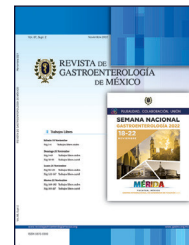




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 21 de noviembre de 2022

Misceláneos

Lun125

LA MEDICIÓN DE LA IMPEDANCIA BASAL DUODENAL EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL. ¿PODRÍA SER UN BIOMARCADOR?

A. A. Ortiz-Lorenzo, G. P. Martínez-Pérez, M. J. J. García-Carvajal, B. A. Priego-Parra, M. P. Lemus-Chavarría, M. Amieva-Balmori, A. Meixueiro-Daza, A. D. Cano-Contreras, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La integridad de la mucosa duodenal es indispensable para mantener las funciones esenciales del epitelio intestinal. En fecha reciente se ha descrito que la alteración de la función de barrera de la mucosa duodenal podría facilitar el paso de antígenos lumbales a través del epitelio, lo que podría inducir una inflamación de bajo grado y contribuir a los síntomas dispépticos. Gracias al uso de la medición de la impedancia esofágica intraluminal se sabe que los valores bajos de impedancia basal en el esófago pueden ser un sustituto de alteraciones de la integridad epitelial. El grupo de Sifrim et al., mediante una sonda de manometría duodenoyeyunal con impedancia, describió por primera vez que los pacientes con dispepsia funcional (DF) pueden tener cifras bajas de impedancia.

Objetivo: Evaluar y comparar los valores de impedancia duodenal en un grupo de pacientes mexicanos con DF, dispepsia orgánica y controles sanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y prolectivo en 13 pacientes con diagnóstico de DF de acuerdo con los criterios de Roma IV (52% mujeres, 39.7 ± 13 años), ocho pacientes con dispepsia orgánica (50% mujeres, 48 ± 23 años) y 13 controles sanos

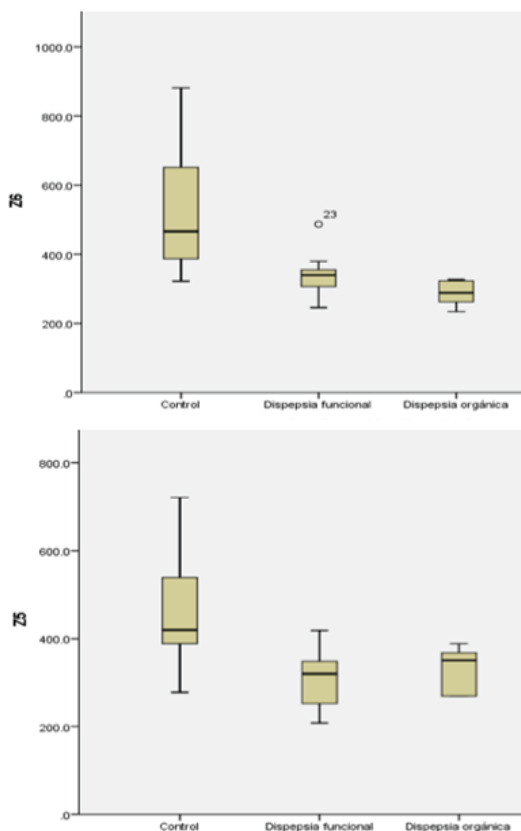
(77% mujeres, 40.5 ± 17 años). En todos los casos se realizó la medición de la impedancia duodenal mediante la siguiente técnica: a) antes de un ayuno de 8 h se les realizó endoscopia con sedación hasta identificar la segunda porción del duodeno; b) con posterioridad se pasó por el canal de trabajo un catéter con 6 anillos de impedancia (Z1-Z6, marca ComFortec ZAN-BG-44) que se avanzó 10 cm conectado a un equipo de monitoreo de pH/MII Diversatek; c) se realizó el lavado y se aspiró el duodeno de tal manera que la sonda se mantuviera en contacto con la mucosa de la segunda y tercera porciones del duodeno durante cinco minutos; d) se analizaron los registros durante los cinco minutos y se calculó la impedancia basal promedio en los canales Z5 y Z6 de forma manual. Se compararon los grados de impedancia registrados en los tres grupos.

Resultados: Los pacientes con DF tuvieron significativamente cifras más bajas de impedancia duodenal en los canales Z5 y Z6 (2da-3era porción del duodeno) que los pacientes controles ($p < 0.005$, Fig. 1). Un total de 7/13 pacientes con DF tuvo valores de impedancia basal por debajo del quinto cuartil de los controles sanos. Los pacientes con dispepsia orgánica (cuatro gastropatías por AINE, cuatro duodenitis inespecíficas) fueron los que tuvieron los valores más bajos de impedancia de los tres grupos ($p < 0.001$, Fig. 1).

Conclusiones: En este estudio se demostró que los pacientes con DF tienen cifras de impedancia por debajo de una población control y que esto produce alteración epitelial. Esto sugiere que la alteración de la mucosa del intestino delgado integridad puede desempeñar un papel importante en la fisiopatología de la DF. Además, indica que, a medida que se refinan las técnicas, las mediciones de la impedancia basal del intestino delgado podrían utilizarse teóricamente como un biomarcador para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con DF.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Niveles de impedancia (ohms) entre sujetos sanos, con dispepsia funcional y orgánica, en los canales Z6 y Z5, respectivamente. (Lun125)



Lun126

ASOCIACIÓN DE EOSINÓFILOS EN ÍLEON CON SÍNTOMAS ATÍPICOS DE DISPEPSIA

E. S. Yin-Bañuelos, A. Páez-Barrantes, A. G. Vega-Guerra, F. A. Félix-Téllez, E. Ruiz-Holguín, J. M. Avendaño-Reyes, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La inflamación gastrointestinal de bajo grado se ha relacionado con trastornos del eje cerebro-intestino y dispepsia funcional (DF); la eosinofilia duodenal se considera un mecanismo fisiopatológico que también ha demostrado correlacionarse con la gravedad sintomática y disminuir con medidas terapéuticas de la DF, como el uso de inhibidores de la bomba de protones. Sin embargo es poca la información que existe sobre la relación de eosinofilia gastrointestinal de otros segmentos del tubo digestivo y su nexa con la DF.

Objetivo: Determinar si existe diferencia en la proporción de eosinófilos ileales en relación con los síntomas dispépticos.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal para analizar la relación de eosinofilia ileal con síntomas dispépticos en la unidad regional de endoscopia avanzada GASTROMEDICAL en Mexicali, B.C. durante el año 2022. Se efectuó colonoscopia con colonoscopio Fujifilm EC 760 ZW, se obtuvo biopsia ileal y se aplicaron cuestionarios en los que se recabaron datos sociodemográficos, antecedentes médicos y síntomas dispépticos, así como su gravedad expresada en escala de Likert. El procesamiento y el análisis de las biopsias los llevó a cabo un médico certificado en anatomía patológica que registró la presencia de eosinófilos en cinco campos de

gran aumento (Eos/5 CGA). El conteo de Eos/5 CGA se sometió a un análisis de distribución con prueba de Kolmogorov-Smirnov y una prueba de Levene para igualdad de varianzas. Las diferencias en el conteo de Eos/5 CGA por síntomas dispépticos y la comparación entre pacientes con DF en comparación con aquellos sujetos que no la presentaban se efectuaron mediante prueba de Mann-Whitney y se consideró un valor de p estadísticamente significativo < 0.05. En pacientes que cumplieron criterios de DF, la diferencia en el conteo de eosinófilos ileales entre síndrome de alteración posprandial (SAP), síndrome de dolor epigástrico (SDE) y síndrome de sobreposición (SSP) se realizó mediante una prueba de Kruskal-Wallis y se consideró un valor de p estadísticamente significativo < 0.05. La correlación de gravedad sintomática con eosinofilia ileal se estudió mediante una prueba de Spearman y se consideró un valor de p estadísticamente significativo < 0.05. Los resultados se presentan en totales, medias, desviación estándar y porcentajes. El utilizó IBM SPSS v 21.

Resultados: Se incluyó a 77 pacientes con una edad media de 52 ± 13 años, con predominio del género masculino con 66.2% (n = 51) y 57.1% (n = 44) con diagnóstico de DF. En la DF predominó el SAP con un 45.5% (n = 20) seguido por el SDE con un 27.5% (n = 12) y SSP con un 27.5% (n = 12). El conteo de Eos/5 CGA mostró una distribución no normal ($p \leq 0.001$) y homocedasticidad. Al comparar el conteo de Eos/5 CGA en biopsias ileales en pacientes con DF con personas sin dicho diagnóstico no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.76$) y al comparar los diferentes grupos de DF con una prueba de Kruskal-Wallis tampoco se identificó una diferencia significativa ($p = 0.56$). Al realizar un análisis por síntomas mediante una prueba de Mann-Whitney se encontró que los pacientes con sensación de hambre molesta tienen una mayor proporción de eosinófilos ileales en comparación con aquellos pacientes que no tienen dicho síntoma (11.1 ± 6.69 vs. 6.67 ± 5.43 , $p = 0.001$) y también una correlación moderada con la gravedad sintomática con un coeficiente de correlación de 280 con $p = 0.006$ (Tabla 1).

Conclusiones: No se demostró una relación de dispepsia con los eosinófilos del íleon, pero sí con síntomas atípicos como la sensación de hambre molesta. La falta de nexa entre la eosinofilia ileal y la

Tabla 1. Comparación de conteo de eosinófilos por cinco campos de gran aumento en pacientes clasificados por síntomas dispépticos. (Lun126)

Síntoma	Presente (media, DS)	Ausente (media, DS)	p
Dolor epigástrico	5.94 ± 2.64	7.59 ± 6.30	0.71
Ardor epigástrico	5.64 ± 4.25	7.60 ± 6.01	0.13
Saciedad temprana	7.57 ± 6.01	7.13 ± 5.71	0.88
Plenitud posprandial	5.94 ± 3.60	8.18 ± 6.78	0.26
Pirosis	7.21 ± 5.03	7.27 ± 6.20	0.59
Regurgitación	6.72 ± 3.56	7.41 ± 6.29	0.68
Distensión abdominal subjetiva	6.70 ± 4.43	9.18 ± 8.94	0.48
Distensión abdominal objetiva	6.30 ± 4.37	8.86 ± 7.43	0.88
Eructos	4.73 ± 3.75	7.85 ± 6.01	0.007*
Náusea	6.80 ± 4.07	7.35 ± 6.12	0.69
Vómito	6.00 ± 0.00	7.28 ± 5.83	0.84
Sensación de vacío epigástrico	8.0 ± 6.07	7.06 ± 5.72	0.50
Sensación de hambre molesta	11.1 ± 6.69	6.67 ± 5.43	0.001*

*p < 0.005, Mann-Whitney.

dispepsia sugiere que la eosinofilia duodenal es un marcador de este trastorno y no de enfermedad eosinofílica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun127

HALLAZGOS DE NEUROIMAGEN EN PACIENTES SELECCIONADOS CON TERAPIA A LARGO PLAZO CON TACROLIMUS DESPUÉS DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

L. N. Toapanta-Yanchapaxi, G. T. Romero-Sánchez, I. García-Juárez, E. Chiquete, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El tacrolimus es un fármaco inmunosupresor utilizado para la prevención del rechazo del trasplante de órganos. Se han descrito varias complicaciones neurológicas vinculadas con el tratamiento con tacrolimus, desde efectos neurotóxicos leves hasta afecciones más graves.

Objetivo: Describir los hallazgos de la resonancia magnética cerebral en pacientes tratados con tacrolimus luego de un trasplante de órgano sólido.

Material y métodos: Se realizó una resonancia magnética cerebral en 22 pacientes que desarrollaron síntomas neurológicos mientras recibían tacrolimus en el periodo posterior al trasplante, y en ocho pacientes de control que también recibieron tacrolimus, pero sin síntomas neurológicos ni hallazgos físicos. Un neurorradiólogo clínicamente cegado revisó todos los estudios de neuroimagen. Los síndromes de neurotoxicidad vinculados con tacrolimus se clasificaron de acuerdo con las publicaciones médicas.

Resultados: Se analizó a un total de 30 pacientes (16 mujeres y 14 hombres) (mediana edad: 56.5 años, intervalo: 22-77 años): 14 (46.7%) pacientes trasplantados renales y 16 (53.3%) hepáticos. Las complicaciones neurológicas identificadas fueron convulsiones (20%), cefalea (16.7%), temblor (10%), disartria/afasia (6.7%), neuropatía periférica (6.7%) y depresión (3.3%). Se observaron anomalías cerebrales en todos (100%) los pacientes de control y en 19 (86.4%) que desarrollaron síndromes neurológicos ($p = 0.27$). Las anomalías más frecuentes fueron enfermedad de sustancia blanca (86.7%; Fazekas grado I en 60%, II en 20% y III en 6.7%, en especial en los lóbulos frontal y parietal), hemorragia subaracnoidea (6.7%) y hemorragia intracerebral (6.7%). El tiempo medio de exposición con tacrolimus en los casos de neurotoxicidad fue significativamente menor que en los controles (2.7 vs. 6.2 años, respectivamente, $p = 0.003$). No se observaron diferencias entre pacientes con o sin neurotoxicidad en los niveles medios (8.2 vs. 8.7 ng/mL, respectivamente; $p = 0.65$) o máximos (16.4 vs. 20.3 ng/mL, respectivamente; $p = 0.23$) de tacrolimus en sangre.

Conclusiones: El hallazgo de resonancia magnética cerebral más común relacionado con tacrolimus es la microangiopatía. Las alteraciones de la neuroimagen pueden ocurrir en ausencia de síndromes de neurotoxicidad y no se vinculan con las concentraciones de tacrolimus ni con el tiempo de exposición.

Financiamiento: El presente trabajo no recibió patrocinio.

Lun128

EGRESOS HOSPITALARIOS POR NEOPLASIAS MALIGNAS DE ÓRGANOS DIGESTIVOS EN MÉXICO DURANTE EL 2021

I. Marchan-Embarcadero, E. Lara-Lona, G. P. Pérez-Ramírez, G. Chávez-Saavedra, D. A. Díaz-Martínez, Departamento de Medicina y Nutrición, Campus León, Universidad de Guanajuato

Introducción: Las neoplasias malignas constituyen la tercera causa de muerte en México; los tumores malignos del aparato gastrointestinal son como grupo la primera causa de muerte por cáncer en México y los principales son colorrectal, gástrico, pancreático, hepático y esófago.

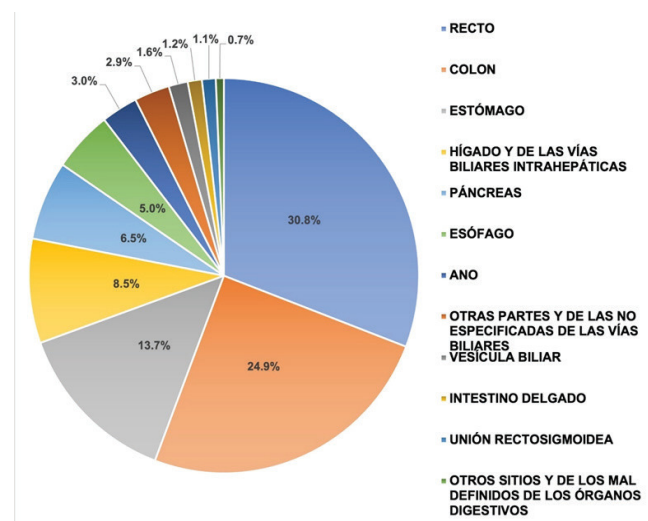
Objetivo: Describir el comportamiento epidemiológico de los egresos hospitalarios por neoplasias de órganos digestivos en México durante el 2021.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo, observacional y transversal, basado en registros del subsistema automatizado de egresos hospitalarios (SAEH) disponibles en la plataforma de cubos dinámicos del año 2021 de todo el país. Se analizaron las variables de sexo, edad decenal, defunciones y tipo de tumor maligno de los egresos hospitalarios cuyas causas básicas de atención fueron las neoplasias malignas de órganos digestivos (C15-C26) de la clasificación internacional de enfermedades 10 (CIE-10).

Resultados: Durante el 2021 se registraron más de 2 millones de egresos hospitalarios en el subsistema de salud para personas no derechohabientes en México y 15 714 (0.7%) correspondieron a neoplasias malignas del tubo digestivo, con 54% de hombres y 46% de mujeres. El mayor número de egresos informado fue por recto (30.8%), colon (24.9%) y estómago (13.7%) y el resto se localizó por orden decreciente en otros sitios: esófago, vesícula biliar, vías biliares, hígado, intestino delgado, colon, recto, ano y otros sitios (Fig. 1). El tumor maligno del recto fue la neoplasia más común tanto en hombres como en mujeres. Los tumores malignos de estómago, esófago, vesícula biliar, vías biliares, ano y páncreas se encontraron en mayor prevalencia en el grupo de edad de 60 a 69 años; los tumores de intestino delgado, colon y recto se hallaron con mayor frecuencia en el grupo de edad de 50 a 59 años. El tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas fue el más frecuente en la población de 0 a 19 años. De las defunciones hospitalarias registradas, el 23.8% fue por tumor maligno de colon, 19.1% estómago, 18.6% hígado y vías biliares intrahepáticas y el resto por otras neoplasias malignas digestivas. La tasa de mortalidad hospitalaria fue de 4.4%.

Figura 1. Proporción de egresos hospitalarios por neoplasias malignas de órganos digestivos en México durante el 2021. (Lun128)

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma de cubos dinámicos SAEH, 2021, disponible en: http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosaeh2021_plataforma.html



Conclusiones: El cáncer colorrectal es la segunda neoplasia maligna más frecuente del mundo y la primera en el grupo de neoplasias malignas de órganos digestivos. En este análisis se encontró que el 57% de los egresos se debió a cáncer colorrectal y fue también la principal causa de defunciones hospitalarias; se registró un ligero predominio del sexo masculino y un número considerable de egresos en pacientes de 50 a 59 años. Los tumores malignos de estómago, hígado y vías biliares intrahepáticas, páncreas y esófago representan un número considerable también, con aumento de la incidencia en adultos mayores. Algo interesante que se encontró fue que los tumores malignos de hígado y vías biliares intrahepáticas fueron neoplasias digestivas más frecuentes en la edad pediátrica que en la edad adulta. Con estos datos es importante realizar estudios a profundidad con fuentes primarias para analizar los factores de riesgo y métodos de detección temprana para reducir el número de defunciones ocasionadas por estas anomalías.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun129

CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES PRIMARIOS Y PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA Y ELECTIVA

S. Camacho-Hernández, D. Ramírez-León, I. Valderrama-Bastida, A. J. Romero-Rojo, J. Reyes-Méndez, I. D. Acevedo-Castañeda, E. Altamirano-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La calidad de vida se ha utilizado para evaluar procedimientos quirúrgicos como la fractura de cadera (Musculoskelet Surg. 2022 jul 7. doi: 10.1007/s12306-022-00753-y) o de espina vertebral (J Neurosurg Spine. 2019 Mar 1: 1-6. doi: 10.3171/2018.11. SPINE181031). Sin embargo, no se ha valorado en cuidadores primarios ni en pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia (CxU) y electiva (CxE).

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de cuidadores primarios y pacientes sometidos a CxU y CxE en comparación con controles normales.

Material y métodos: Se evaluó la calidad de vida por medio del cuestionario Forma corta-36 (Short form-36, SF-36) de pacientes sometidos a CxU [n = 50, 56% mujeres, 36.28 ± 13.12 (32.64-39.92) años] y CxE [n = 38, 55% mujeres, 40.87 ± 13.79 (36.49-45.25) años] a

quienes se comparó con controles [n = 58, 82% mujeres, 37 ± 17.64 (32.46-41.54) años]. Los datos expresan el promedio ± desviación estándar y los intervalos de confianza al 95% o porcentajes, según correspondiera. La comparación se realizó por medio de la prueba t de Student pareada y no pareada de dos colas con un alfa = 0.05.

Resultados: Los pacientes de CxU tuvieron procedimientos para apendicectomía (38%), colecistectomía (36%), laparotomía (14%), plastia umbilical (8%) e inguinal (4%). Los pacientes de CxE se sometieron a procedimientos para colecistectomía (39%), plastia inguinal (34%), umbilical (18%), de pared (3%) y laparotomía (5%). Sólo el 8% en ambos grupos tuvo complicaciones leves que se solucionaron en los siguientes días a la cirugía. No hubo defunciones. Como se muestra en la **Figura 1**, los pacientes CxU y CxE tuvieron puntuación más baja en los dominios físicos con respecto a los controles, pero no en los dominios de salud mental, rol emocional, vitalidad y salud general. El rol físico se observó muy disminuido en pacientes CxE. Los cuidadores primarios mostraron mejor calidad de vida en todos los dominios comparados con sus respectivos pacientes y similar puntuación con los controles; sólo se observó una mayor puntuación en vitalidad de los cuidadores primarios de pacientes CxE respecto de los controles.

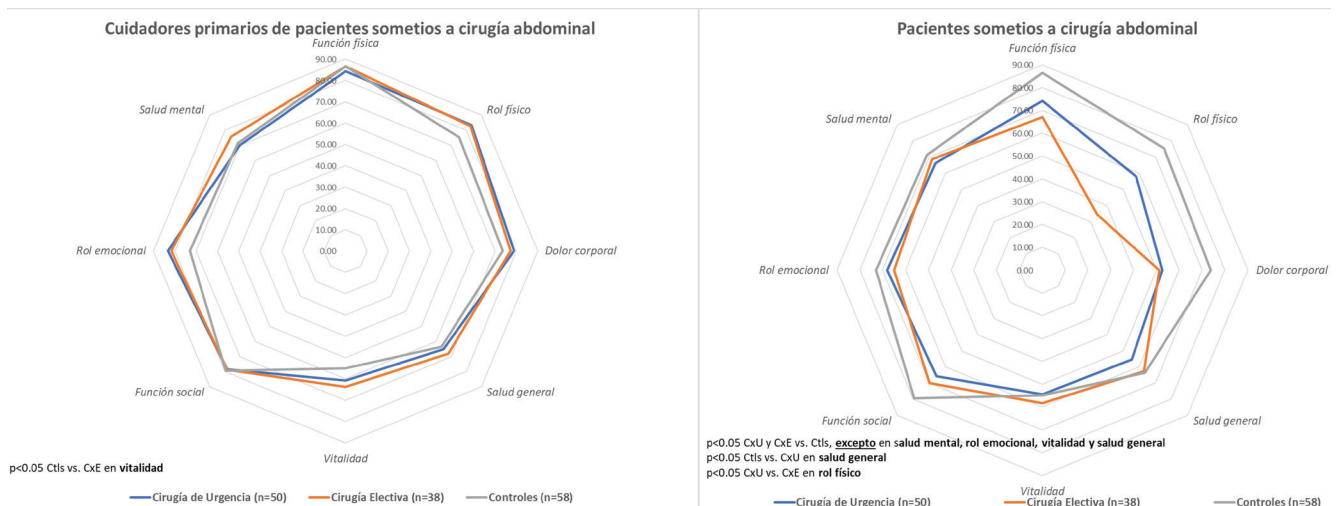
Conclusiones: Estos hallazgos evalúan por primera vez el bienestar subjetivo de cuidadores primarios y pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia y electiva. Se observa la disminución de los puntajes orgánicos, pero no de los mentales, de lo cual se infiere que estos pacientes quirúrgicos tienen una afectación más física que psicológica. Estos resultados también muestran que los cuidadores primarios tuvieron puntajes más altos en vitalidad que los controles normales el mes anterior a la cirugía electiva. Este sería un avance para estudiar el afrontamiento de cuidadores primarios ante cirugías electivas y ello sugiere que los mecanismos iniciales explicarían el posible desgaste psicológico posterior (burnout).

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun130

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO RECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO. EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Figura 1. Calidad de vida de los cuidadores primarios y pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia (CxU), electiva (CxE) y controles normales (Ctls). (Lun129)



H. E. Estrada-González, M. Aceves-Valdez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, T. Navarrete-Cruces, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El prolapso rectal (PR) es una afección poco frecuente de fisiopatología imprecisa, pero incluye un trastorno del piso pélvico; además, es una enfermedad con un gran efecto en el estilo de vida de los pacientes. De manera característica ocurre en mujeres adultas mayores, pero puede aparecer en hombres y mujeres de todas las edades. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes figuran la incontinencia fecal, estreñimiento y sensación de cuerpo extraño a nivel del recto.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, tratamiento quirúrgico y desenlaces de los pacientes con prolapso rectal en un hospital de tercer nivel de atención en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, relacional y analítico en el que se incluyó a 47 pacientes con el diagnóstico de prolapso rectal atendidos de forma consecutiva en el área de hospitalización del servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, en el periodo comprendido entre enero de 2017 y diciembre de 2021. Se recolectaron las características clínicas y demográficas de cada uno de los pacientes incluidos (género, edad, comorbilidades, tabaquismo, estreñimiento, incontinencia fecal). Se documentó también el procedimiento quirúrgico empleado para corregir el PR, las reintervenciones quirúrgicas y el número de recurrencias por la anomalía. El grado de prolapso rectal se clasificó mediante la escala de Oxford. La gravedad de la incontinencia fecal se midió con la escala de Wexner. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 26.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de los pacientes con prolapso rectal se describen en la **Tabla 1**. En este centro hospitalario, el prolapso rectal representó el 0.88% de las hospitalizaciones en el periodo de estudio (47/5 290 hospitalizaciones). De los 47 pacientes con prolapso rectal, sólo dos necesitaron reintervención en el mismo internamiento, y el 23.4% (11) de los pacientes tuvo recurrencia del PR. No se identificó relación o correlación entre la edad, tabaquismo o comorbilidades con el grado de PR de los pacientes estudiados. Sin embargo, se reconoció una correlación positiva con el grado de prolapso rectal y la incontinencia fecal ($r = 0.32$, $p = 0.02$). No se halló vinculación entre la edad, tabaquismo, comorbilidades o grado de PR y la recurrencia del PR, pero sí se identificaron diferencias entre el procedimiento quirúrgico practicado y la recurrencia del PR ($p = 0.002$); el procedimiento más frecuente en el grupo de las recurrencias es la técnica de Delorme (54.2%).

Conclusiones: El PR representó menos del 1% de las hospitalizaciones en este centro en los últimos cinco años. Esta afección se relaciona casi siempre con incontinencia fecal y estreñimiento. La incontinencia fecal se correlacionó con el grado de PR. El procedimiento quirúrgico efectuado con mayor frecuencia para la corrección del PR fue la rectopexia ventral laparoscópica. La recurrencia posterior al tratamiento quirúrgico del PR fue de 23.4%.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Lun130)

Variable	n = 47
Género, n (%)	
Femenino	40 (85.1)
Edad, años ± DE	62 ± 20.04
Mínima-máxima	19 - 93
Comorbilidades, n (%)	
Sin comorbilidades	21 (44.7)
HAS	12 (25.5)
DM2+ HAS	03 (06.4)
DM2	02 (04.3)
Traumatismo raquímedular	02 (04.3)
ERC	01 (02.1)
Vejiga hiperreactiva	01 (02.1)
Malformación anorrectal	01 (02.1)
Demencia	01 (02.1)
Síndrome de Sjögren	01 (02.1)
Esquizofrenia	01 (02.1)
Enfermedad de Ehlers-Danlos	01 (02.1)
Tabaquismo, n (%)	14 (29.8)
Grado de prolapso	
Clasificación de Oxford, n (%)	
I	01 (02.1)
II	03 (06.4)
III	10 (21.3)
IV	05 (10.6)
V	28 (59.6)
Estreñimiento, n (%)	
Presente	14 (29.8)
Ausente	33 (70.2)
Puntaje Escala de Wexner	
Incontinencia fecal	09 (0-16) *
Procedimiento quirúrgico, n (%)	
Rectopexia posterior laparoscópica	12 (25.5)
Rectopexia ventral abierta	08 (17.0)
Procedimiento de Delorme	07 (14.9)
Rectopexia ventral laparoscópica	06 (12.8)
Procedimiento de Altemeier	06 (12.8)
Colporrectopexia abierta	03 (06.4)
Rectopexia posterior abierta	02 (04.3)
Mucosectomía	01 (02.1)
Procedimiento de Tiersch	01 (02.1)
Colporrectopexia laparoscópica	01 (02.1)
Uso de malla, n (%)	
Sí	22 (46.8)
No	25 (53.2)
Necesidad de reintervención, n (%)	02 (4.3)
Recurrencia, n (%)	11 (23.4)

HAS, hipertensión arterial sistémica; DM2, diabetes mellitus tipo 2; ERC, enfermedad renal crónica. *El resultado se expresa en mediana y rango intercuartílico.