paciente con prolapso genital total, se empleó dispositivo de capio MT. El tiempo operatorio promedio es de 96 minutos +- 15 minutos, durante el seguimiento posoperatorio de los 11 pacientes controlados solo una presentó recidiva y en menor porcentaje presento dolor glúteo. Se concluyó que la colposuspension al ligamento sacroespinoso con dispositivo capio es una técnica quirúrgica efectiva, con una tasa baja de recurrencias y sin complicaciones importantes.

Sandoval I (13), elaboró, en 2015, una investigación retrospectiva y descriptiva observacional en pacientes con prolapso vaginal total en cirugía reconstructiva con uso de prótesis y fijación al ligamento sacroesopinoso. En cuanto a los resultados, la edad promedio fue 64 años, la morbilidad principal fue la obesidad, el antecedente quirúrgico ginecológico fue la histerectomía abdominal total e histerectomía vaginal. Las complicaciones intraoperatorias fueron el sangrado genital leve, hematoma de compartimiento anterior y, dentro de las complicaciones tardías, se encontró extruccion de malla, granuloma de sutura y dolor glúteo. Este estudio concluyó que la fijación al ligamento sacroespinoso es un procedimiento seguro y de baja morbilidad y sugiere realizar seguimiento a largo plazo para comparar con otras técnicas quirúrgicas.

En 2010, De Castro B (14) desarrolló un estudio prospectivo para verificar la eficacia de la fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso. Se encontró que esta técnica tiene alta tasa de curación y baja tasa de recurrencia y, además, los pacientes sometidos a esta técnica quirúrgica con presentaron complicaciones graves durante el intraoperatorio ni posoperatorio. Se concluyó que esta técnica quirúrgica tiene alta tasa de curación y baja tasa de morbilidad.

Luna M (15), Lorena Castillo Sáenz en el 2010 realizó un estudio prospectivo descriptivo sobre tratamiento y prevención del prolapso de cúpula vaginal mediante fijación al ligamento sacroespinoso, realizó seguimiento a un año posoperatorio mediante exploración física y aplicación de cuestionarios sobre calidad de vida. Se encontró baja tasa de recurrencia y mejoría significativa del prolapso de cúpula y en la calidad de vida de las pacientes sometidas a esta técnica quirúrgica. Se concluyó que esta técnica es efectiva en la prevención y tratamiento del prolapso vaginal.

2.2 Bases teóricas

Prolapso vaginal

Es un problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en todo el mundo, alterando su calidad de vida cotidiana y su vida sexual (1,2). Si bien la tasa de prevalencia del prolapso de cúpula vaginal es alta, alrededor del 50 - 60 % son totalmente asintomáticos y se los clasifica como un estadio inicial o estadio I, según el sistema de POP-Q, cuando son estadio II – III - IV, por lo general dan síntomas y requieren manejo quirúrgico de corrección (3,4). Este prolapso de órganos genitales se produce por alteración o defecto anatómico de la fascia endopélvica, la Internacional Continence Society las clasifica en tres compartimentos: anterior, posterior y apical.

El prolapso de compartimento anterior es el más frecuente y por lo general asociado con un defecto del compartimento apical (5), que involucra el descenso del cérvix o la cúpula vaginal en pacientes con antecedente de histerectomía, que corresponde un defecto en el nivel I de DeLancey, quiere decir que la alteración del prolapso genital se encuentra a nivel de los ligamentos cardinales y uterosacros (6,7).

Algunos autores estiman que la incidencia de prolapso de órganos pélvicos posterior en pacientes que se sometieron a histerectomía va desde 0,2 al 43%, siendo alta la incidencia si la histerectomía fue por prolapso de compartimento apical (8,9), DeLancey indica que la incidencia del prolapso de órganos pélvicos es de 0,5% después de una histerectomía, independientemente si la histerectomía fue por vía abdominal o vaginal (10). Estas variaciones que se encuentra en la literatura se les puede atribuir por las distintas técnicas operatorias que se utilizan (2).

La base del manejo quirúrgico del prolapso de cúpula vaginal es de mejorar los síntomas, restablecer la anatomía pélvica, mejorar la calidad de vida cotidiana y sexual (2). En cuanto al tratamiento del prolapso de cúpula vaginal, existen por lo menos 40 técnicas quirúrgicas, con muy variadas vías de abordajes, pero sin embargo todas estas técnicas quirúrgicas tienen una tasa de recurrencia del 5 a 10 % (11,12). A pesar de ello, la colposuspensión al ligamento sacroespinoso por abordaje vaginal tiene ventajas sobre otras técnicas como por ejemplo tiempo operatorio corto, menor estancia hospitalaria, una disminución de las complicaciones asociadas a la vía abdominal, menor sangrado operatorio (8, 13). Dentro de las complicaciones tenemos la del sangrado excesiva, lesión del nervio pudendo y ciático.

En cuanto a la técnica quirúrgica para manejo del prolapso de cúpula vaginal consiste en suspender la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso por abordaje vaginal.

2.3 Definición de términos básicos

Prolapso de cúpula: Presencia de prolapso vaginal después de haberse realizado una histerectomía.

Ligamento sacroespinoso: son ligamentos de forma triangular y que se insertan en cada lado en los bordes sacro cóxigeos laterales, pasan por delante del ligamento sacrociático mayor y termina en la espina ciática.

Ligamentos cardinales: Se extiende desde el cuello del útero y la zona superior de la vagina hacia las paredes de la pelvis

Ligamentos uterosacros: ligamento que asegura el útero al sacro posteriormente.

Colposacropexia abdominal: Es una técnica efectiva como tratamiento quirúrgico para el prolapso de cúpula vaginal.

POP-Q: Es un sistema de clasificación para los prolapsos vaginales.

Histerectomía: Operación quirúrgica que consiste en la extirpación total o parcial del útero

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

La corrección del prolapso de cúpula vaginal en pacientes que tienen antecedentes de histerectomía abdominal y /o vaginal mediante la técnica de colposuspensión al ligamento sacroespinoso con malla sintética, es una técnica efectiva y segura con menores complicaciones posoperatorias, menor tiempo operatorio, menor estancia hospitalaria y menor tiempo de recuperación y menor morbilidad de la paciente en comparación con las técnicas convencionales.

3.2 Variables

Variable independiente: Técnicas quirúrgicas: colposuspensión al ligamento sacro espinoso y colposacropexia

Variable dependiente: Efectividad y complicaciones de las técnicas quirúrgicas.

Variables intervinientes: La edad, sexo, raza, antecedente de histerectomía.

VARIABLE	DEFINICION	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA Y SUS VALORES	MEDIO DE VERIFICACION
Prolapso de cúpula	Presencia de prolapso vaginal después de habersele realizado una histerectomía	Cualitativa	Examen físico	Nominal	Presencia Ausencia	Historia clínica
Tiempo de aparición del prolapso de cúpula	Tiempo en años, al momento de aparición del prolapso de cúpula vaginal	Cuantitativa	Anamnesis	Razón		Ficha de evaluación
Numero de colposuspension al ligamento sacroespinoso	Cantidad total de cirugías tipo colposuspension al ligamento sacroespinoso realizadas durante el periodo de estudio	Cuantitativa	Registro de la cirugía en la historia clínica	Razón	1,2,3,4,etc.	Historia clínica
Factores de riesgo para la aparición de prolapso de cúpula vaginal.	Cualquier rasgo característica, que aumenta la probabilidad de sufrir el prolapso de cúpula vaginal	Cualitativa	Registro de antecedentes en la historia clínica	Nominal	Cirugía primaria antes de los 50 años. Sobrepeso. Multiparidad Histerctomia vaginal. Menopausia precoz	Ficha de evaluación
Incontinencia urinaria	Escape de orina involuntaria	Cualitativa	Registro de patología en la historia clínica	Nominal	Presencia Ausencia	Ficha de evaluación
Tiempo de cirugía	Tiempo de duración de la cirugía desde el inicio hasta el termino	Cuantitativa	Registro del tiempo en el reporte operatorio de la historia clínica	Razón		Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal.

Población de estudio

Pacientes que se someten a la cura de prolapso con las dos técnicas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante 2015-2017.

Tamaño de la muestra

Es toda la población de pacientes hospitalizadas en el área de ginecología del HNAL durante el periodo julio 2015 a julio de 2017, quienes presentaron prolapso de cúpula vaginal y se someten a la cura quirúrgica de prolapso con las dos técnicas.

Criterios de inclusión

Pacientes hospitalizadas por prolapso de cúpula vaginal que se sometieron a la cura quirúrgica mediante las técnicas de colposuspensiones al ligamento sacro espinoso y colposacropexia

Pacientes cuya historia clínica tengan información pormenorizada de la evolución posoperatoria.

Criterios de exclusión

Pacientes con prolapso recidivante y cirugía de suspensión previa.

Operadas con mallas no convencionales.

4.3 Técnica y procedimiento de recolección de datos

Se recolectará la información en un formulario diseñado por el autor del proyecto para la recolección de los datos, siguiendo el orden de la historia clínica para no perder información importante. Además, luego se pasará a una base de datos de Excel para poder utilizar la información y expresarlo en tablas y figuras para el informe final.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se procederá a realizar el baseado de batos en tablas de Excel y procesamiento de datos mediante el programa SPSS ver.25.0.

Procesamiento descriptivo: Tablas simples, se presentarán tablas de frecuencia univariada. Análisis de medida de tendencia central Media.

Se calculará la prevalencia puntual y razón de prevalencias.

Análisis inferencial, prueba Xi-cuadrado.

4.5 Aspectos éticos

El presente proyecto no presenta riesgo ni atenta con la ética de la investigación debido a que se revisaran las historias clínicas de forma anónima sin tener ni utilizar los nombres de las pacientes.

CRONOGRAMA

Pasos	2020										
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	X										
Aprobación del proyecto de investigación		X									
Recolección de datos			X	X							
Procesamiento y análisis de datos					X						
Elaboración del informe						X	X				
Correcciones del trabajo de								X	X		
Aprobación del trabajo de investigación										X	
Publicación del artículo científico											X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	150.00
Libros	250.00
Internet	300.00
Impresiones	400.00
Logística	500.00
Traslados	1000.00
TOTAL	2600.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002. 21(2):167
2. Jones KA, Shepherd JP, Oliphant SS, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. *Am J Obstet Gynecol*. 2010. 202(5):501.e1
3. Bradley CS, Nygaard IE, Brown MB, Gutman RE, Kenton KS, Whitehead WE, Goode PS, Wren PA, Ghetti C, Weber AM. Bowel symptoms in women 1 year after sacrocolpopexy. *Am J Obstet Gynecol*. 2007. 197(6):642.e1.
4. Brown J, Waetjen L, Subak L, Thom D, Van Den Eeden S, Vittinghoff E. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:712-6
5. Daniel Altman, MD, PhD; Christian Falconer, MD, PhD; Sven Cnattingius, MD, PhD; Fredrik Granath, PhD. Pelvic organ prolapse surgery following. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2008. 572.e1-572.e6
6. Lane FE. Repair of post-hysterectomy vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1962;20:72-7
7. Maher CF, Qatawneh AM, Dwyer PL, Carey MP, Cornish A, Schuller PJ. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse: a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004. 190:20–6.
8. Nygaard I, Brubaker L, Zyczynski HM, Cundiff G, Richter H, Gantz M, et al. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapsed. *JAMA*. 2013. 309:2016–24.
9. Siddiqui NY, Grimes CL, Casiano ER, Abed HT, Jeppson PC, Olivera CK, et al. Mesh sacrocolpopexy compared with native tissue vaginal repair: a systematic review and meta-analysis. *Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group*. *Obstet Gynecol*. 2015. 125:44–55.
10. Committee on Practice Bulletins—Gynecology and American Urogynecologic Society. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology*. 2017. e234–e250.

11. Juarez, Hashimoto. Effectiveness of sacrospinous ligament suspension vs Mac Call culdoplasty for the prevention of vaginal dome prolapse. 2018. Disponible en <http://doi.org/10.22497/acta> Medica Orreguiana Hampi Runa.
12. Lagos, Nehedham, Corrales, Laiz. Colpopexia al ligamento sacroespinoso con Capiro; cirugía, resultados y evolución de pacientes. 2017. Disponible en revista chilena de obstetricia y ginecología vol.82.
13. Sandoval, Hernández, Torres, Solano. Pelvic reconstructive surgery for severe genital prolapse using anterior prosthesis with sacrospinous ligament fixation. 2015.
14. De Castro, Palma, Riccetto, Herrmann, Bigozzi, Olivares. Impacto de la suspensión de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso sobre el compartimento anterior. 2010.
15. Luna, Castillo, Treviño, Gutiérrez, Saldívar, Garza, Guerrero, De La Garza. Fijación a ligamento sacroespinoso en el tratamiento y prevención del prolapso de cúpula vaginal

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
COLPOSUSPENSION AL LIGAMENTO SACROESPINO O VERSUS COLPOSACROPEXIA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2015-2017	¿Cuál es la efectividad de la colposuspension al ligamento sacro espinoso versus colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) 2015-2017?	<p>Objetivo general Determinar la efectividad de la colposuspension al ligamento sacro espinoso versus colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal en el HNAL 2015-2017.</p> <p>Objetivos específicos Establecer las características clínicas y epidemiológicas del prolapso de cúpula vaginal.</p> <p>Determinar la efectividad de la colposuspension al ligamento sacro espinoso en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.</p> <p>Determinar la efectividad de la colposacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.</p>	La corrección del prolapso de cúpula vaginal en pacientes que tienen antecedentes de histerectomía abdominal y/o vaginal mediante la técnica de colposuspension al ligamento sacroespinoso con malla sintética, es una técnica efectiva y segura con menores complicaciones posoperatorias, menor tiempo operatorio, menor estancia hospitalaria y menor tiempo de recuperación y menor morbilidad de la paciente en comparación con las técnicas convencionales.	Estudio observacional, analítico comparativo, retrospectivo, transversal.	<p>Es toda la población de pacientes hospitalizadas en el área de ginecología del HNAL durante el periodo julio 2015 a julio de 2017, quienes presentaron prolapso de cúpula vaginal y se sometieron a la cura quirúrgica de prolapso con las dos técnicas.</p> <p>Se recolectará la información en un formulario diseñado por el autor del proyecto para la recolección de los datos, siguiendo el orden de la historia clínica para no perder información importante. Además, luego se pasará a una base de datos de Excel para poder utilizar la información y expresarlo en tablas y figuras para el informe final.</p>	Ficha de recolección de datos

		<p>Establecer la diferencia de la efectividad de la colposuspensiones al ligamento sacro espinoso versus colposacrope xia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.</p> <p>Determinar las complicaciones de la colposuspensiones al ligamento sacro espinoso versus colposacrope xia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.</p> <p>Describir el tiempo operatorio de la colposuspensiones al ligamento sacro espinoso versus colposacrope xia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Filiación

Hcl.

Edad:

Procedencia: Lima ()

Provincia ()

Ocupación: Empleo: _____ Ama de casa ()

2. Síntomas principales

Tiempo de enfermedad (meses):

Sensación de bulto en vagina: Sí () no ()

Dolor pélvico: Sí () no ()

Infecciones urinarias: Sí () no ()

Escape de orina al pujar: Sí () no ()

Escape de orina al buscar baño: Sí () no ()

3. Antecedentes personales

FUR

Menopausia

G_P_ _ _ _

N.º partos vaginales

N.º cesáreas

Tratamiento hormonal de remplazo: Sí () No ()

4. Antecedentes médicos

HTA ()

DM ()

Asma ()

TBC ()

EPOC ()

5. Antecedentes quirúrgicos:

Fecha de histerectomía

Tipo de histerectomía:

Vaginal

Abdominal

6. Antropometría

Peso:

Talla

IMC

7. Exámenes auxiliares:

Hemoglobina pre sop

Incontinencia

- Urinaria de esfuerzo: Sí () no ()
- Urinaria de urgencia: Sí () no ()
- Urinaria mixta: Sí () no ()

8. Examen físico ginecológico

pop-q

Poscirugia:

Hb post sop

Complicaciones:

- Fiebre: Sí () no ()
- Itu: Sí () no ()
- Retención urinaria: Sí () no ()
- Apertura de cúpula vaginal: Sí () no ()