



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**FRECUENCIA DE RETENCIÓN URINARIA
COMO COMPLICACIÓN POST OPERATORIA
DE CIRUGIAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS
PÉLVICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA
ENERO 2017 – DICIEMBRE 2019**

AUTOR
**Dr. ABRAHAM ROGER HERQUINIO
QUINTANA**

ASESOR
Dr. JOSE ROJAS JAIMES

LIMA – PERU

2020

RESUMEN

La cirugía del piso pélvico asociado a la elección de un procedimiento quirúrgico depende de varias consideraciones como la presencia de prolapso, incontinencia urinaria, edad, peso, entre otros. Alrededor del 50% de mujeres desarrollaran algún grado de prolapso y su incidencia es de 1,6 cirugías por 1000 mujeres y esto puede aumentar a mayor edad.

La retención urinaria es una de las principales complicaciones de la cirugía ginecológica ya sea por corrección del prolapso de órganos pélvicos o de la incontinencia urinaria.

La importancia de presente consiste en proporcionar una fuente de información que se tiene como complicación post operatoria en el HNAL.

Objetivo: Determinar la frecuencia de retención urinaria como complicación post operatoria de cirugías de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de enero 2017 a diciembre 2019

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo.

Población: Todas las pacientes operadas por primera vez de cirugías de prolapso de órganos pélvicos asociado o no a incontinencia urinaria de esfuerzo de forma electiva durante el periodo enero 2017 a diciembre 2019 en el servicio de Ginecología del HNAL.

Recolección de Datos: Previa aprobación del encargado de las historias clínicas, se revisará, recolectará y llenará la Ficha de recolección de datos.

Instrumento: Ficha de recolección de datos.

Procedimiento y Análisis de Datos: Se utilizará el programa Excel 2010 y SPSS 26.0 para el procesamiento y análisis de datos.

Palabras Clave: Prolapso de órganos pélvicos, Cirugía vaginal, Retención urinaria

INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) es el descenso de los órganos pélvicos hacia o más allá de las paredes de la vagina (pared anterior, pared posterior y cuello uterino o cúpula vaginal después de la histerectomía).^{1, 2}

Estos trastornos son cada vez más frecuentes y afectan a un porcentaje cada vez mayor de mujeres según aumenta su edad, especialmente en la menopausia. Si bien la mortalidad por este trastorno es insignificante, hay una morbilidad o deterioro del estilo de vida importante que pueden asociarse con el prolapso.²

El descenso leve de los órganos pélvicos es común y no debe considerarse patológico. El POP solo debe considerarse un problema si causa molestias que interfieren las actividades diarias propias e íntimas.¹ Los síntomas incluyen presión pélvica, sensación de una protuberancia vaginal, retención/incontinencia urinaria y / o defecación difícil; algunas mujeres necesitan reducir el prolapso usando un dedo en la vagina para orinar o defecar. El tejido vaginal prolapso puede sobresalir, dando lugar a secreción crónica y sangrado por ulceración.³

El sistema POPQ es un sistema de clasificación de prolapso de órganos pélvicos objetivo y específico del sitio para la descripción y puesta en escena en las mujeres, involucra mediciones cuantitativas de varios puntos que representan el prolapso vaginal anterior, apical y posterior para crear un mapa "topográfico" de la vagina. Estos puntos anatómicos se pueden usar para determinar la etapa del prolapso.⁴ El prolapso de la pared anterior es el más frecuente y el que más recidiva y esto se presenta mayormente en mujeres de edad avanzada, multíparas de parto vaginal y con antecedente de histerectomía abdominal.⁵

El diagnóstico de POP se realiza con el examen pélvico utilizando el sistema de cuantificación de POP (POP-Q). El historial clínico también es importante para provocar síntomas asociados al prolapso, ya que el tratamiento generalmente está indicado solo para el prolapso sintomático.

Es ampliamente aceptado que alrededor del 50% de las mujeres presentarán prolapso, pero solo del 10 al 20% buscan evaluación para su condición. En la literatura actual, la prevalencia general de POP varía significativamente entre el 3% al 50% dependiendo de la definición utilizada. El POP se define y califica según los síntomas, la prevalencia es 3–6% en comparación con 41-50% cuando se basa en el examen, esto es debido a que el prolapso leve en el examen es frecuente y con frecuencia asintomático.⁶

Susan L Hendrix⁷ en su estudio sobre prolapso de órganos pélvicos encontró una frecuencia 14,2% de prolapso uterino, 34,3% de cistocele y 18,6% de rectocele. En post operadas de histerectomía el 32,9% presento cistocele y 18,3% rectocele. Así mismo la paridad y obesidad estuvieron fuertemente asociadas a esta patología.

Hay aproximadamente 300,000 cirugías POP cada año en los Estados Unidos.⁸ El costo directo de la cirugía supera los mil millones de dólares cada año. Un estudio observacional reciente señaló que más del 50% de las mujeres que se presentan para atención ginecológica de rutina tienen prolapso en estadio II o superior.¹

La incidencia de la cirugía POP es de 1.5 a 1.8 cirugías por cada 1,000 mujeres años. El 11% al 19% son intervenidos quirúrgicamente por prolapso o incontinencia entre los 80 y 85 años, y el 30% de éstas requerirán un procedimiento adicional de reparación del prolapso.⁹

En el estudio realizado por Jones A.K.¹⁰, las tasas de procedimientos quirúrgicos para pacientes hospitalizados por prolapso de órganos pélvicos disminuyeron del año 1979 al 2006. Esto se debe al descenso de cirugías por prolapso para mujeres menores de 52 años y descenso de histerectomías vaginales para afecciones benignas y empleo de otras técnicas para tratar patologías del piso pélvico; sin embargo, las tasas de procedimientos de prolapso en mujeres ≥ 52 años se han mantenido estables desde 1979-2006.

El manejo quirúrgico de las patologías del piso pélvico puede ser obliterativo o reconstructivo y se puede abordar por vía vaginal, abdominal, laparoscópica o combinación de las anteriores; siendo la vía vaginal la más usada (80-90%). Además es importante tener en cuenta que no hay un consenso sobre las indicaciones de cirugía ni sobre la mejor técnica a utilizar.^{11 12}

La cirugía reconstructiva para mujeres con prolapso consiste en una combinación de resuspensión del ápice vaginal y de las paredes vaginales anterior y posterior. La elección de un procedimiento quirúrgico primario para mujeres con POP depende de una variedad de consideraciones, que incluyen el sitio anatómico del prolapso, la presencia de incontinencia urinaria o fecal, el estado de salud y las preferencias del paciente. El fin de la cirugía es reposicionar y corregir la patología pélvica, aliviar los síntomas pélvicos, mantener la función sexual y reparar la incontinencia urinaria o fecal si es que presentase.

Las candidatas para la reparación quirúrgica de POP son mujeres con prolapso sintomático que no han tenido éxito o que han rechazado el tratamiento conservador. La cirugía reconstructiva para POP debe realizarse solo en mujeres que tienen prolapso sintomático, con pocas excepciones. La corrección quirúrgica de POP asintomática no tiene ningún beneficio conocido y agrega riesgos perioperatorios.

Entre las complicaciones post operatorias más frecuentes de las cirugías vaginales se tiene retención urinaria, infección urinaria, absceso a nivel de la cúpula vaginal, sangrado, dehiscencia de cúpula, fistulas vesico-vaginales, fiebre, entre otros.

Se define retención urinaria postoperatoria como la incapacidad total o parcial de evacuar la orina por la vejiga luego del retiro de sonda Foley y puede estar asociado o no a la presencia de globo vesical, disuria y dolor suprapúbico. Suele diagnosticarse cuando posterior al procedimiento quirúrgico existe la presencia de

orina residual de más del 100 cc. en la vejiga o más del 20% de orina con respecto al volumen total vesical. Esta complicación generalmente suele ser transitoria; sin embargo, en algunos casos puede prolongarse y si no se identifica y maneja con prontitud traería otras complicaciones como infección urinaria, disfunción vesical, daño del detrusor, hidronefrosis y daño renal, lo cual generaría una nefropatía crónica (especialmente en edades avanzadas).^{13 14 15}

La retención urinaria postoperatoria es una consecuencia frecuente de la cirugía ginecológica, especialmente en el manejo de incontinencia urinaria y POP. Los cambios postquirúrgicos asociados a la cirugía producen edema, inflamación y dolor. La reparación del prolapso también puede conducir a cambios en la unión uretra-vesical que pueden afectar la función miccional. Además, es más probable que la cirugía en los espacios vaginales y retropúbicos cause la interrupción de las ramas nerviosas perforantes, lo que lleva a una neuropatía transitoria, que puede afectar la sensación de vejiga y la micción.

Para la reparación quirúrgica del POP sin un procedimiento de incontinencia, la tasa de retención urinaria postoperatoria se ha encontrado en 29%, y en muchos casos las mujeres son sometidas a una combinación de procedimientos para tratar tanto la incontinencia como el prolapso, lo que probablemente aumenta su probabilidad de experimentar retención urinaria postoperatoria.¹⁶

Joakin Luna¹⁴, en su estudio Epidemiología del Prolapso Genital encontró que las cirugías con más complicaciones fueron la histerectomía vaginal (25.5%) y la operación de Kelly Clásico; y la complicación más frecuente fue retención urinaria (51.4%).

Quintana R.¹⁷, en su estudio Retención urinaria en post histerectomía vaginal y/o colpoplastia anterior, obtuvo como resultado la frecuencia de retención urinaria anual fue de 9.1% y que estas eran mayores de 50 años.

En nuestro medio no se cuenta con estudios sobre frecuencia de retención urinaria post operatoria en cirugías de prolapso de órganos pélvicos motivo por el cual consideramos importante realizar este estudio y de esta forma sentar un precedente estadístico que sirva para realiza e implementar conductas terapéuticas y futuros estudios.

OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Determinar la frecuencia de retención urinaria como complicación post operatoria de cirugías de prolapso de órganos pélvico en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de enero 2017 a diciembre 2019.

- **Objetivos específicos:**

- Describir las características epidemiológicas de la población en estudio.

- Identificar que patologías ginecológicas del piso pélvico se relaciona con retención urinaria como complicación post operatoria.
- Reconocer que tipo de procedimiento quirúrgico se asocia con retención urinaria como complicación post operatoria.
- Identificar si el grado de prolapso se asocia con retención urinaria.
- Determinar el tiempo operatorio de las cirugías vaginales relacionadas con retención urinaria como complicación.
- Determinar si el tiempo de retiro de sonda vesical post operatoria se relaciona con retención urinaria.

DISEÑO METODOLOGICO

- **Tipo de estudio:**

Se va a realizar un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal durante el periodo de enero 2017 a diciembre 2019.

- **Población:**

La investigación abarcará la totalidad de pacientes operadas de cirugías de prolapso de órganos pélvicos durante el periodo de enero 2017 a diciembre 2019 en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes que presentan prolapso de órganos pélvicos.
- Pacientes con POP e incontinencia urinaria de esfuerzo
- Pacientes intervenidas quirúrgicamente de forma electiva.

- **Criterios de exclusión:**

- Pacientes sometidas a cirugías de la pared posterior del piso pélvico.
- Pacientes con cirugías pélvicas y/o cirugías vaginales previas.
- Pacientes de historia de retención urinaria previa a la cirugía.
- Lesión vesical intraoperatoria.
- Pacientes con infección urinaria.
- Historias clínicas incompletas.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios para asignar valores	Instrumento de medición
Edad	Tiempo en años de vida desde el nacimiento hasta el ingreso al Hospital	Años referido por el paciente y escrito en la historia clínica	Cuantitativa	Nominal	Número de años referido por el paciente	Hoja de recolección de datos
Índice de Masa Corporal (IMC)	Es la relación entre el peso (Kg) y la talla (mts) que se utiliza para estimar la cantidad de grasa corporal de la persona y poder categorizarla dentro de un parámetro.	Normal: 18.8 – 24.9 Sobrepeso: 25 . 29.9 Obesidad:> o = 30	Cualitativa	Ordinal	Cociente entre el peso (Kg) sobre la talla (mt) al cuadrado	
Antecedente personal	Enfermedad medica crónica preexistente	HTA Diabetes Obesidad Otras	Cualitativa	Nominal	Si No	

Antecedentes Obstétricos	Número de gestaciones previas a la atención médica.	G_P_	Cuantitativa	Discreta	0 1 2 3 4 o más	Hoja de recolección de datos
Motivo de consulta	Razón o causa de búsqueda de atención médica	-	Cualitativa	Nominal	Descripción de molestia(s) referida.	
Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde el inicio de enfermedad hasta el ingreso al Hospital	Años de enfermedad	Cuantitativa	Continúa	Número de años referido en la Historia clínica	
Diagnóstico de Pre Operatorio	Patología ginecológica resultado de la evaluación clínica.	Grado de prolapso resultado de la utilización del sistema POPQ y la presencia o ausencia de incontinencia urinaria de esfuerzo.	Cualitativa	Ordinal	Resultado del sistema POPQ	

Tipo de Cirugía	Procedimiento quirúrgico realizado para la corrección del prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria	Cirugía realizada	Cualitativa	Nominal	Descripción de tipo de cirugía descrito en el reporte operatorio	Hoja de recolección de datos
Tiempo Operatorio	Tiempo transcurrido desde el inicio de la operación hasta el término del mismo.	Número de minutos utilizados en el acto operatorio	Cuantitativa	Continua	- <60 min - 60 – 120 min - >120 min	
Retención urinaria post SOP	Incapacidad total o parcial de evacuar la orina por la vejiga luego del retiro de sonda Foley.	Residuo post miccional > 100ml	Cualitativa	Nominal	Si No	
Retiro de Sonda Foley	Tiempo de retiro de la sonda Foley después de la cirugía	Número de horas transcurrido desde el post operatorio hasta el retiro de sonda Foley.	Cuantitativa	Discreta	Número de horas descrito en la historia clínica.	

Recolección de datos

El servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza cuenta con un libro de registro de todos los pacientes hospitalizados con sus respectivos diagnósticos. Se tomará del libro de registros la totalidad de pacientes operadas de cirugías de prolapso de órganos pélvicos y que fueron dadas de alta durante el periodo de estudio, luego se procederá a buscar las respectivas historias clínicas en el área de archivo del Hospital. Las historias clínicas serán revisadas por el investigador a cargo para asegurar que éstas cumplan con los criterios de investigación para luego el mismo investigador llene las fichas de recolección de datos. Las fichas serán codificadas en orden ascendente según el día, mes y año de procedimiento quirúrgico.

Procedimiento y Análisis de Datos:

Los datos obtenidos en la ficha de recolección de datos serán ingresados a una hoja de cálculo del programa Excel 2010 para la elaboración de la base de datos. El análisis de los datos se realizará con el programa SPSS versión 26.0 donde los datos serán plasmados en tablas de 2x2 para así poder obtener y extrapolar las conclusiones del estudio. Para nuestro estudio de tipo transversal se utilizará la medida de asociación Odds Ratio, con un intervalo de confianza del 95%. Se valorará la asociación entre variables por estadística inferencial mediante el Test Chi Cuadrado con un nivel de significancia estadística $p < 0.05$.

Aspectos Éticos del Estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional. La información que se obtiene para realizar este estudio proviene de la revisión de historias clínicas de forma retrospectiva de forma confidencial, por lo que se considera que no ofrece ningún riesgo para la identidad del paciente ni requiere el uso del consentimiento informado. Además se solicitará autorización al comité de ética tanto de la Universidad Peruana Cayetano Heredia como del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Presupuesto:

CONCEPTO	VALOR ECONÓMICO (nuevos soles)
Movilidad	100
Impresiones	100
Cuaderno de apuntes	20
Útiles de escritorio	50
Fotocopias	50
Viáticos	100
Imprevisto	200
TOTAL	620

Cronograma:

	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	Semana				Semana				Semana				Semana				Semana			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión teórica	■	■	■	■	■	■	■													
Elaboración del proyecto							■	■	■											
Presentación del Proyecto										■	■									
Recolección de información												■	■	■	■					
Procesamiento de datos																■	■			
Análisis de Información																		■	■	■
Informe final																				■

BIBLIOGRAFIA:

1. Pelvic Organ Prolapse. ACOG Practice Bulletin No. 176, abril de 2017. Volumen 129 - Número 4 - p e56-e72.
2. Howard W. Jones III, John A. Rock. *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. 11ª Edición. Wolters Kluwer. 2017. p 827-842.
3. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Prolapso de órganos pélvicos. *The Lancet*. 2007, 369 (9566): 1027-1038.
doi: 10.1016 / s0140-6736 (07) 60462-0
4. Bump RC, Mattiasson A, Kari B, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, Smith A. La estandarización de la terminología del prolapso de órganos pélvicos femeninos y la disfunción del piso pélvico. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996, 175 (1): 10-17.
doi: 10.1016 / s0002-9378 (96) 70243-0
5. Franklin J. Espitia de la Hoz. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Urología Colombiana*. 2015; 24: 12-18.
6. Barber MD, Maher, C. Epidemiología y evaluación de resultados del prolapso de órganos pélvicos. *Revista Internacional de Uroginecología*. 2013. 24 (11): 1783-1790.
doi: org/10.1007/s00192-013-2169-9
7. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 186 (6): 1160- 1166.
8. David Cohen S. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Rev. Med. Clin. Las Condes*. 2013. 24 (2): 202-209.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70151-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70151-2)
9. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003. 188 (1): 108-115.
doi: 10.1067 / mob.2003.101
10. Jones KA, Shepherd JP, Oliphant SS, Wang L, Bunker CH, Lowder, JL. Trends in inpatient prolapse procedures in the United State, 1979-2006. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010. 202 (5): 501.e1–501.e7.
doi: org/10.1016/j.ajog.2010.01.017
11. Suárez P, Arias B, Schlesinger, R, Cajigas, J. Cirugía reconstructiva de piso pélvico y procedimientos quirúrgicos anti incontinencia urinaria. ¿Es necesario el enfoque multidisciplinario? *Revista Urología Colombiana*. 2008. XVII (1): 101-107.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120483015>
12. Becerro CA, Aizpitarte GI, Díez II. Long-term pelvic floor prolapse surgery outcomes. *Prog Obstet Ginecol*. 2006. 49(12), 701–711.
doi: 10.1016/s0304-5013(06)72674-7

13. Buckley BS, Lapitan MCM. Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD008023.
Doi: 10.1002/14651858.CD008023.pub2.
14. Luna J. Epidemiología del prolapso genital. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 1985. 36(5): 307-322.
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1788>
15. Barbara L. Hoffman y col. Williams Ginecologia. Segunda:Edición. Mc Graw Hill.2014. pp 619-620.
16. Geller EJ. Prevention and management of postoperative urinary retention after urogynecologic surgery. International Journal of Women's Health. 2014. 6: 829-838.
doi: 10.2147 / IJWH.S55383
17. Quintana R. Retención urinaria en pacientes post histerectomía vaginal y/o colpoplastia anterior en la sala de ginecología enero 20003 – diciembre 2003, Heodra-Leon (Tesis). Nicaragua. 2005

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos de filiación:

Edad:

IMC (Kg/Mt²):

Antecedentes:

Personales: SI: ___ NO: ___

Tipo:

Obstétricos: G_ P_ _ _ _

Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad:

Diagnóstico de POPQ:

Diagnóstico pre operatorio:

Tipo de cirugía:

Tiempo Operatorio:

<60 min	60 – 120 min	>120 min

Retención Urinaria: SI ___ NO ___

Tiempo de retiro post operatorio de Sonda Foley (horas):