

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA**



**“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
POSTOPERADAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS”**

POR

DR. JOSE ANTONIO RUIZ ESPARZA MOTA

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
SUBESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA**

FEBRERO 2024

**VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
POSTOPERADAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS**

Aprobación de la Tesis:



Dr. Eduardo Noé Nava Guerrero
Director de Tesis
Jefe de la División de Enseñanza del Hospital Regional Materno Infantil



Dr. Filiberto Martínez Cabrales
Jefe del Servicio de Urología Ginecológica del Hospital Regional Materno
Infantil



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA y AGRADECIMENTOS

A mis maestros, familia, amigos, conocidos, todo el personal que me ayudo a lo largo de esta senda de formación médica, quiero agradecerles profundamente por ser participes en este proyecto de formación, ya que sin ellos no hubiera sido posible, agradezco la oportunidad de ser parte de esta escuela, ahora con esta nueva formación podre ofertar nuevas terapéuticas, mejor enfocadas y siempre con la alegría de servir a las pacientes para mejorar su calidad de vida.

El camino para llegar a este objetivo no se ha mostrado sencillo, pero confío que todo estará planeado para ser mejor, para forjarme, porque no es fácil el querer superarse, siempre habrá dificultades, pero en silencio y con mucha paciencia se que ya estamos en el camino correcto. Finalmente, a la persona mas importante en mi vida... mi Madre, gracias por apoyarme en todo momento, por ser la fuente de inspiración para no rendirme, para darlo todo, para demostrar lo bueno que podemos ser, por siempre gracias. Solo me resta prometer que utilizaré todos los nuevos conocimientos, habilidades, destrezas, capacidades adquiridas en este posgrado y con la mayor vocación, dedicarme a atender a las pacientes, a toda persona cuya necesidad en salud me sea permitido atenderle. Por todo y muchas cosas más, gracias, gracias vida, ¡Gracias a todos!

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I. Resumen.....	1
Capítulo II. Marco teórico	3
Capítulo III. Hipótesis	64
Capítulo IV. Objetivos	65
Capítulo V. Material y métodos	66
Capítulo VI. Resultados	79
Capítulo VII. Discusión.....	85
Capítulo VIII. Conclusión	91
Capítulo IX. Referencias.....	92
Capítulo X. Anexos	1213
Capítulo XI. Resumen autobiográfico.....	1322

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características preoperatorias de las pacientes.	79
Tabla 2. Técnicas quirúrgicas empleadas en las pacientes.	80
Tabla 3. Evaluación POP-Q y estadio del prolapso antes y después de la cirugía.	811
Tabla 4. Asociación de las características preoperatorias con la recurrencia del prolapso al postoperatorio.	82
Tabla 5. Asociación de las técnicas quirúrgicas con la recurrencia del prolapso al postoperatorio.	83
Tabla 6. Comparación de los puntajes de calidad de vida antes y después de la cirugía de prolapso de órganos pélvicos.	84

Capítulo I. Resumen

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos ocurre debido a la debilidad de los tejidos de soporte de los órganos pélvicos, lo que resulta en un prolapso de las paredes anterior y/o posterior de la vagina, el útero (cérvix) o el ápice vaginal. (bóveda vaginal o manguito) cicatrices de histerectomía). La incidencia de la EPOC está aumentando actualmente debido al aumento de la esperanza de vida y las tasas de natalidad en las zonas de bajos ingresos. Las intervenciones quirúrgicas incluyen la reparación mediante tejido nativo o malla, así como procedimientos mínimamente invasivos como la laparoscopia o técnicas robóticas, que son cada vez más populares. Es de mucha relevancia evaluar el impacto sobre la calidad de vida posterior a la cirugía para demostrar una complicación importante para las pacientes. Sin embargo, los estudios de calidad de vida para prolapso de órganos pélvicos son muy diversos, con diferentes métodos, instrumentos y seguimientos.

Objetivo: Valorar la calidad de vida de las pacientes postoperadas de prolapso de órganos pélvicos y su asociación con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos.

Material y métodos: Investigación clínica, transversal y observacional con registro de datos. Se incluyeron pacientes postoperadas de prolapso de órganos pélvicos, en el Hospital Materno Infantil de Nuevo León en el periodo Marzo 2021 a Febrero 2023 a las cuales se les realizó un cuestionario de calidad de vida para el prolapso de órganos pélvicos PQoL antes y después a la intervención quirúrgica autoaplicado o por llamada telefónica guiado a través del investigador principal. Como objetivo secundario se evaluó la escala de POP-Q antes y después de la cirugía para correlacionar con la encuesta de satisfacción.

Resultados: Se analizaron un total de 68 encuestas, con una media de edad de 55.9 ± 10.3 años. Documentamos que las pacientes presentaron una mejoría en los puntajes de calidad de vida de todas las dimensiones evaluadas por medio del instrumento PQoL al postoperatorio ($P < 0.001$). Se observó prolapso anterior en 54 (79.4%), apical en 35 (51.5%) y posterior en 14 (20.6%) casos. Se encontró un cambio en todas las mediciones por POP-Q de manera significativa ($P < 0.001$ en todas las mediciones), a excepción de cp ($P = 0.293$). Sin embargo, 8 (12.3%) pacientes presentaron recurrencia del prolapso, de las cuales 5 casos fueron asintomáticas y 3 sintomáticas. De manera significativa, encontramos que las pacientes que recurrieron tuvieron un menor IMC (25.2 vs. 28.1 kg/m², $P = 0.046$) y tenían un menor peso (59.2 vs. 67.3 kg, $P = 0.029$).

Conclusión: En nuestro estudio, en general, documentamos una mejoría en los puntajes de calidad de vida de todas las dimensiones evaluadas en el PQoL. Se requiere un estudio que permita dilucidar el tipo de cirugía con mayor impacto para los pacientes.

Capítulo II. Marco teórico

1. Marco teórico

El prolapso (del latín: prolapso - "deslizarse hacia adelante") es la caída, el deslizamiento o el desplazamiento hacia abajo de una parte u órgano. Los órganos internos de la pelvis se ven más afectados en diferentes lugares de la vagina. (1).

Es así entonces, el prolapso de órganos pélvicos (POP) se define principalmente por cambios anatómicos. Algunos de estos pueden considerarse rangos normales para algunas mujeres. Idealmente, el diagnóstico de POP requiere evidencia clínica clara, comenzando con mujeres que presentan síntomas relacionados con el "prolapso" de órganos pélvicos. (1).

Es una afección común que afecta aproximadamente al 30% de las mujeres entre 20 y 59 años y a más de la mitad de las mujeres mayores de 50 años que visitan clínicas ginecológicas. Las mujeres con POP a menudo se quejan de "sensación vaginal" o "presión pélvica". El POP a menudo coexiste con otros trastornos del suelo pélvico, como disfunciones del tracto urinario inferior, intestinales y sexuales (3).

4.1.1. Prolapso de órganos pélvicos

POP se refiere al descenso a una o más de la pared vaginal anterior, la pared vaginal posterior, el útero (cérvix) o el ápice vaginal (bóveda vaginal o cicatriz del manguito después de la histerectomía) (2). La prevalencia aumenta con la edad. Las causas del prolapso son multifactoriales, pero se relacionan principalmente con el embarazo y el parto vaginal, lo que produce daño directo a los músculos del suelo pélvico y al tejido conectivo (2). La histerectomía, la cirugía pélvica y las afecciones asociadas con una presión intraabdominal elevada persistentemente (p. ej., obesidad, tos crónica, estreñimiento y levantamiento de objetos pesados repetitivamente) también pueden causar prolapso (2).

Aunque el POP puede ser asintomático, si la masa se extiende más allá de la abertura vaginal, puede afectar significativamente la calidad de vida de la mujer. Los hallazgos incluyen un bulto vaginal contra o a través de la abertura vaginal que la paciente puede sentir, palpar o ver en un espejo. Si a una mujer le molesta su prolapso, se le deben ofrecer tratamientos no quirúrgicos y quirúrgicos (4).

4.1.2 Epidemiología del Prolapso de Órganos Pélvicos

Aunque el prolapso de órganos pélvicos puede afectar a mujeres de todas las edades, ocurre con mayor frecuencia en mujeres mayores. La prevalencia del prolapso de órganos pélvicos aumenta con la edad hasta un máximo del 5% en mujeres de 60 a 69 años. Algún grado de prolapso está presente en el examen físico entre el 41 % y el 50 % de las mujeres, pero solo el 3 % de las pacientes reportan

síntomas. Se espera que la cantidad de mujeres que tienen prolapso de órganos pélvicos aumente en un 46 %, a 4,9 millones, para 2050 (2).

Es difícil evaluar la verdadera prevalencia del POP, ya que muchas mujeres no buscan atención médica para sus síntomas. Según Collins *et al* el POP sintomático tiene una prevalencia de 3% a 6% y el prolapso anatómico ocurre hasta en el 50% de las mujeres. La prevalencia de cirugía para el prolapso oscila entre el 6 % y el 18 %. La incidencia de cirugía POP varía de 1,5 a 1,8 por 1000 mujeres años y alcanza su punto máximo en mujeres de 60 a 69 años (4).

La prevalencia notificada de POP varía mucho según los diferentes estudios y se encuentra entre el 3 % y el 50 %. Estas amplias variaciones se deben a las diferencias en el diseño del estudio, los criterios de inclusión y los síntomas indicadores que lo acompañan utilizados entre los estudios, algunos se basan en encuestas telefónicas sin un examen ginecológico y toman la sensación subjetiva de bulto reportada por las mujeres y estiman que la prevalencia de POP está entre 2,9% y 8,3% (5).

Por el contrario, en otros estudios que se basan en un examen ginecológico objetivo sin tener en cuenta los síntomas subjetivos de las mujeres, se informa que la prevalencia de cualquier POP llega al 50%. Según la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición, aproximadamente el 3% de las mujeres en los Estados Unidos reportan síntomas de protuberancia vaginal. La prevalencia de POP según los síntomas notificados fue mucho más baja (3 %–6 %) que la prevalencia identificada

por el examen (41 %-50 %). Esta discrepancia probablemente ocurre porque muchas mujeres con POP son asintomáticas. (5,7).

D Barber público que la pérdida de soporte vaginal o uterino se observa en hasta el 30-76 % de las mujeres que acuden a la atención ginecológica de rutina, con un 3-6 % de aquellas con descenso más allá del nivel del himen. El prolapso de la pared vaginal anterior, o cistocele, es la forma más común de POP, se detecta dos veces más que el prolapso vaginal posterior (es decir, el rectocele) y tres veces más común que el prolapso apical (uterino y/o poshisterectomía con prolapso de cúpula vaginal), sin embargo, en la mayoría de los casos de POP sintomático, se observa el prolapso de múltiples segmentos de la vagina (8).

4.1.3 Factores de riesgo para Prolapso de Órganos Pélvicos

El tejido conectivo fibromuscular en la pared vaginal, los ligamentos pélvicos y los músculos elevadores del ano desempeñan un papel importante en el soporte de los órganos pélvicos. Los desgarros en este tejido conjuntivo fibromuscular, la debilidad de los ligamentos y la pérdida de volumen del músculo elevador del ano predisponen al prolapso (6).

Los factores de riesgo informados incluyen partos vaginales, aumento de la paridad, parto con fórceps, edad avanzada, estado posmenopáusico, trastornos del tejido conectivo, obesidad y estreñimiento crónico, así como también factores quirúrgicos como histerectomía previa y genéticos cuando se cuenta con el antecedente familiar de POP (5,6). Abordar los factores de riesgo modificables, como la obesidad y el

estreñimiento crónico, puede reducir el riesgo de desarrollar o empeorar la gravedad del prolapso con el tiempo. (7)

Los estudios han encontrado que el aumento de la paridad vaginal es el factor de riesgo más importante para el POP en mujeres menores de 60 años. En comparación con las mujeres nulíparas, el riesgo relativo de POP fue de 8,4 en las mujeres que habían dado a luz a dos hijos y de 10,9 en las mujeres que habían dado a luz a cuatro o más hijos (IC del 95%: 4,7 a 33,8), según otros estudios. Se encontró que la prevalencia de COP aumenta en un 40% por década de vida. La edad máxima para la cirugía POP es 71-73 años, riesgo anual 4,3/1000 mujeres (8).

En un metaanálisis se observó que la edad en el primer parto fue informada por 3 estudios, de los cuales 1 estudio informó edades superiores a 30 como factor de riesgo en comparación con la edad ≤ 24 para desarrollar POP primario, el peso al nacer >4500 g fue un factor de riesgo significativo para la recurrencia del prolapso y en contraparte el parto por cesárea informado por 5 estudios, de los cuales 3 lo compararon con el parto vaginal normal se observó un efecto protector significativo. Por lo tanto, la cesárea tuvo un efecto protector estadísticamente significativo contra el POP primario en comparación con el parto vaginal normal ($n = 2$, OR combinado, 0,08; IC 95 %, 0,03–0,20) (9).

Una revisión sistemática y un metanálisis identificaron una asociación entre los niveles de obesidad y el POP. Los resultados del POP incluyeron prolapso sintomático autoinformado, prolapso indicado por los códigos de la Clasificación

Internacional de Enfermedades, códigos de procedimientos quirúrgicos y prolapso evaluado por el sistema POP-Q. Los índices de riesgo se calcularon para las categorías de IMC según lo define la OMS. En comparación con las mujeres con peso normal, los índices de riesgo para las mujeres con sobrepeso y obesidad fueron al menos 1,36 (IC 95 %, 1,20–1,53) y al menos 1,47 (IC 95 %, 1,35–1, 59). (10).

4.1.4 Anatomía en Prolapso de Órganos Pélvicos

El sostén pélvico normal depende de la interacción entre los músculos del suelo pélvico y las inserciones de tejido conjuntivo. En la mayor parte de las situaciones, los músculos pélvicos constituyen el sostén principal de los órganos pélvicos, de modo que ofrecen una base sólida, aunque elástica, sobre la que descansan. Una inserción de tejido conectivo, la fascia intrapélvica, estabiliza los órganos pélvicos en la posición correcta para proporcionar un soporte óptimo a los músculos pélvicos. Cuando los músculos pélvicos se relajan, como al orinar o defecar, la unión del tejido conectivo sostiene temporalmente los órganos pélvicos (11).

La fascia intrapélvica es un diafragma semidirigido que rodea la vagina y el cuello uterino y divide el suelo pélvico en compartimentos anterior y posterior. Esta membrana confluyente tiene conexiones específicas con el hueso púbico, la membrana preperineal, el cuerpo perineal y la fascia supraelevadora del ano. Además, la porción uterosacra del tabique tiene tres subdivisiones: la "porción vascular", la "porción nerviosa" y el ligamento uterosacro verdadero. Cada una de

estas subdivisiones tiene una conexión física diferente con las estructuras parietales (12).

Por lo tanto, la interacción entre el músculo elevador del ano y el tejido conectivo que conecta el útero y la vagina con las paredes laterales de la pelvis proporciona soporte a los órganos pélvicos. Los músculos elevadores del ano mantienen cerrado el suelo pélvico y proporcionan la fuerza de elevación y cierre para evitar que el suelo pélvico caiga. En este caso, las presiones en las cámaras delantera y trasera son iguales y equilibradas, igualándose entre sí. Cuando los músculos están dañados o debilitados, la abertura del elevador puede abrirse y los órganos pélvicos descienden, permitiendo que uno o ambos lados de la pared vaginal empujen a través de la abertura del elevador (13).

Cuando la pared vaginal (o útero) desciende por debajo del himen (el nivel al que puede funcionar el elevador), se encuentra entre la presión atmosférica y la presión abdominal. La diferencia de presión que actúa sobre la pared vaginal crea una fuerza descendente que genera una tensión anormal en los tejidos que unen el útero y la vagina a la pared pélvica. Por el contrario, el mismo desequilibrio de presión puede ocurrir cuando el tejido conectivo está demasiado flojo para mantener los órganos alineados, lo que hace que queden debajo del músculo elevador del ano normal y, por lo tanto, corran el riesgo de prolapso de órganos pélvicos (13).

Los músculos elevadores del ano desempeñan un papel esencial en el soporte de los órganos pélvicos. Las resonancias magnéticas no solo mostraron evidencia de esto, sino que también encontraron evidencia histológica de daño muscular asociado con el fracaso quirúrgico. El músculo elevador del ano tiene tres regiones básicas (14).

La primera zona es la porción iliocóccica, que forma una plataforma horizontal relativamente plana que se extiende a través del espacio potencial de un lado al otro de la pelvis. La otra parte es el músculo pubovisceral, que surge del hueso púbico en ambos lados y se adhiere a las paredes de los órganos pélvicos y al cuerpo del perineo. El músculo pubovisceral en sí, consta de tres subdivisiones: el puboperineus (que se inserta en el cuerpo perineal), el pubovaginal (que se inserta en la pared vaginal) y el puboanal (que se inserta en el surco interesfinteriano del canal anal) (14).

La naturaleza del soporte de los órganos pélvicos puede entenderse reconociendo las diferencias anatómicas entre los tres niveles de soporte descritas por *DeLancey* en el año 1992. El grado I tiene una inserción mesentérica más larga (ligamentos cardinales y uterosacros), el grado II tiene una conexión más directa con la pared pélvica (p. ej., inserción paravaginal) y el grado III tiene una fusión vaginal directa con el músculo elevador del ano. músculos del cuerpo (15).

En detalle como parte del nivel I de sostén, los ligamentos cardinales y uterosacros se insertan en el cuello uterino desde los lados lateral y posterior, respectivamente,

con fibras entremezcladas. Las fibras que discurren lateralmente en su mayor parte conforman los ligamentos cardinales, en tanto que las que se dirigen hacia el sacro constituyen los ligamentos uterosacos (11).

Estas fibras forman un complejo tridimensional que fija la porción superior de la vagina, el cuello uterino y el segmento uterino inferior al sacro y las paredes laterales de la pelvis en los músculos piriforme, coccígeo, elevador del ano y la fascia obturatriz interna que recubre la espina ciática. En conjunto, el complejo de ligamentos uterosacos/cardinales ofrece sostén al cuello uterino y la porción superior de la vagina a fin de mantener la longitud vaginal y dejar el eje de la vagina prácticamente horizontal para que descansa sobre el recto y pueda ser sostenida por la placa elevadora (11).

Contiguo al complejo de ligamentos cardinales/uterosacos en la localización de la espina ciática se encuentra el nivel II de sostén: las inserciones paravaginales. Se trata de las conexiones de la porción lateral de la vagina y fascia endopélvica, anteriormente al arco tendinoso de la fascia pélvica y posteriormente al arco tendinoso rectovaginal, el nivel II de sostén actúa para mantener la línea media de la vagina, directamente por encima del recto. El arco tendinoso de la fascia pélvica, o «línea blanca», es una condensación engrosada de la fascia parietal, a la que se conecta la fascia endopélvica paravaginal, lo que sostiene la vagina y crea los surcos anterolaterales de la vagina (11,15).

Al igual que el arco tendinoso del músculo elevador del ano, el arco tendinoso de la fascia pélvica se origina en la espina ciática. Sin embargo, conforme se aproxima a la sínfisis del pubis, se desplaza medial e inferiormente al arco tendinoso del músculo elevador del ano, insertándose en la superficie inferior de las ramas superiores del pubis por encima del origen del músculo puborrectal. Los ejes del arco tendinoso del músculo elevador del ano y el arco tendinoso de la fascia pélvica son prácticamente horizontales en la mujer en bipedestación, lo que define el eje normal de la porción superior de la vagina. La fascia endopélvica se extiende posteriormente desde los surcos posterolaterales de la vagina alrededor del recto para insertar la vagina al suelo pélvico (11).

Las inserciones en la fascia endopélvica lateral de la pared posterior de la vagina carecen de conexiones importantes en la línea media. Más bien, anclan los surcos posterolaterales de la vagina al elevador del ano ipsolateral (11).

El nivel III de sostén depende del cuerpo del periné, la membrana perineal, los músculos superficiales y profundos del periné y la fascia endopélvica. Estas estructuras brindan soporte y mantienen la posición normal del tercio distal de la vagina y el introito vaginal (15).

La fascia pélvica se fusiona anteriormente con la musculatura de la vagina y se continúa con las estructuras de soporte de la uretra. El cuerpo perineal es esencial para apoyar el funcionamiento normal de la parte inferior de la vagina y del canal anal. La membrana perineal está unida lateralmente al cuerpo del perineo y a la

parte distal de la vagina, así como a la parte anterior del pubis. La separación del cuerpo perineal de la membrana perineal hace que el perineo descienda y puede provocar una obstrucción intestinal. Estos tres niveles de apoyo están interrelacionados y son interdependientes (11).

4.1.5. Una breve historia de la clasificación POP

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS), la Sociedad Americana de Uroginecología (AUGS) y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos (SGS) publicaron un documento de consenso en 1996 que describe un sistema objetivo para describir el prolapso de órganos pélvicos femeninos, llamado Sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos. (POP-Q). Este es el sistema de clasificación recomendado por el Informe conjunto ICS/IUGA sobre terminología de disfunción del suelo pélvico femenino para describir el prolapso de órganos pélvicos. (16).

La terminología es muy importante cuando se describe el descenso vaginal o uterino, las razones son las notas del médico deben representar el problema clínico para que el médico sepa lo que ha visto y pueda relacionarlo con un colega, la garantía de calidad y la investigación, donde se necesita una terminología exacta para describir con precisión los cambios en el prolapso de órganos pélvicos y poder hacer comparaciones entre instituciones y estudios (17).

A lo largo de la historia en un intento por clasificar el grado de prolapso de órganos pélvicos se han descrito diferentes clasificaciones del prolapso, destacan la de Baden, publicada en 1972, es una de las clasificaciones más utilizadas en la práctica

clínica habitual, en donde la mayor parte de los ginecólogos están familiarizados con ella, pero le falta reproductibilidad y especificidad. Utiliza la nomenclatura clásica de cistocele, uretrocele, prolapso uterino o de cúpula vaginal, rectocele y enterocele, para definir el órgano que se encuentra prolapsado en cada caso. El cistocele es el descenso de la vejiga, el uretrocele es el descenso de la uretra, el rectocele se corresponde con el descenso del recto. El prolapso de la boveda vaginal es la caída de esta en pacientes sin útero. El enterocele se correspondería con el descenso del fondo de saco de Douglas donde con frecuencia se incluyen asas intestinales (18).

Divide el prolapso en cuatro grados y toma como punto de referencia el himen:

- Grado I: el compartimento prolapsado está en la mitad de camino al himen.
- Grado II: el compartimento prolapsado está a la altura del himen.
- Grado III: el compartimento prolapsado sobrepasa el himen.
- Grado IV: prolapso total del compartimento (18).

Otro problema con este término es que implica una certeza poco realista sobre las estructuras al otro lado de la curvatura vaginal. Esta es a menudo una suposición falsa, especialmente para las mujeres que se han sometido a una cirugía de prolapso previa. Por lo tanto, los términos "prolapso de la pared anterior vaginal", "prolapso de la pared posterior vaginal" y "prolapso apical" a menudo se prefieren debido a la incertidumbre sobre la anatomía del otro lado de la protrusión vaginal (19). La clasificación anatómica de la pared vaginal es la siguiente:

La pared frontal de la vagina, cistocele, uretrocele.

1. Centro
2. Vista lateral (frontal)
3. combinación

La pared superior de la vagina (cámara media), enterocele uterino, uterovagina, bóveda vaginal.

1. La parte anterior se acompaña de cistocele, enterocele y rectocele, la eversión (después de la histerectomía) se acompaña de cistocele, enterocele y rectocele.

2. La pared posterior de la vagina (cámara posterior), rectocele

1. bajo
2. la parte media de la vagina
3. alto

Defectos del cuerpo perineal (19)

El sistema de puntuación Baden-Walker Halfway es un sistema utilizado específicamente en situaciones clínicas. Al asignar una cantidad de puntaje a cada una de las seis posiciones específicas de la línea media, se puede codificar una enorme cantidad de información en una pequeña cantidad de tiempo y espacio. Se puede crear una descripción más completa del prolapso después de agregar notas descriptivas y un diagrama del prolapso de órganos pélvicos. Aunque es de naturaleza descriptiva, el sistema Baden-Walker tiene algunos inconvenientes. Por

ejemplo, aumentar estratégicamente el prolapso en 1 cm aumenta el estadio indicado. Además, el acuerdo entre observadores en el sistema Baden-Walker no es perfecto (19).

El sistema POP-Q no fue bien recibido cuando se lanzó. En los primeros años, su adopción encontró una feroz oposición. En 1999, sólo el 13% de los estudios lo utilizaban. Llevó mucho tiempo conseguir un reconocimiento generalizado. En 2007, el 82% de los artículos publicados sobre prolapso de órganos pélvicos (POP) seleccionaron POP-Q para la estadificación. Hoy en día, como se considera un requisito para casi cualquier actividad de investigación, casi ninguna presentación en las principales reuniones científicas utiliza un sistema de puntuación distinto del POP-Q (20).

Incuestionablemente, todos los que atendemos a mujeres con trastornos del suelo pélvico entendemos el POP-Q, aunque algunos todavía pueden ser reacios a usarlo en su práctica clínica. Ahora que se ha establecido como el sistema de clasificación dominante entre los uroginecólogos, se debe revisar el sistema actual para que sea más universalmente adoptado por aquellos fuera del ámbito de la uroginecología (20).

4.1.6 Evaluación y Clasificación del Prolapso de Órganos pélvicos. Sistema POP-Q
Este sistema da la terminología estandarizada que identifica el grado y puntos anatómicos de prolapso necesarios para para determinar la etiología, evaluación y eficacia del tratamiento del prolapso. Para utilizar el sistema POP-Q se debe evaluar

el prolapso máximo. Después del vaciado, generalmente se coloca al paciente en posición de litotomía dorsal y se le pide que realice una maniobra de Valsalva con tensión máxima para simular la protracción máxima. Si es necesario, ayudar al paciente a la posición de pie puede ser beneficiosa para lograr la tensión máxima (21).

El sistema POP-Q tiene una buena confiabilidad entre evaluadores e intraevaluadores. El diagrama para la cuantificación de POP-Q de prolapso de órganos pélvicos, tiene como medidas de pared anterior (Aa y Ba), medidas de pared poster (Ap y Bp), medidas apicales (C y D), estos son registrados en relación con el anillo himenal en centímetros reales (ya sea por encima del himen, designado como negativos, o por debajo/más allá el himen, designado como positivos). Otras medidas incluyen el hiato genital (gh), el cuerpo perineal (pb) y la longitud vaginal total (tv) (22).

La ubicación de estos seis puntos de prolapso designados se describe a continuación:

La pared frontal de la vagina:

Punto Aa: situado en la línea media de la pared frontal de la vagina, a tres centímetros de la abertura externa de la uretra. El rango potencial de la posición del punto Aa en relación con el himen es de -3, que indica que no hay POP vaginal anterior, a 3 cm, que indica un prolapso completo.

Punto Ba: El punto que representa la posición más distal (es decir, más dependiente) de la pared vaginal anterior superior (bóveda vaginal o entre la bóveda

vaginal anterior y el punto Aa). El punto Ba se superpone al punto Aa (-3 cm) en mujeres sin POP anterior. En mujeres con POP severo, Ba coincide con el punto C (16).

Capa superior:

Punto C: el punto en el borde más alejado (es decir, más dependiente) del cuello uterino o el borde anterior de la bóveda vaginal (histerectomía). Punto D: fondo de saco posterior en mujeres que todavía tienen cuello uterino (16).

La pared posterior de la vagina:

Subpunto: punto de acupuntura situado en la tercera línea media de la pared vaginal posterior, a 3 cm del extremo proximal del himen. La posición potencial del punto Ap con respecto al himen varía de -3 a 3 cm.

Punto Bp: el punto que representa la posición más distante de cualquier parte de la pared vaginal posterior superior (ya sea la bóveda vaginal o entre la bóveda vaginal posterior y el punto Ap) (16).

Otros tres hitos y objetivos descriptivos. El hiato genital (GH) es la distancia desde el centro de la abertura uretral externa hasta el borde posterior del himen. La longitud vaginal total (TVL) es la longitud de la vagina (cm) desde el fondo de saco posterior hasta el himen cuando el punto C o D recupera su posición completamente normal. El cuerpo perineal (PB) es la distancia desde el borde posterior del himen hasta la abertura media del ano (16).

La clasificación del prolapso de órganos pélvicos se describe en estadios de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical. Estos serán:

0: cuando no hay descenso.

I: la caída o avance se encuentre 1 cm encima del himen.

II: el descenso es +/- 1cm del himen.

III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm restados de la longitud vaginal total.

IV: cuando estamos frente a un prolapso completo (23).

4.1.7 Cuadro Clínico de Prolapso de Órganos Pélvicos

Historia clínica. La evaluación inicial del prolapso debe comenzar con una discusión centrada en el paciente. Pregunte a la paciente cuándo notó el bulto por primera vez, cómo lo descubrió y cómo le molestó. Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos pueden necesitar tranquilidad porque a veces les preocupa que el bulto sea canceroso, que corran riesgo de infección interna o que sus órganos pélvicos corran riesgo de sufrir daños. También son comunes los sentimientos de aislamiento y mala imagen de uno mismo. Cuestione los síntomas específicos asociados con el prolapso. Algunas mujeres necesitan empujar el tejido prolapsado hacia la vagina para orinar o defecar. Las pacientes suelen describir dolor lumbar, pesadez o presión en la pelvis, sequedad vaginal y/o sangrado del tejido expuesto (24).

El útero y el suelo pélvico circundante tienden a prolapsarse dinámicamente, lo que provoca síntomas que varían según la posición del útero y la presión sobre las estructuras circundantes. Por lo tanto, los bultos y las molestias pueden aumentar

con el tiempo. Estar de pie durante mucho tiempo, levantar pesas, toser y hacer ejercicio físico puede aumentar la conciencia de los pacientes sobre las molestias en la pelvis, la vagina, el abdomen y la espalda baja. Puede haber secreción vaginal en pacientes con prolapso uterino completo que tienen una úlcera por presión cervical o de la vagina (25).

Las mujeres con prolapso leve pueden reportar molestias significativas y las mujeres con prolapso severo pueden no reportar molestias. Muchas mujeres también dejan de tener relaciones sexuales, o sus parejas pueden evitarlas por temor a exacerbar el problema. Esto puede suponer una enorme tensión en las relaciones y afectar la calidad de vida, y debe tratarse con precaución. Obtenga el historial del paciente de cirugía abdominal y pélvica, especialmente cirugía previa de prolapso. Se pueden utilizar cuestionarios especiales para ayudar a registrar el historial médico. El Inventario de malestar del suelo pélvico (PFDI) y el Cuestionario de impacto del suelo pélvico (PFIQ) son las dos herramientas más utilizadas (24).

Cuando el prolapso está por encima del himen, las mujeres generalmente no son conscientes del bulto en sí, pero pueden sentir presión o pesadez en la pelvis. Aunque el dolor en la pelvis y la zona lumbar también se consideran comúnmente síntomas de prolapso. A menudo presentan síntomas urinarios, aunque los mecanismos que provocan estos síntomas pueden variar ampliamente. Algunas mujeres experimentan síntomas de incontinencia de esfuerzo debido a insuficiencia uretral. En otros casos, las mujeres con insuficiencia uretral sólo son continentales porque el prolapso hace que la uretra se doble y se obstruya. Esto se llama

incontinencia de esfuerzo latente, latente u oculta porque las mujeres no presentan síntomas de incontinencia hasta que se trata el prolapso. A medida que avanza el prolapso, las mujeres tienen menos probabilidades de desarrollar incontinencia de esfuerzo y más probabilidades de reducir manualmente el prolapso para orinar. Las mujeres con obstrucción uretral a menudo experimentan disfunción miccional, que se manifiesta por síntomas como vacilación, micción frecuente o micción incompleta (27).

Un prolapso puede ser asintomático y es posible que solo se note durante una prueba por una causa no relacionada, como una prueba de Papanicolaou de rutina. Las mujeres sintomáticas suelen experimentar presión vaginal o un bulto que sobresale de la vagina. Los síntomas asociados incluyen disfunción urinaria, intestinal y/o sexual. La gravedad de los síntomas y la relación entre la etapa de prolapso es muy pobre. Como se mencionó anteriormente (26), hay varios cuestionarios que pueden usarse para evaluar los efectos de los síntomas de la vida del paciente y evaluar los beneficios de cualquier tratamiento de prueba (26).

Todas las mujeres con prolapso deben estar conscientes de los síntomas intestinales, como esfuerzo excesivo, vaciamiento rectal incompleto o la necesidad de presión perineal o vaginal para defecar. Algunas mujeres con prolapso evitan las relaciones sexuales vaginales por miedo o vergüenza. Otras mujeres tienen incontinencia intestinal o urinaria que interfiere con la actividad sexual. La evaluación de la función sexual antes y después de la cirugía es particularmente importante para identificar y tratar posibles efectos secundarios (27).

Examen físico. Un examen físico estandarizado para el prolapso de órganos pélvicos debe incluir un examen abdominal. Antes del examen, se debe vaciar la vejiga, quitarse la ropa debajo de la cintura y cubrir las rodillas con una cortina. Antes de pedirle a la paciente que se acueste en decúbito supino y adopte la posición de litotomía dorsal, pídale que coloque los pies en el centro de la mesa de exploración, doble las rodillas y se incorpore hasta el final de la mesa antes de colocar los pies en los estribos. Este método ayuda a prevenir los calambres en las piernas (24).

El examen inicial del prolapso de órganos pélvicos incluye observar el estado de los labios y la abertura vaginal. El tejido gravemente prolapso puede notarse o no en reposo. Si hay prolapso de tejido, busque úlceras o sangrado, que pueden ocurrir por la fricción crónica del tejido genital delicado y a menudo atrofiado contra la ropa. Del mismo modo se pueden producir daños en el eslabón de la cadena (24).

Si se observa prolapso durante la inserción vaginal o abultamiento durante la maniobra de Valsalva, se debe realizar un examen sistemático. Con la paciente en decúbito supino, se eleva la cabecera de la camilla de exploración a 45 grados y se inserta en la vagina un espéculo vaginal del tamaño apropiado para observar el cuello uterino o la bóveda vaginal. El espéculo se retira lentamente mientras el paciente realiza la maniobra de Valsalva. Se registra el grado en que el cuello uterino o la bóveda vaginal sigue el espéculo a través y fuera de la vagina. Retire el espejo y compruébelo utilizando la hoja trasera o la hoja fija (25).

El examen de una mujer con prolapso de órganos pélvicos difiere del examen normal de una mujer sana en dos aspectos. Durante el examen de una mujer sana, al examinador le interesa realizar una prueba de Papanicolaou y medir el tamaño del útero. Al examinar el prolapso de órganos pélvicos, el examinador está interesado en clasificar el prolapso y determinar el estado de resistencia del suelo pélvico (24).

Para examinar la pared vaginal anterior, se retrae la pared vaginal posterior con una cuchilla fija y se observa el grado de prolapso de la pared vaginal anterior durante la maniobra de Valsalva. Para examinar la pared vaginal posterior, invierta la hoja fija, retraiga la pared vaginal anterior y haga que la paciente repita la maniobra de Valsalva. Se registró cualquier prolapso resultante. Inspeccionar y palpar las úlceras por presión. El examen bimanual y rectovaginal puede ayudar a identificar cualquier anomalía pélvica coexistente, incluidas las anomalías del cuerpo perineal. Si el prolapso de órganos pélvicos no es evidente, especialmente en mujeres que sienten una masa, se debe examinar a la paciente en posición vertical mientras se realiza la maniobra de Valsalva (25).

Un estudio encontró que los pacientes tenían síntomas pélvicos concomitantes: el 73% informó incontinencia urinaria, el 86% informó urgencia y/o frecuencia, el 34-62% informó disfunción miccional y el 31% informó incontinencia fecal. La evaluación de una paciente con prolapso vaginal requiere un examen cuidadoso de los síntomas del suelo pélvico y de cómo estos síntomas afectan su calidad de vida. La forma más eficaz de determinar la presencia, la gravedad y el impacto de los

síntomas del suelo pélvico en la actividad y la salud del paciente es utilizar un cuestionario autoadministrado psicométricamente sólido (28).

Evaluación neurológica. Se realiza una evaluación neurológica macroscópica de la vulva y el perineo para detectar enfermedades neurológicas, aunque las tasas de detección son más bajas en ausencia de síntomas neurológicos macroscópicos o una enfermedad neurológica previamente diagnosticada.

Historial médico y neurológico: una evaluación neurológica detallada comienza con un historial médico completo, que incluye antecedentes personales o familiares de enfermedades neurológicas o afecciones relacionadas. Cualquier anomalía en el habla o en la función motora gruesa debe anotarse en la anamnesis (29).

Sensación: La sensación del dermatoma lumbosacro al tacto ligero y agudo se realiza utilizando un pequeño hisopo de algodón y una punta afilada. Si la función sensorial es anormal, puede ser necesario un examen neurológico más detallado (11).

Reflejos sacros: también se deben evaluar los reflejos sacros. Para evaluar la integridad del nervio sacro, provoque el reflejo bulbocavernoso golpeando o apretando suavemente el clítoris. El reflejo cutáneo anal (signo de parpadeo anal) se activa frotando la piel alrededor del ano y observando la contracción refleja del esfínter anal externo; el reflejo debe ser bilateral. La ausencia de estos reflejos no es necesariamente patológica y, de hecho, la hiperreflexia o la asimetría pueden ser más indicativas de una etiología neurológica. Al igual que con la función sensorial,

los resultados anormales de las pruebas de reflejos requieren un examen neurológico más detallado y una posible derivación a un especialista (29).

Función motora: evalúe más a fondo la función motora de las vías nerviosas sacras pidiéndole al paciente que mueva las extremidades inferiores; Implica extensión y flexión activa de las rodillas, los tobillos y los dedos de los pies. Evalúe la fuerza haciendo que el paciente mueva cada articulación contra resistencia. También se evalúan los reflejos plantares y de rodilla (11).

Examen rectal. Este procedimiento se realiza para diagnosticar un enterocele, distinguir entre un rectocele alto y un enterocele, evaluar la integridad del cuerpo perineal y detectar el prolapso rectal. La mejor forma de detectar un enterocele es realizar un tacto rectal con el paciente de pie; El intestino delgado se puede palpar en el estrecho trayecto entre el pulgar y el índice. El rectocele es común y generalmente asintomático. En pacientes sintomáticas existe una asociación entre síntomas como dificultad para defecar, palpación del ano, evacuación incompleta, dificultad para defecar, palpación o astillamiento vaginal, esfuerzo excesivo durante la defecación, disinergia en las heces e hipersensibilidad o hipersensibilidad rectal (30, 31).).

Un rectocele se puede identificar mediante examen físico, defecografía con bario o resonancia magnética y ecografía translabial. Un examen físico realizado por un especialista suele incluir una valoración del estadio del rectocele mediante el Sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos. Los estadios 0

(ausente) a 4 (torsión vaginal) se definen como el grado de descenso vaginal del rectocele durante la maniobra máxima de Valsalva o la tos. El tacto rectal estandarizado ha demostrado la viabilidad de detectar el rectocele y una buena confiabilidad entre examinadores. Realizar esta evaluación junto con el examen POP-Q puede mejorar la evaluación general de la pared vaginal posterior y mejorar la comunicación continua de los resultados (32).

4.1.8. Evaluación radiográfica del prolapso.

Ecografía perineal. La tecnología de imágenes se utiliza para evaluar ciertos aspectos del tracto urinario o la función intestinal. Se refiere al proceso de utilizar estados de alta energía para crear imágenes para visualizar tejidos corporales. Las imágenes proporcionan una evaluación específica del tejido para identificar si existen propiedades morfológicas (p. ej., trauma o déficit), que pueden relacionarse con los síntomas de presentación de un individuo (33).

La ecografía perineal puede identificar defectos del músculo elevador del ano y prolapso de la vejiga, el recto o el intestino hacia la vagina. La capacidad de diagnosticar la avulsión del elevador del ano de la sínfisis púbica después del parto u otro traumatismo perineal parece ser un predictor importante del desarrollo del prolapso y del éxito o fracaso de la reparación del prolapso (33).

Las imágenes por ultrasonido del suelo pélvico miden la morfología y la función de la musculatura de piso pélvico, a través de la colocación transabdominal, transperineal, transvaginal y transanal del transductor. El estudio utilizó tecnología

de diagnóstico de modo B, que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para producir imágenes de estructuras internas. La imagen está formada por las diversas señales reflejadas que se producen cuando un haz de sonido se proyecta dentro de un cuerpo y rebota en la interfaz entre estas estructuras. La evaluación ecográfica se puede realizar de las siguientes maneras:

Ultrasonido bidimensional (2D): el transductor envía y recibe ondas de ultrasonido en planos anatómicos. Las ondas reflejadas se utilizan para formar imágenes en escala de grises en este campo de visión anatómico.

Ultrasonido tridimensional (3D): crea un perfil de volumen a partir de múltiples imágenes 2D recopiladas utilizando ondas reflejadas en diferentes ángulos. El software combina esta información para crear una única imagen estática en 3D.

Ecografía en cuatro dimensiones (4D): similar a una ecografía en 3D, pero las imágenes se repiten a intervalos regulares. Esta técnica requiere el uso de un transductor 3D/4D y permite la visualización en tiempo real de imágenes 3D.

Las mediciones se entienden mejor si se refieren a los planos anatómicos del cuerpo, es decir, los planos coronal (frontal), sagital y axial (horizontal o transversal) (34).

La ecografía se incluye cada vez más en el estudio de las enfermedades de los compartimentos posteriores. Se describe una ecografía multicámara integrada del

suelo pélvico utilizando diferentes técnicas para evaluar la disfunción del suelo pélvico desde una perspectiva global y multicámara.

Modalidades en uso clínico de rutina actual:

Endoanal: exploración intraanal de 360° en sectores mediante sonda mecánica rotacional o sonda electrónica radial.

A través del periné: ultrasonido aplicado en el periné entre el monte de Venus y el ano. El concepto está basado para ultrasonido entre los labios mayores. Por lo general, se supone que la ecografía introital implica la colocación de un transductor con huellas más pequeñas (como una sonda endovaginal que dispara al final) dentro del introito.

Transvaginal: barrido intravaginal curvilíneo, de matriz lineal o de 360° en sectores (35).

En la técnica translabial, se ha observado que la detección de los defectos del elevador del ano y la medición de la biometría hiatal en la ecografía 3D, muestran una concordancia de moderada a buena en comparación con los hallazgos de otros estudios imagenológicos como la resonancia magnética y son reproducibles. En un grupo seleccionado de pacientes con disfunción del suelo pélvico, la deficiencia del músculo elevador del ano y el área más grande del diafragma se asociaron con POP y POP recurrente después de la cirugía (36).

Resonancia magnética. La resonancia magnética se ha utilizado en la evaluación preoperatoria del POP para identificar varios defectos anatómicos preoperatoriamente, lo que puede mejorar los resultados posoperatorios en pacientes seleccionados, reduciendo así la probabilidad de recurrencia. La resonancia magnética a menudo detecta enteroceles, pero no parece tener ningún beneficio en la detección de cistoceles o del recto. La resonancia magnética también se ha utilizado para la reconstrucción tridimensional de defectos del suelo pélvico (37).

Pocos estudios han comparado las etapas del prolapso de órganos pélvicos evaluados mediante resonancia magnética dinámica y examen clínico estandarizado. La evidencia disponible sugiere que la evaluación dinámica del prolapso por resonancia magnética puede ser útil en el compartimento posterior, pero la evaluación clínica y la resonancia magnética dinámica parecen ser intercambiables en los compartimentos anterior y central (38).

La resolución inherente de los tejidos blandos de la resonancia magnética permite una evaluación precisa y detallada de la anatomía del piso pélvico, ya que la integridad de los ligamentos y los músculos a menudo se puede visualizar directamente en lugar de inferirse por la presencia y el grado de prolapso de órganos pélvicos. La anatomía generalmente se evalúa con imágenes ponderadas en T2 (T2W) en los planos axial, coronal y sagital. Las imágenes T2W de alta resolución en el plano oblicuo a lo largo del eje corto del canal anal son útiles para la evaluación específica del complejo del esfínter anal (39).

Las imágenes de eco de espín turbo (TSE) ponderadas en T2 (T2w) en planos sagitales, axiales y coronales, así como, las imágenes de eco de gradiente ponderado en T1 (GRE) axiales, se pueden adquirir en reposo para permitir la evaluación anatómica. Esto debe ir seguido de imágenes de tipo cine de precesión en estado estacionario (TrueFISP) o eco de espín rápido de cuadro único (SSFSE) en un plano medio sagital para obtener imágenes funcionales durante Kegel (fuerza de agarre), esfuerzos y deposiciones. Aunque ambas secuencias pueden tener un rendimiento aceptable, las imágenes TrueFISP han mostrado un mayor prolapso en los 3 compartimentos que las imágenes SSFSE (40).

4.1.9 Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos

El tratamiento del prolapso de órganos pélvicos está indicado en pacientes sintomáticas o asociadas a alguna disfunción del piso pélvico, entre estas, sexual, intestinal, urinaria. Independientemente del grado de prolapso, la hidronefrosis debida a la obstrucción de la micción o defecación o al retorcimiento crónico de la uretra es una indicación de tratamiento. Las mujeres con prolapso asintomático normalmente no necesitan tratamiento (41).

Las mujeres con prolapso sintomático pueden recibir tratamiento expectante, conservador o quirúrgico. Se deben ofrecer opciones de tratamiento conservador y quirúrgico. La elección del método de tratamiento depende de los deseos del paciente y de su capacidad para seguir un tratamiento conservador o tolerar la cirugía. Algunos datos sugieren que la edad, el grado de POP medido por el

descenso del borde anterior del prolapso, las puntuaciones de dolor pélvico preoperatorio y la cirugía de prolapso anterior, se asocian de forma independiente con las opciones de tratamiento (42).

Manejo expectante. El tratamiento expectante es una opción viable para las mujeres que pueden tolerar los síntomas y desean evitar el tratamiento. Las mujeres con prolapso sintomático o asintomático que rechazan el tratamiento, especialmente aquellas con prolapso en estadio III o IV, deben ser evaluadas periódicamente para detectar el desarrollo o empeoramiento de síntomas urinarios o intestinales (43).

Un estudio encontró que entre el 19 y el 48 por ciento de los prolapso en etapa I o II se resuelven sin ninguna intervención en un plazo de tres a ocho años. Otro estudio encontró que el cistocele, el rectocele y el prolapso uterino con prolapso leve (estadio I) tenían tasas de resolución del 24 %, 22 % y 48 %, respectivamente; sin embargo, los participantes con una respuesta POP en etapa II o III fueron el 9%, 3% y 0% respectivamente. En general, al considerar la observación como una opción de tratamiento para el POP, el tratamiento del POP leve puede ser apropiado, especialmente si los riesgos de un tratamiento más invasivo pueden superar los beneficios. El tratamiento ideal es el tratamiento conservador con cambios en el estilo de vida, prefiriéndose ejercicios del suelo pélvico (43).

Tratamiento conservador. Si el prolapso es menor o el POP avanzado no es susceptible de cirugía correctiva, a menudo se recomiendan tratamientos conservadores como el entrenamiento de los músculos del piso pélvico (PFMT),

pesarios e intervenciones en el estilo de vida. PFMT, también conocida como terapia conductual de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, se basa en la teoría de que las contracciones voluntarias repetidas de los músculos selectivos del suelo pélvico pueden mejorar su fuerza y eficiencia, proporcionando así un mayor apoyo a los órganos pélvicos (44).

El entrenamiento del suelo pélvico tiene pocos efectos secundarios en comparación con la cirugía y el pesario. El EMSP se describe a menudo como una terapia conductual que implica contracciones voluntarias repetidas de los músculos del suelo pélvico derecho bajo la supervisión de un profesional de la salud. Los músculos, ligamentos y fascias del suelo pélvico se pueden representar como una hamaca, donde el soporte funcional y estructural de los órganos pélvicos depende de la fuerza del puente suspensorio (45).

Los estudios muestran que la intensidad de la PFM aumenta después del PFMT. La base teórica del EMPP se deriva de dos mecanismos hipotéticos. En primer lugar, el entrenamiento intenso de PFM aumenta el tamaño de los músculos y eleva la placa elevadora más arriba en la pelvis a través de la hipertrofia y la mejora de la rigidez del tejido conectivo. En segundo lugar, contracciones conscientes y efectivas antes y durante el aumento de la presión abdominal para prevenir la pérdida de orina (45).

Los estándares de la ICS recomiendan los ejercicios o entrenamiento del piso pélvico como entrenamiento funcional.

1. Entrenamiento funcional de PFM: Entrenamiento y ejercicios que incorporan contracciones apropiadas de PFM en actividades diarias como levantar pesas, levantarse de la cama o estornudar. Contracciones de la PFM precedidas por un aumento de la presión intraabdominal, como tos ("habilidad") como parte del entrenamiento funcional de la PFM.

2. Entrenamiento de coordinación: la capacidad de utilizar diferentes partes del cuerpo juntas de manera suave y efectiva. En relación al entrenamiento de la PFM, este entrenamiento de coordinación se refiere a la contracción de la PFM con otros músculos u otros grupos de músculos, como los músculos respiratorios.

3. Entrenamiento de movilidad funcional: una intervención diseñada para mejorar la capacidad física para realizar las tareas diarias. Para la micción/defecación, esto puede incluir: entrenamiento de la marcha, entrenamiento de transferencia, entrenamiento de escaleras y otro entrenamiento de movilidad para mejorar la velocidad y la seguridad para llegar al baño (47).

Pesarios. Otro enfoque conservador para el tratamiento del prolapso es el uso de un pesario vaginal. Un pesario es un stent de silicona, caucho o látex de grado médico que se inserta en la vagina para reemplazar un órgano pélvico que ha prolapsado. El pesario es ideal para pacientes que no desean o son candidatas a una cirugía de prolapso. También se pueden utilizar como alivio temporal hasta que

el paciente esté listo para la cirugía, o como prueba para ver si los síntomas del paciente en realidad se deben al prolapso (46).

Hay dos tipos principales de pesarios: de apoyo y ocupantes de espacio. Las contraindicaciones para el uso del pesario incluyen alergia al material del pesario, patología o malignidad vaginal, infección vaginal o problemas de cumplimiento por parte del paciente. Aunque muchas pacientes pueden reemplazar y quitar los pesarios por sí solas, algunas requieren de 3 a 6 meses de seguimiento cada vez. Un pesario que se descuida y no se retira y limpia con regularidad puede provocar erosión, atrapamiento o fístulas. Los pesarios generalmente son bien tolerados y pueden usarse indefinidamente siempre que la paciente continúe manteniendo el pesario (46).

Los pacientes deben recibir instrucciones detalladas sobre la colocación y retirada del equipo. Algunas mujeres se quitan y limpian el pesario todas las noches. Dejar el pesario fuera durante la noche puede ayudar a prevenir la compresión del tejido a largo plazo y puede ayudar a reducir complicaciones como la erosión o la infección. A la mayoría de las mujeres con prolapso no les molestan los síntomas durante el sueño y pueden dejar el pesario puesto durante la noche (48).

Los pesarios utilizados para tratar el POP generalmente se pueden dividir en pesarios de soporte o pesarios que ocupan espacio. Se coloca un pesario de soporte en el fondo de saco posterior y generalmente se coloca en el hueso púbico y/o el suelo pélvico. Los tipos más comunes de pesarios de soporte son el pesario

de anillo (con o sin diafragma) y el pesario de Shaatz. Los pesarios que ocupan mucho espacio incluyen los pesarios de cubo, los pesarios de bola inflable y los pesarios de rosquilla. El cubo funciona acercando la pared vaginal a la línea media, pero el resto ocupa más espacio que la abertura vaginal. Los pesarios que ocupan espacio se utilizan con mayor frecuencia para tratar prolapsos más graves. El pesario Gellhorn de uso común combina ambos enfoques (49).

Administración farmacológica de estrógenos vaginales. Actualmente, no hay datos que respalden la terapia con estrógenos tópicos o sistémicos como tratamiento primario para el POP. Aunque los estudios de biopsia vaginal sugieren que los estrógenos vaginales tópicos perioperatorios aumentan la producción de colágeno maduro, aumentan el espesor de la pared vaginal y disminuyen la actividad de las enzimas degradantes, estos hallazgos histológicos deben confirmarse mediante resultados clínicos (50).

La etiología del POP es multifactorial. Los factores de riesgo incluyen parto vaginal, paridad, envejecimiento, obesidad, anomalías del tejido conectivo, menopausia y presión intraabdominal crónicamente elevada.

Entre ellos, la correlación de la edad y la menopausia con la prevalencia del POP sugiere que la hipoestrogenemia es una causa del POP, ya que los estrógenos tienen un profundo impacto en la síntesis y el metabolismo del colágeno intersticial, la elastina y los fibroblastos, que son componentes del pélvico. tejido conectivo. Las mujeres posmenopáusicas suelen experimentar síndrome genitourinario de la

menopausia y atrofia vaginal (AV), en consecuencia, la pared vaginal se adelgaza, lo que puede dificultar la corrección quirúrgica del POP. (51).

El prolapso de órganos pélvicos es común y ocurre hasta en el 50% de las mujeres que han dado a luz, aunque muchas mujeres no presentan síntomas. Las preparaciones de estrógeno se utilizan para mejorar el adelgazamiento vaginal (atrofia). El estrógeno solo o en combinación con otras intervenciones puede prevenir o ayudar a tratar el prolapso de órganos pélvicos, por ejemplo aumentando la fuerza de las estructuras de soporte debilitadas (52).

Con la terapia de estrógenos la eficacia subjetiva en síntomas de POP informados por el paciente (sensación de presión o abultamiento vaginal, dolor abdominal o de espalda, síntomas urinarios o intestinales) muestran mejoría o curación, también satisfacción con el resultado del tratamiento, aplazamiento o no necesidad de otros tratamientos como entrenamiento de los músculos del piso pélvico, los dispositivos mecánicos o cirugía. El cuestionario de calidad de vida específico (UDI), muestra una cura del POP usando el sistema POP-Q con evidente mejoría (53).

La IUGA y la ICS recomiendan el uso de estrógenos tópicos, que están disponibles con receta médica para uso sistémico (preparaciones orales o transdérmicas) o uso tópico (crema, anillo o pastilla). Puede ayudar con el bienestar general, el deseo sexual, la excitación y la dispareunia, así como su papel del uso tópico en el tratamiento de la atrofia posquirúrgica o la extrusión de la malla (54).

Tratamiento Quirúrgico. La cirugía está indicada para mujeres con síntomas de POP que se han resuelto o han fracasado con el tratamiento no quirúrgico. La operación se puede dividir en cirugía reconstructiva (mantenimiento del canal vaginal) y cirugía obliterativa (cierre del canal vaginal). La cirugía reconstructiva se puede realizar por vía vaginal, laparoscópica/robótica y abierta, cada una con riesgos y beneficios únicos. En última instancia, la decisión entre ellos se basa en los compartimentos involucrados, la extensión del prolapso, las comorbilidades médicas y quirúrgicas, las diferencias en la duración y el riesgo del procedimiento y la toma de decisiones compartida con el paciente (6). La decisión quirúrgica debe incluir una discusión de los objetivos y expectativas del paciente basados en perspectivas culturales, como la imagen corporal y el deseo de una función sexual futura, incluido el coito vaginal. Se puede realizar una cirugía oclusiva y reconstructiva para el prolapso de órganos pélvicos, que puede incluir histerectomía o preservación del útero (histeropexia). La atresia vaginal (atresia vaginal) tiene la tasa de curación más alta y la tasa de morbilidad más baja de cualquier procedimiento quirúrgico, lo que la convierte en una excelente opción para las mujeres que no desean tener relaciones sexuales vaginales en el futuro (2).

El soporte adecuado del ápice vaginal se considera un componente importante de la reparación quirúrgica adecuada del prolapso avanzado. Si bien algunos métodos se dirigen al tejido y ligamentos naturales de la mujer para detenerlo, muchos utilizan mallas o injertos biológicos. Las ventajas del abordaje transvaginal incluyen cirugía y tiempo de recuperación más cortos, mientras que las ventajas del abordaje abdominal incluyen resultados más duraderos y un riesgo reducido de recurrencia

(55). Las técnicas quirúrgicas de reparación del prolapso vaginal han evolucionado rápidamente, haciendo que los métodos mínimamente invasivos sean comparables en durabilidad a los métodos tradicionales. Siempre que se detecte y trate el prolapso del ápice vaginal, si está presente, la tasa de éxito en la restauración del tejido natural es alta. El aumento con malla para el prolapso tiene una tasa de complicaciones menor cuando se coloca en el abdomen. La colocación de una malla vaginal también tiene una tasa de complicaciones aceptablemente baja cuando se realiza con la técnica adecuada. Aunque la advertencia de la FDA y las demandas posteriores contra la red provocaron una disminución de estos procedimientos, es probable que los cirujanos que continúen realizándolos sean técnicos de alto volumen que logren buenos resultados (56).

El uso de prótesis e injertos para la cirugía del suelo pélvico en mujeres ha aumentado significativamente en los últimos 30 años. En la década de 1980, se utilizaban cabestrillos de silicona y esfínteres uretrales artificiales para tratar la incontinencia de esfuerzo urodinámica (ISU). MacGyver volvió a popularizar el cabestrillo de vaina del fasciorrectus (autoinjerto) descrito originalmente por Aldrich. A principios de la década de 1990, se utilizaron variaciones del procedimiento de sutura tipo Stamey que incluían suturas permanentes y clavos modificados o anclajes óseos. A mediados y finales de la misma década, se introdujeron en la USI cabestrillos suburetrales sintéticos, el más destacado de los cuales fue la cinta vaginal sin tensión (malla de polipropileno). Los cirujanos necesitan conocer las complicaciones que pueden surgir de su cirugía y cuándo y dónde pueden ocurrir (57).

En un campo donde la mayoría de los procedimientos quirúrgicos son electivos, los pacientes tienen altas expectativas sobre los resultados posoperatorios y los proveedores de atención médica se esfuerzan por cumplirlas. A medida que trabajamos para cumplir con estas expectativas y examinar la relación entre los objetivos de los pacientes y las perspectivas de los proveedores, queda claro que lo que los proveedores perciben como éxitos o complicaciones a menudo no es el caso para los pacientes, y viceversa. Esta falta de comprensión es la razón de parte de la "controversia" (o debate) actual sobre la cirugía del prolapso de órganos pélvicos, que necesita atención e investigación (58).

La cirugía de prolapso transvaginal se puede utilizar para tratar cualquier etapa de prolapso anterior, apical o posterior. Las cirugías específicas se adaptan al espacio fascial apropiado para tratar el prolapso. Estos procedimientos pronto serán revisados (6).

Métodos quirúrgicos reconstructivos de la parte vaginal anterior. Los ensayos controlados aleatorios de colpografía anterior han informado resultados variables que van desde el 34% hasta el 97%. La mayoría de los estudios informan tasas de éxito subjetivas y resultados de calidad de vida similares a los de la reconstrucción con aumento, y los estudios a largo plazo han demostrado una tasa de reoperación de menos del 10% para el prolapso sintomático después de la reconstrucción con tejido nativo. La principal ventaja de la colpoplastia anterior es evitar mayores costos y morbilidad asociados con los complementos, especialmente con la malla permanente (59).

Es importante recordar que el soporte de la pared vaginal anterior depende de una línea continua de tejido conectivo desde la pared pélvica lateralmente hasta la pared pélvica lateral y longitudinalmente desde el hueso púbico hasta el complejo ligamentario uterosacro apical. Por tanto, existen 4 tipos principales de defectos que pueden provocar un prolapso de la pared anterior. Estos defectos pueden ocurrir individualmente o juntos. Richardson en 1976 reintrodujo el concepto de defectos específicos del sitio en lugar del debilitamiento o estiramiento general de la fascia pélvica. La laxitud de la pared anterior puede atribuirse a la separación de la vaina del arco tendinoso de la fascia pélvica, a menudo denominada defecto paravaginal o lateral. Los defectos centrales ocurren cuando hay un defecto del músculo vago en la línea media. Un defecto apical transversal ocurre cuando la capa de músculo vaginal se separa del anillo de tejido conectivo que rodea el cuello uterino en pacientes con un útero intacto (60).

Los defectos apicales transversales también ocurren en pacientes de histerectomía cuando hay una falta de continuidad entre la capa de músculo vaginal anterior y el complejo del ligamento uterosacro posterior que sostiene la bóveda vaginal. Con el tiempo, cuando el propio útero o el manguito vaginal pierden soporte, la punta se cae. El vértice descendente tira de la pared anterior y provoca el descenso de la pared anterior (60).

Métodos de cirugía reconstructiva apical. Las operaciones POP se dividen en términos generales en operaciones reconstructivas y oclusivas. La cirugía de reconstrucción pélvica a menudo se realiza si una mujer desea preservar la función

vaginal. Aunque los procedimientos quirúrgicos para el prolapso de la pared vaginal anterior y posterior han sido bastante estándar, los procedimientos quirúrgicos para el POP apical varían considerablemente según las preferencias y comorbilidades de la paciente, la experiencia del cirujano y los avances tecnológicos. La reconstrucción del POP apical se puede realizar por vía vaginal o abdominal, con o sin preservación uterina. Los procedimientos obliterantes para el POP apical incluyen la colpocleisis total (para el prolapso de la cúpula vaginal después de una histerectomía) y la colpocleisis de LeFort (para el prolapso uterino con preservación del útero). Este procedimiento oclusivo generalmente se realiza en mujeres con POP grave y comorbilidades graves que ya no son sexualmente activas (62).

Aunque el POP se trata tradicionalmente con histerectomía, actualmente existen más de 40 procedimientos quirúrgicos que pueden restaurar la anatomía pélvica normal. Sin embargo, la histerectomía ya no se encuentra entre ellas, ya que el útero en sí es sólo una estructura pasiva y no tiene ningún efecto sobre la aparición de prolapso. La sacrocolpopexia se describió por primera vez en 1957 como la fijación del útero al sacro para restaurar el eje vaginal normal. Ahora se considera el tratamiento de elección para el POP, a pesar de la falta de estandarización de este procedimiento. En la actualidad, la sacrocolpopexia laparoscópica se prefiere en gran medida al abordaje abierto debido a los resultados comparables y la disminución de la morbilidad posoperatoria asociada con la intervención laparoscópica (63).

Uno de los procedimientos transvaginales más populares y ampliamente informados para la corrección del prolapso apical es la suspensión del ligamento sacroespinoso (SSLS). Descrito por primera vez en 1958, este procedimiento generalmente implica la suspensión unilateral o bilateral del ápice vaginal del ligamento sacroespinoso mediante un abordaje extraperitoneal. Series de observación y estudios clínicos han demostrado que, aunque la recurrencia apical después de SSLS es rara (2,4% a 19%), la recurrencia del prolapso vaginal anterior es más problemática (6% a 28,5%) (64).

Un componente clave de la reparación del prolapso de órganos pélvicos (POP) es restaurar el soporte DeLancey Clase I, o soporte apical, porque ayuda a sostener todo el espacio vaginal. Aunque el prolapso de la pared vaginal anterior es el sitio más común de prolapso, suele haber cierto grado de defecto apical, especialmente en mujeres con prolapso de la pared anterior detrás del himen (65).

En ausencia de un soporte apical adecuado, la cirugía de prolapso vaginal se asocia con una mayor tasa de recurrencia.

Por lo tanto, la corrección quirúrgica debe centrarse en lo siguiente: reparación de los defectos de la fascia, lograr un soporte apical satisfactorio y restaurar la continuidad anatómica entre el soporte de nivel I y el soporte de nivel II de DeLancey, o las inserciones laterales de la vagina media para la aponeurosis del elevador del ano (65).

El propósito de la suspensión de la cúpula al USL es conectar la parte dura del ligamento uterosacro (USL) a la prefascia del recto y el cuello púbico. La suspensión del fondo de saco por encima del nivel de la columna isquiática suele proporcionar longitud y soporte vaginal adecuados (66).

Esta técnica se utiliza para fijar el USL 1 cm medial y posterior al isquion con un clip de Allis. Luego se coloca una sutura trenzada permanente en su lugar desde una dirección lateral a medial. La segunda costura se coloca 1-2 cm por encima de la primera costura. Después de la colocación de la sutura, se inyectó índigo carmín por vía intravascular y se realizó una cistoscopia. Colocamos las suturas lateral y medialmente sin tensión mientras aseguramos las salidas ureterales bilaterales. Se realizan todos los procedimientos adicionales y las suturas USL se unen secuencialmente a los pliegues anterior y posterior del manguito vaginal. Tenga cuidado y mantenga 1 cm del borde exterior del puño para evitar que las costuras se desgasten con el tiempo. Luego se atan las suturas medialmente a los lados mientras se suspende la manga con un Allis (66).

Se tienen que tomar en cuenta las posibles complicaciones de este procedimiento como lesión ureteral, intestinal, absceso pélvico, erosiones de los puntos de sutura entre otras complicaciones, a pesar de esto, durante un período de seguimiento de 5 años, la suspensión del ligamento uterosacro alto parece ser una solución duradera y procedimiento de larga duración para la reparación de la bóveda apical y prolapso uterovaginal. En muchos pacientes los objetivos de la reconstrucción vaginal se pueden lograr a través de un abordaje en este sitio que ofrece las

ventajas de una menor morbilidad y menos molestias operatorias en comparación con un abordaje abdominal (67).

Al igual que la USLS, la culdoplastia de Mayo/McCall utiliza los ligamentos uterosacros proximales para suspender el vértice vaginal. La principal diferencia es que el procedimiento de Mayo/McCall utiliza ligamentos uterosacros de la línea media para eliminar el fondo de saco posterior. Aunque se realiza con frecuencia, existen datos limitados que describen los resultados de este procedimiento. Colombo y Milani compararon retrospectivamente los resultados de la faloplastia de McCall modificada con la fijación del ligamento sacroespinoso (SSLS) (n = 62 en cada grupo). La tasa de recurrencia después de la faloplastia de McCall (grado de Baden-Walker ≥ 2) después de 4 a 9 años es del 15%, lo que no es significativamente diferente del grupo SSLS (64).

Los cirujanos que asesoran a las mujeres sobre las opciones quirúrgicas para el POP deben ser conscientes de que existen resultados subjetivos similares a corto y mediano plazo entre las diferentes opciones quirúrgicas, pero existen algunas diferencias entre las operaciones en términos de fracaso objetivo. Independientemente del método utilizado, la tasa de fracaso objetivo general de la sacrocolpopexia es menor que la de la colposuspensión (68).

La sacrocolpopexia, descrita por primera vez por Lane en 1962, ha sido durante mucho tiempo el procedimiento de elección para muchos cirujanos en el tratamiento del prolapso vaginal apical, aunque un abordaje vaginal con o sin injertos de malla

es un abordaje alternativo. La aceptación de la sacrocolpopexia, especialmente de las técnicas mínimamente invasivas, ha aumentado significativamente. Aunque existen datos sólidos que respaldan la eficacia general de la sacrocolpopexia, existen diferencias significativas en las indicaciones y prácticamente en todos los aspectos técnicos del procedimiento, comúnmente conocido como sacrocolpopexia (SCP) o sacrocolpopexia abdominal (ASC) (69).

La tecnología ASC ha evolucionado con el tiempo. En 1949, Arthur describió el uso de un ligamento longitudinal anterior para estabilizar el ápice vaginal y en 1962 la colocación de un injerto para unir el ápice vaginal al sacro. La cirugía ha evolucionado a medida que ha evolucionado la tecnología. Los cambios incluyen la ubicación de la fijación, el tipo de material del injerto, el grado de anatomía vaginal y el cambio de la cirugía abierta a técnicas mínimamente invasivas como los abordajes laparoscópicos y robóticos (70).

El principio general de la sacrocolpopexia (ASC) es utilizar un injerto intercalado para anclar el ápice vaginal al ligamento longitudinal sacroanterior, restaurar el soporte suspensorio y realinear la vagina a lo largo del eje normal de la línea media. Las diferencias en la técnica quirúrgica están relacionadas con factores del paciente, la preferencia del cirujano y consideraciones técnicas importantes. Las variables de los pacientes incluyen el estadio del prolapso, el compartimento afectado, la calidad del tejido vaginal y las comorbilidades. Las tres principales consideraciones técnicas que influyen en los resultados son el punto de fijación

sacro, el cierre peritoneal del injerto de inserción y el tipo de injerto de inserción utilizado (70).

En resumen, la sacrocolpopexia abdominal es uno de los procedimientos mejor estudiados para la reparación del POP. Se ha demostrado que es el tratamiento más eficaz para el prolapso apical y debe considerarse el procedimiento estándar para tratar esta afección. La sacrocolpopexia mínimamente invasiva laparoscópica (LSC) o robótica (RSC) parece tener resultados a corto plazo comparables a la cirugía abierta y ofrece a los pacientes los beneficios reconocidos de la cirugía mínimamente invasiva (71).

Aunque los principios de la cirugía son los mismos, las técnicas quirúrgicas difieren. Teniendo en cuenta la seguridad del paciente, se requiere una formación adecuada en cirugía mínimamente invasiva y una lectura crítica de datos científicos para lograr resultados quirúrgicos óptimos (71).

Así, el clínico dispone de una amplia gama de técnicas para tratar el prolapso genital en pacientes menores de 80 años en buen estado general. Pero más allá de eso, la esperanza de vida reducida, la presencia de patologías crónicas a menudo graves y el riesgo de complicaciones locales aumentado por la deficiencia hormonal, hace que el manejo del prolapso en la vejez sea problemático (72).

La oclusión vaginal o colpocleisis es una técnica paliativa antigua pero que todavía se practica en la actualidad. Aunque eficaz y reconocida, sus indicaciones siguen

siendo controvertidas porque compromete la función sexual y la posibilidad de un diagnóstico precoz del cáncer de útero. No obstante, este procedimiento sigue siendo para pacientes seleccionadas, una alternativa quirúrgica al tratamiento conservador (72).

Una colpocleisis completa suele referirse a la extirpación de la mayor parte del epitelio vaginal del anillo himenal en dirección posterior y de 0,5 a 2,0 cm del orificio uretral externo en dirección anterior. La colpocleisis parcial es una técnica en la que parte del epitelio vaginal se deja en su lugar para proporcionar un canal de drenaje para las secreciones cervicales u otras secreciones genitales superiores según la técnica de LeFort o una técnica de LeFort modificada. Otros términos utilizados para describir estos procedimientos incluyen vaginectomía total o parcial, vaginectomía y vaginectomía total o subtotal. En la práctica, no existen diferencias claramente definidas entre estos procedimientos y su aplicación es imprecisa (73).

Técnicas quirúrgicas reconstructivas del compartimento posterior. La prevalencia de rectocele en mujeres tiene rangos desde 12,9 a 18,6 % y la cada años se espera una cantidad de 5,7 casos por 100 años en mujeres (74).

La literatura publicada continúa clasificando las reparaciones vaginales posteriores en lo que se ha denominado una “técnica tradicional”, lo que implica que la reparación se ha complementado con una plicatura del músculo elevador del ano en la línea media, o una “técnica de sitio específico”, lo que implica que se identifican y reparan defectos discretos en la fascia rectovaginal y no se realiza plicatura del elevador (75).

La colporrafia posterior transvaginal tradicional con tejido nativo debe considerarse en primer lugar para mejorar la anatomía y los síntomas de la defecación obstruida, aunque con un mayor riesgo de dispareunia en relación con otros métodos quirúrgicos. Esta recomendación está respaldada por una revisión previa que proporcionó evidencia de nivel A de que el abordaje transvaginal del compartimiento posterior es superior al abordaje transanal para el tratamiento del prolapso (76).

Los enfoques quirúrgicos para la reparación del rectocele han cambiado a lo largo de los años. La técnica tradicional de sutura vaginal posterior se originó en la reparación de desgarros perineales durante el parto y su historia se remonta al siglo XVI. Las tasas de curación anatómica del rectocele oscilan entre el 76% y el 96%. El epitelio de la pared posterior de la vagina se abre en la línea media y se divide lateral y superficialmente. La reparación se realiza a través de una incisión en la línea media de la musculatura vaginal o del tabique rectal. Luego se recorta el exceso de epitelio y se vuelve a unir a la línea media (77).

Finalmente, el consenso de la ICS y la IUGA para la terminología para informar los resultados de los procedimientos quirúrgicos para el prolapso de órganos pélvicos informó, se requiere información estandarizada para ayudar a responder las preguntas importantes sobre la eficacia y seguridad de los procedimientos POP tradicionales y nuevos. Por lo tanto, el propósito de este informe es proporcionar terminología estandarizada para la definición de cirugía POP y proponer un marco

para informar los resultados quirúrgicos. La coherencia en los informes puede ayudar a generar metanálisis y directrices clínicas fiables (78).

4.1.10 Calidad de vida en Prolapso de Órganos Pélvicos

El prolapso puede provocar molestias en la vagina, pérdidas de orina y dificultades para ir al baño. Estos síntomas pueden afectar significativamente la calidad de vida de una mujer y tener consecuencias sociales, psicológicas y sexuales. La eficacia de diversas intervenciones de prevención del prolapso se mide por el alivio de los síntomas, la tasa de recurrencia del prolapso y la mejora de la función sexual y la calidad de vida (79).

Un creciente conjunto de investigaciones demuestra la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL) y las evaluaciones del estado funcional como complementos importantes de los resultados clínicos estándar. Al evaluar la eficacia de diferentes métodos de tratamiento para el prolapso de órganos pélvicos (POP), uno de los resultados más importantes es la calidad de vida (79). Los pacientes con trastornos del suelo pélvico son parte de una experiencia multifacética y se debe considerar que existen en múltiples dominios psicológicos.

Se ha demostrado que la imagen corporal es un componente importante de las diferencias en la calidad de vida, aunque esto no se ha evaluado en mujeres con prolapso de órganos pélvicos. Dada la sensibilidad del prolapso de órganos pélvicos y su impacto en la apariencia genital femenina, particularmente durante la maduración genital, su presencia puede hacer que algunas mujeres se sientan

incómodas con su apariencia y afectar su percepción personal de la feminidad, el comportamiento sexual general y la imagen corporal (80).

La calidad de vida puede verse afectada en conjunto con el prolapso de órganos pélvicos con incontinencia urinaria (IU), es un problema médico global observado en todos los grupos de edad en diferentes países, culturas y etnias. Es una condición clínica y no una enfermedad en sí misma. La IU es más común en mujeres mayores y puede afectar hasta entre el 58% y el 84% de las personas mayores. Sin embargo, se ha informado que su prevalencia general ronda el 26-34%. Las tasas de prevalencia varían entre países debido a las diferentes definiciones de IU, grupos destinatarios, características de los estudios, herramientas de evaluación, tasas de respuesta, grupos de edad, sexo, acceso a la atención médica y otros factores (81).

No todos los problemas de incontinencia vesical o intestinal se pueden curar completa y permanentemente. Para aquellos cuyos síntomas persisten, el desafío es descubrir cómo controlar la incontinencia para minimizar el impacto en la salud y la calidad de vida (CdV). Esto suele implicar el uso de productos para la incontinencia para controlar la fuga de orina y heces. Incluso aquellas cuya incontinencia finalmente se trata con éxito pueden tener que soportar los síntomas durante un período de tiempo, como esperar a la cirugía o al entrenamiento de los músculos del piso pélvico, para obtener los beneficios, y pueden usar productos para la incontinencia durante un período corto de tiempo (82).

Los síntomas son indicadores subjetivos de enfermedad o cambios en el estado percibidos por los pacientes, cuidadores o parejas y pueden impulsarlos a buscar ayuda de un profesional de la salud. Los síntomas se pueden dar o describir durante la entrevista con el paciente. Suelen ser de buena calidad. En general, los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) no se pueden utilizar para hacer un diagnóstico definitivo. También pueden indicar afecciones distintas a la disfunción del tracto urinario inferior (LUTD), como una infección del tracto urinario. Un síntoma también se define como cualquier fenómeno anormal o desviación de un estado normal de estructura, función o sensación; que una persona experimenta e indica una enfermedad o problema de salud. Los síntomas son voluntarios o inducidos por el paciente o pueden ser descritos por los familiares del paciente (83).

Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar la calidad de vida (CdV). Algunos evalúan la apariencia general, mientras que otros son específicos del POP, como el Inventario de malestar por prolapso de órganos pélvicos (POPDI-6) y el Cuestionario de impacto del prolapso de órganos pélvicos (POPIQ-7). Algunos cuestionarios se refieren específicamente a la calidad de vida sexual. La investigación sobre calidad de vida en POP es muy diversa, utilizando diferentes métodos, herramientas y medidas de seguimiento. Por tanto, existen pocos estudios que resuman los resultados y proporcionen recomendaciones definitivas. Una revisión sistemática es la mejor manera de resumir los efectos del tratamiento NOP sobre la calidad de vida (84).

Los pacientes con POP de moderado a grave tienen una calidad de vida significativamente reducida y la cirugía es la principal opción de tratamiento. Tradicionalmente, las decisiones quirúrgicas se han basado principalmente en anomalías anatómicas. Sin embargo, es posible que los resultados objetivos de las pruebas no reflejen con precisión los cambios en la calidad de vida. Por lo tanto, se han publicado varias encuestas sobre calidad de vida para ayudar a evaluar el resultado quirúrgico. Junto con la restauración del posicionamiento anatómico, los estudios de calidad de vida también se han convertido en un criterio importante para evaluar las consecuencias de la cirugía POP. Comprender las mejoras quirúrgicas en las puntuaciones PFDI-20 y PFIQ-7 (85).

En otras enfermedades, los estudios han demostrado que el uso de escalas analógicas para evaluar síntomas o malestar no se asocia con cambios en la calidad de vida después de la cirugía. Se han validado varias encuestas sobre calidad de vida para evaluar los cambios después de la cirugía por prolapso genital, pero ninguna se ha utilizado para determinar las indicaciones de la cirugía. Por tanto, sería útil predecir cambios en la calidad de vida después del tratamiento del prolapso genital para identificar candidatos adecuados para esta cirugía funcional (86).

El PFDI-20 evalúa la presencia y el nivel de malestar provocado por 20 síntomas asociados a los trastornos del suelo pélvico. Consta de tres cuestionarios; El Inventario de prolapso de órganos pélvicos (POPDI-6) incluye 6 ítems, el Inventario de malestar colorrectal y anal (CRADI-8) incluye 8 ítems y el Inventario de malestar

uroológico (UDI-6) incluye 6 ítems. Se preguntó a los pacientes si experimentaban cada síntoma y, de ser así, cuánto les molestaba en una escala de 1 (nada) a 4 (grave). Los puntos de cada cuestionario son de 0 a 100; puntuaciones más altas indican síntomas más graves (86).

En 2001, se desarrollaron dos instrumentos de calidad de vida específicamente para mujeres con diversos tipos de trastornos del suelo pélvico: el Inventario de malestar del suelo pélvico (PFDI) y el Cuestionario de impacto del suelo pélvico (PFIQ). Estas dos herramientas se basan en 2 cuestionarios de calidad de vida relacionados con la afección ampliamente utilizados para mujeres con disfunción reducida del tracto urinario, el Inventario de dificultad urinaria (UDI) y el Cuestionario de impacto de la incontinencia (IIQ), que se describieron originalmente en términos de estructura y contenido. Shumaker et al. (87).

El PFDI y el PFIQ en conjunto pueden ser utilizados por médicos e investigadores para medir en que los síntomas del prolapso del tracto urinario inferior, del tracto gastrointestinal inferior y de los órganos pélvicos afectan la calidad de vida de las mujeres que padecen trastornos del suelo pélvico (87).

POP no causa morbilidad o mortalidad graves, pero puede tener un impacto funcional significativo en la calidad de vida, la autoestima y la sexualidad. Por tanto, el POP suele requerir reparación quirúrgica. Estudios anteriores han demostrado la viabilidad y eficacia del tratamiento quirúrgico laparoscópico o vaginal para los

síntomas anatómicos y funcionales. Además, la calidad de vida (CV) mejoró según un cuestionario validado (88).

El Cuestionario Sexual de Incontinencia por Prolapso de Órganos Pélvicos (PISQ-12), es un instrumento con lenguaje accesible que tiene 12 preguntas que investigan el efecto de la pérdida urinaria y/o prolapso de órganos pélvicos en la función sexual. Contiene tres apartados los cuales califican características conductuales y emocionales (preguntas 1-4), rasgos físicos (preguntas 5-9) y características relacionados con su compañero sentimental (preguntas 10-12). La escala de Likert es usada para puntar y estadificar las respuestas con 'nunca' a 'siempre' en puntuación de 0 a 4. Para los ítems 1-4, se utiliza la puntuación inversa. La calificación tope posible es 48, y las calificaciones con mayor incremento señalan vida sexual favorable (89).

A las personas que informaron síntomas de IU se les administró el Cuestionario de Salud King's Health (KHQ). Este cuestionario evalúa el impacto de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en la calidad de vida de los pacientes. La conformación del cuestionario KHQ tiene 21 preguntas. Los artículos se dividen en dos partes: una sobre salud general y otra sobre los efectos de la incontinencia. Se evalúan siete subdominios: RE (Rol Emocional), RP (Rol Físico), SL (Restricciones Sociales), PR (Relaciones Personales), E (Emociones), S/E (Sueño/Energía) y SS (Severidad de los Síntomas). Cuanto mayor sea la puntuación de la encuesta, peor será la calidad de vida del paciente (90).

El Cuestionario de Consulta Internacional sobre Incontinencia y Síntomas Vaginales (ICIQ-VS) fue creado y estandarizado en 2006 por Price et al. Como módulo del proyecto del Cuestionario de Consulta Internacional sobre Incontinencia (ICIQ). Luego, el ICIQ-VS se tradujo a varios idiomas (alemán, portugués, cingalés, tamil, griego y danés) y se validó con éxito. El ICIQ-VS consta de tres escalas: (1) puntuación de síntomas vaginales, (2) puntuación de problemas sexuales y (3) puntuación de calidad de vida (91).

Los trastornos del suelo pélvico pueden afectar la satisfacción y la función sexual. El prolapso o la incontinencia pueden afectar la capacidad física para tener relaciones sexuales. Por ejemplo, las percepciones de una mujer y/o su pareja al sentir laxitud de la musculatura vaginal o una obstrucción vaginal durante el coito con penetración podrían comprometer la satisfacción sexual. Sentirse sexualmente poco atractivo debido al prolapso o la incontinencia puede provocar una disminución de la imagen corporal, lo que a su vez puede afectar la comodidad y la función sexual (92).

En un protocolo de Nina K. et al. Un gran estudio de cohorte a nivel nacional proporciona evidencia de que el tratamiento quirúrgico del POP es eficaz para mejorar los síntomas asociados y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Dos años después de la cirugía, el 90,0% de los pacientes sintieron que su condición había mejorado. En general, el 72% de los pacientes informaron una mejora clínicamente significativa en la calidad de vida en comparación con los niveles preoperatorios. Por tanto, la satisfacción del paciente es alta (93).

El Cuestionario de Calidad de Vida de Prolapso (P-QoL) es una herramienta simple, confiable y fácil de entender para evaluar la gravedad de los síntomas de POP y su impacto en la calidad de vida de una mujer. Además, proporciona resultados terapéuticos para mujeres con POP, y su aplicabilidad en la práctica clínica es amplia. Esto permite a los médicos relacionar los síntomas con los hallazgos físicos reales (3).

El P-QoL fue desarrollado por Digesu et al., 2005 y fue desarrollado específicamente para poblaciones de habla inglesa. Ha sido adaptado y validado transculturalmente en diferentes países (por ejemplo, Italia, Turquía, Eslovaquia, Brasil, Alemania, Taiwán, Irán, Chile) y, por lo tanto, sólo está disponible en estos países. Contiene 38 preguntas sencillas que reflejan todos los dominios de la calidad de vida relevantes para el concepto de prolapso genitourinario, cada dominio relacionado con un aspecto específico de la calidad de vida: salud general, impacto del prolapso, rol, limitaciones físicas y sociales, relaciones interpersonales, relaciones emocionales. problemas, alteraciones del sueño/energía y medición de la gravedad de los síntomas (3).

En el estudio de Komkrit Aimjirakul, utilizando el ICIQ-VS y la medida de gravedad en P-QOL, encontraron una mejora significativa en los síntomas vaginales al mes y a los 6 meses de seguimiento entre las mujeres que optaron por el uso de pesario, así como entre las que eligieron la cirugía. Además, ambas opciones de tratamiento fueron igualmente efectivas para aliviar los síntomas del prolapso según los cambios

en la puntuación después del tratamiento. Estos hallazgos son similares a hallazgos previos de que tanto los pesarios como la cirugía son opciones de tratamiento efectivas para mujeres con POP sintomático, especialmente síntomas de prolapso (94).

Existen otros cuestionarios que evalúan la calidad de vida como el Inventario WHOQoL-BREF, útil para evaluar la calidad de vida de los pacientes antes y después de la operación. La puntuación total del WHOQoL se basa en 26 puntos (la puntuación mínima es 26 puntos y la puntuación máxima es 130 puntos: cuanto mas grande se encuentre la calificación, se observará mejor calidad de vida). Además de la calidad de vida general y la satisfacción general con la salud, PVOQoL incluye 4 dominios (dominios de salud física, psicológica, social y ambiental) (95).

La calidad de vida también se evalúa con cuestionarios que miden el espectro intestinal, como el Cuestionario Wexner, desarrollado por el Dr. Wexner en 1996 y referenciado en artículos como el Constipation Scoring System (CSS). Incluye 8 ítems que se califican en una escala Likert de cinco puntos excepto uno, que se califica de 0 a 2 (96).

El primer punto es la frecuencia de las deposiciones. Una puntuación de 0 significa "1 o 2 veces cada 1 o 2 días", una puntuación de 1 significa "2 veces por semana", una puntuación de 2 significa "una vez por semana" y un 3 significa "menos de una vez por semana". . Una vez", 4 puntos significa "menos de una vez al mes".

Dificultad para defecar, sensación de defecación incompleta y dolor abdominal son los puntos segundo, tercero y cuarto, respectivamente. Las puntuaciones de 0 a 4 significan "nunca" y "muy a menudo". , respectivamente. . Rara vez ", "a veces", "generalmente". siempre". ", respectivamente (96).

El quinto punto es el tiempo pasado en el baño (minutos) por intento, donde una puntuación de 0 indica "menos de 5 minutos". Una puntuación de 1 significa "de 5 a 10 minutos", una puntuación de 2 significa "de 10 a 20 minutos", una puntuación de 3 significa "de 20 a 30 minutos" y una puntuación de 4 significa "más de 30 minutos". El sexto ítem es el tipo de asistencia, donde una puntuación de 0 indica "sin asistencia", una puntuación de 1 indica "laxantes estimulantes" y una puntuación de 2 indica "ayuda digital o enema". El séptimo ítem es un intento fallido de evacuación cada 24 horas, con puntuaciones que van de 0 a 4 indicando "nunca", "1 a 3", "3 a 6", "6 a 9" y "más de 9", respectivamente. . . El octavo punto es la duración del estreñimiento (años), con una puntuación de 0 a 4 que indica "0 (años)", "1 a 5 (años)", "5 a 10 (años)" y "10 a 20 (años)).")" respectivamente... años)" y "más de 20 (años)" (96).

Varios uroginecólogos utilizan la encuesta sobre enfermedades del suelo pélvico en la atención clínica y en la investigación para describir los síntomas de los pacientes y las quejas asociadas y para realizar un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo. Dos instrumentos validados ampliamente utilizados son el Inventario de malestar del suelo pélvico, formulario breve 20 (PFDI-20) y el Cuestionario de impacto del suelo pélvico, formulario breve 7 (PFIQ-7), ambos algo complejos (97).

Los síntomas del suelo pélvico se evaluaron mediante dos herramientas validadas: el Cuestionario de impacto del suelo pélvico, formulario breve 7 (PFIQ-7) y el Inventario de malestar del suelo pélvico, formulario breve 20 (PFDI-20). El PFIQ-7 pregunta a los participantes cómo los síntomas o afecciones de tres categorías diferentes (vejiga u orina, intestino o recto, vagina o pelvis) afectan siete dominios de su calidad de vida. Los participantes respondieron las mismas siete preguntas en tres columnas (una para cada categoría). Los errores al completar el PFIQ-7 se describieron como "omisiones" si se omitía una categoría de síntoma en una pregunta determinada; si todas las categorías de calidad de vida se dejaban en blanco, las "filas faltantes" se describían como "omisiones" (97). El PFDI-20 plantea a los participantes 20 preguntas separadas, cada una dividida en dos partes: primero, ¿experimentan el síntoma con frecuencia? Si es así, ¿qué tan preocupados están con este síntoma? Los errores de PFDI-20 se clasificaron como "líneas perdidas" si el participante se saltó una pregunta completa; Los errores se clasificaron como "líneas saltadas" si se omitía la respuesta a una de las dos partes de la pregunta dada (había síntomas o malestar relacionado) como "omisión". Es "inapropiado" si el encuestado no informa ningún síntoma pero registra algún grado de malestar (97).

Como continúa en esta revisión del trabajo, la evaluación de la calidad de vida en mujeres con disfunción del suelo pélvico (DSP) es esencial para establecer un diagnóstico y determinar el tratamiento adecuado. Por tanto, es necesario evaluar los sentimientos subjetivos de las mujeres. Los cuestionarios autoadministrados y

validados psicométricamente que abordan la presencia y gravedad de los síntomas de PFD, así como su impacto en las actividades diarias y la calidad de vida, son un método válido para obtener una perspectiva del paciente. La gravedad de los síntomas y la calidad de vida en mujeres con PFD se pueden evaluar mediante dos cuestionarios específicos, el Pelvic Floor Discomfort Inventory (PFDI-20) y el Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) (98). PFDI-20 y PFIQ-7 son versiones cortas de dos cuestionarios desarrollados por Barber en Estados Unidos en 2001. Ambos cuestionarios han sido validados en diferentes idiomas como francés, sueco, chino, árabe, turco y español para hispanohablantes de Estados Unidos. , español para hispanohablantes y más recientemente japonés, inglés danés, griego y holandés. Adaptar y validar cuestionarios en una cultura es menos costoso que crear nuevos cuestionarios y permite a los investigadores hacer comparaciones entre países. También permite la comparación de diferentes poblaciones y el diseño de estudios transnacionales (98).

2. Planteamiento del problema

En nuestra población, como hospital de segundo nivel y de carácter asistencial, se propone valorar la calidad de vida en las pacientes post operadas de prolapso de órganos pélvicos utilizando la escala PQoL ya que es un cuestionario validado al español fácil de aplicar a las pacientes, no costoso, cuenta con buena sensibilidad y especificidad para valorar la calidad de vida de aquellas pacientes que padecen algún grado de prolapso de órganos pélvicos, valorar el seguimiento post quirúrgico, explora áreas emocionales, limitaciones en la vida cotidiana, entre otros aspectos importantes para valorar el grado de afección por el prolapso pélvico.

Actualmente no se conoce la calidad de vida en este grupo de pacientes ya que no se realiza la evaluación de la misma, posterior al procedimiento quirúrgico. Es de suma importancia conocer la evolución ya que interfiere en la calidad de vida, la percepción de su salud, impacto del prolapso, limitaciones de su rol, limitaciones físicas, sociales, relaciones personales, emociones, sueño y energía, entre otros aspectos.

3. Justificación

A pesar de contar con las instalaciones adecuadas, insumos y personal capacitado para la realización del tratamiento quirúrgico en pacientes con prolapso de órganos pélvicos, seguimos sin conocer la calidad de vida de todas aquellas que han sido sometidas a algún procedimiento para prolapso de órganos pélvicos. Conocer, medir y demostrar si están mejorando o no las pacientes, será de vital importancia para proponer o implementar nuevas estrategias de abordaje terapéutico en las pacientes post operadas de prolapso de órganos pélvicos.

4. Pregunta de investigación

¿La calidad de vida de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos tendrá mejoría después de haber realizado la cirugía correctiva?

Capítulo III. Hipótesis

Hipótesis alterna

La calidad de vida de las pacientes postoperadas de prolapso de órganos pélvicos mejora en su seguimiento postquirúrgico

Hipótesis nula

La calidad de vida de las pacientes postoperadas de prolapso de órganos pélvicos no mejora al año de seguimiento posquirúrgico.

Capítulo IV. Objetivos

Objetivo primario

- Valorar la calidad de vida de las pacientes que han sido operadas de prolapso de órganos pélvicos

Objetivos secundarios

- Determinar la mejoría objetiva de las pacientes postoperadas en su seguimiento a corto plazo con la escala de POP-Q.
- Investigar factores, variables preoperatorias asociados a mayor riesgo de recurrencia de prolapso de órganos pélvicos.
- Análisis de las técnicas quirúrgicas realizadas en las pacientes con recurrencia del diagnóstico preoperatorio.

Capítulo V. Material y métodos

Diseño del estudio:

Investigación clínica, replicativa, retrospectiva, transversal y observacional con registro de datos

Población.

Pacientes postoperadas de prolapso de órganos pélvicos, en el Hospital Materno Infantil de Nuevo León en el periodo Marzo 2021 a Febrero 2023

Materiales.

Base de datos de pacientes con prolapso de órganos pélvicos en el año 2022 que hayan recibido cirugía para corrección quirúrgica.

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**
 - Mujeres atendidas en el Hospital Regional Materno Infantil de Nuevo León que hayan recibido cirugía para prolapso de órganos pélvicos como colpoplastia anterior, colpoplastia posterior, histerectomía, suspensión a ligamento sacroespinoso, suspensión a ligamento uterosacro, perineoplastia, colpocleisis y se tenga el seguimiento al año de haber sido operadas
 - Mujeres que cumplan con su seguimiento y realización de encuestas (pre y post- operatoria)

- **Criterios de exclusión**

- Mujeres con déficit cognitivo para contestar el cuestionario
- Mujeres con problemas físicos incapacitantes que imposibilite su capacidad de contestar el cuestionario de calidad de vida
- Pacientes que no atiendan a la llamada, o no acudan al seguimiento médico.
- Pacientes con complicaciones quirúrgicas posteriores al procedimiento

- **Criterios de eliminación**

- Información incompleta del expediente
- Pacientes con cuestionario incompleto

Evaluaciones del estudio

Historia Clínica y datos demográficos

Resumen del proceso

Se realizó una historia clínica en el expediente electrónico y/o físico que incluya los siguientes datos: Antecedentes familiares de enfermedades clínicamente significativas con la patología, antecedente personal de enfermedades crónico-degenerativas clínicamente significativas, antecedentes gineco-obstétricos y estado reproductivo, cirugías previas, antecedentes de tabaquismo, alergias, medicamentos de uso crónico de la paciente, alguna medicación que afecte directamente al piso pélvico.

Los datos demográficos incluyeron la edad, el sexo y la paridad promedio. Se obtendrá un cuestionario autoaplicado o por llamada telefónica, previamente bajo consentimiento informado bien requisitado (ver anexo 3) y guiado a través del investigador principal, los datos obtenidos se recabaron en una base de datos, finalmente, se procedió al análisis de los mismos.

Exploración Física

La exploración física que se le realizó a las pacientes incluyó una evaluación del estado general de la paciente, así como de cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta, los sistemas cardiovascular, dermatológico, músculo- esquelético, respiratorio, gastrointestinal y neurológico, con el objetivo de considerar apta a la paciente para

participar en el estudio. También se incluyó la exploración física básica uroginecológica, dentro de ella la evaluación del prolapso estadificando el grado de prolapso y los puntos con la escala de POP-Q (ver anexo 1). Se tomó en cuenta el índice de masa corporal (IMC) por lo que se registrará el peso y la talla de la paciente para calcularlo.

Clasificación y diagnóstico del prolapso de órganos pélvicos

Etapas del prolapso de órganos pélvicos:

Las etapas se basan en la extensión máxima del prolapso en relación con el himen, en uno o más compartimentos.

- Estadio 0: sin prolapso; los puntos anterior y posterior son todos -3 cm, y C o D está entre $-TVL$ y $-(TVL - 2)$ cm.
- Estadio I: no se cumplen los criterios para el estadio 0 y el prolapso más distal está a más de 1 cm por encima del nivel del himen (menos de -1 cm).
- Estadio II: el prolapso más distal se encuentra entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo del himen (al menos un punto es -1 , 0 o $+1$).
- Estadio III: el prolapso más distal está a más de 1 cm por debajo del himen pero no más de 2 cm por debajo del TVL.
- Estadio IV: Representa procidencia completa o eversión de la bóveda; el prolapso más distal sobresale al menos $(TVL - 2)$ cm. (99).

Metodología

Se recabó la información de calidad de vida de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos previo al manejo quirúrgico correctivo.

Se realizó cuestionario de calidad de vida para el prolapso de órganos pélvicos PQoL posterior al año a la intervención quirúrgica autoaplicado o por llamada telefónica guiado a través del investigador principal, los datos obtenidos se recabaron en una base de datos y se procedió al análisis de los mismos.

Se realizó un análisis y captura de información de los expedientes electrónicos y/o físicos del archivo clínico del hospital para evaluar los parámetros clínicos de las pacientes.

Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable
Edad	Años de edad cumplidos al momento de presentarse para manejo del prolapso	Misma	Numérica
Paridad	Número de embarazos previos al momento de su abordaje clínico	Misma	Numérica
Índice de masa Corporal IMC	Se divide los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros (IMC= peso (kg) / estatura m ²)	IMC <20: peso bajo IMC entre 20-25: peso normal IMC entre 25-30: sobre peso IMC entre 30-35: obesidad tipo I IMC entre 35-40: obesidad tipo II IMC >40: obesidad mórbida	Numérica
Clasificación de Prolapso de Órganos Pélvicos	Las etapas se basan en la extensión máxima del prolapso en relación con el himen, en uno o más compartimentos	Estadio 0: sin prolapso; los puntos anterior y posterior son todos -3 cm, y C o D está entre - TVL y - (TVL - 2) cm. Estadio I: no se cumplen los criterios para el estadio 0 y el prolapso más distal está a más de 1 cm por encima del nivel del himen (menos de -1 cm). Estadio II: el prolapso más distal se encuentra entre 1 cm por encima y	Nominal

		<p>1 cm por debajo del himen (al menos un punto es -1, 0 o +1).</p> <p>Estadio III: el prolapso más distal está a más de 1 cm por debajo del himen pero no más de 2 cm por debajo del TVL.</p> <p>Estadio IV: Representa procidencia completa o eversión de la bóveda; el prolapso más distal sobresale al menos (TVL - 2) cm</p>	
Comorbilidades	También conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro.	Presente o Ausente	Nominal
Percepción de la Salud General	Es un indicador subjetivo propio del paciente del estado de salud, usado en las encuestas de salud en Atención Primaria	$(P1-1) / 4 \times 100$	Numérica
Impacto del prolapso	Es la gravedad de los síntomas generados por el	$(P2-1) / 3 \times 100$	Numérica

	prolapso de órganos pélvicos		
Limitaciones de rol	Esta dado por la severidad con la que se ven afectadas las actividades como las tareas del hogar, o su rol en el trabajo.	$((P4.A + P4B) - 2) / 6 \times 100$	Numérica
Limitaciones Físicas	Disminución o ausencia de funciones motoras o físicas, que a su vez repercute, en el desenvolvimiento o forma de llevar a cabo determinadas actividades	$((P5.A + P5B) - 2) / 6 \times 100$	Numérica
Limitaciones Sociales	El grado de afección en las relaciones interpersonales ocasionada por el prolapso	$((P5.C + P5D + P6.C) - 3) / 9 \times 100$ Si $P6.C = 0$, entonces: $((P5.C + P5D) - 2) / 6 \times 100$	Numérica
Relaciones Personales	Son intercambios de experiencias y convivencias que nos ayudan a desarrollar sentimientos como la alegría, la decepción, las expectativas, entre otros, se pueden ver afectadas por el prolapso de	$((P6.A + P6.B) - 2) / 6 \times 100$ Si $P6.A + P6.B = 1$, entonces: $((P6.A + P6.B) - 1) / 3 \times 100$ Si $P6.A + P6.B = 0$, entonces: valor perdido (no aplicable)	Numérica

	<p>órganos pélvicos, en este cuestionario se incluye una pregunta relacionada a la vida sexual.</p>		
Emociones	<p>Las emociones son el conjunto de reacciones psicofisiológicas que tenemos como respuesta a estímulos externos el prolapso de órganos pélvicos puede generar depresión y ansiedad.</p>	$((P7.A + P7B + P7.C) - 3) / 9 \times 100$	Numérica
Sueño / Energía	<p>El sueño es un estado fisiológico, activo y rítmico, que aparece cada 24 horas y recupera la energía o vitalidad para las actividades diarias.</p>	$((P8.A + P8B) - 2) / 6 \times 100$	Numérica
Medidas de severidad	<p>Es la frecuencia con la que se presentan los síntomas relacionados al prolapso</p>	$((P9.1.A + P9.1.B + P9.2.A + P9.2.B) - 4) / 12 \times 100$	Numérica

Cálculo del tamaño de la muestra

Se incluyeron pacientes operadas por prolapso de órganos pélvicos durante el periodo del 1 de marzo 2021 al 28 de febrero de 2023. Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con una fórmula de estimación de dos proporciones. Esperando, de acuerdo con datos de la literatura, un puntaje de pobre o mala calidad de vida de alrededor del 80% de las pacientes previo a la cirugía y disminuyendo a 40% al menos, posterior a la cirugía (101), con un poder de 80% y un nivel de significación a dos colas del 5%, se requieren al menos 20 pacientes en el estudio.

DIFERENCIA DE DOS PROPORCIONES				
	$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$			
valor P1	0.8	0.16		n = 19.75
valor Q1	0.2		0.16	
valor P2	0.4	0.24		
valor Q2	0.6			
valor K	7.9			

Donde:

p1= Proporción esperada de la variable de interés en grupo 1 = 0.80

p2= Proporción esperada de la variable de interés en grupo 2 = 0.40

q1= 1-p1 (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio) = 0.20

q2= 1-p2 (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio) = 0.60

K= Constante *K* determinada por valores de $z\alpha$ y $z\beta$ = 7.9

Valores de K

Poder					
Nivel significación dos colas	50%	80%	90%	95%	Nivel significación una cola
0.1	2.7	6.2	8.6	10.8	0.05
0.05	3.8	7.9	10.5	13.0	0.025
0.025	5.4	10.0	13.0	15.8	0.01
0.01	6.6	11.7	14.9	17.8	0.005

Métodos y modelos de análisis de los datos según el tipo de variables

Se reportaron los datos cualitativos categóricos por medio de frecuencias y porcentajes, los cuantitativos por medio de medidas de tendencia central y de dispersión, según corresponda, previa prueba de normalidad por Kolmogorov-Smirnov. Se realizaron comparaciones de variables categóricas por medio de las pruebas de test de Fisher y chi cuadrada de Pearson, se utilizará pruebas de t pareada para variables independientes o test de Mann-Whitney para comparar variables numéricas entre las diferencias antes y después de la cirugía.

Programas utilizados para el análisis de datos

Se procesaron los datos por medio de MS Excel 2017 y se analizaron por medio del paquete estadístico IBM SPSS versión 25.

Consideraciones éticas

Cumplimiento con las leyes y regulaciones

Este estudio se realizó en total conformidad con la guía de la ICH E6 de las Buenas Prácticas Clínicas y con los principios de la Declaración de Helsinki o con las leyes y regulaciones del país y comités de ética a los cuales se someta este protocolo.

Confidencialidad

Los datos proporcionados no fueron sensibles y no se necesitó mantener estándares

estrictos de confidencialidad. Por lo que se apegó a los procesos de atención ya establecidos de manejo del paciente en el hospital.

La información médica de la paciente obtenida en este estudio se mantuvo confidencial y no podrá divulgarse a terceros al menos que se tenga autorización por separado para usar y revelar la información personal sobre la salud firmada por el paciente o a menos que lo permita o lo requiera la ley.

La información médica es parte del historial médico de cada paciente. Los datos de este estudio serán revisados según corresponda por las autoridades sanitarias estatales y locales y los representantes del IRB/EC.

Riesgos previsibles y probables

La naturaleza del presente estudio lo caracteriza como un estudio “sin riesgo” en donde únicamente se aplicaron encuestas vía telefónica o presenciales.

Capítulo VI. Resultados

Se incluyeron un total de 68 encuestas, de las cuales el puntaje de 7 rubros que mide la escala se presentó una mejoría completa (100%), solamente la variable percepción de salud tuvo una mejoría del 50% en cuanto asociación a la calidad de vida y recurrencia del prolapso de órganos pélvicos. A pesar de observarse recurrencia anatómica en 5 pacientes, seguían presentando una mejoría del 100% en la calidad de vida. Dentro de las características demográficas, se observó la población con una media de edad de 55.9 ± 10.3 años. Las características preoperatorias de las pacientes se resumen en la tabla 1. La principal comorbilidad identificada fue hipertensión arterial (30.9%), seguido de diabetes mellitus (17.6%). Del total, la mayoría tenían antecedente de embarazo (95.6%) y 22.1% tenían antecedente de cesárea. Además, 54 (79.4%) se encontraban en periodo de postmenopausia. Se documentó prolapso anterior en 54 (79.4%), apical en 35 (51.5%) y posterior en 14 (20.6%) casos.

Tabla 1. Características preoperatorias de las pacientes.

Variable	
Edad (años)	55.9 ± 10.3
Peso (kg)	66.4 ± 9.9
Talla (m)	1.54 ± 0.05
IMC (kg/m ²)	27.7 ± 3.8
Comorbilidades	
Hipertensión arterial crónica	21 (30.9%)
Tabaquismo	2 (2.9%)
Diabetes mellitus tipo 2	12 (17.6%)
Otras	5 (7.4%)
Paridad	
No	3 (4.4%)

Sí	65 (95.6%)
Antecedente de cesárea	15 (22.1%)
Postmenopausia	54 (79.4%)
Prolapso anterior	54 (79.4%)
Prolapso apical	35 (51.5%)
Prolapso posterior	14 (20.6%)

En la tabla 2 se reportan los tipos de técnicas quirúrgicas empleadas en las pacientes. Del total, 47 (69.1%) fueron manejadas con histerectomía, 33 (48.5%) con perineoplastia, 3 (4.4%) con colpocleisis o colpectomía, 1 (1.5%) con sacrocolpopexia, 18 (26.5%) con colposuspensión alta US y 2 (2.9%) con colposuspensión a LSE. Además, se realizó colporrafia anterior en 58 (85.35), colporrafia posterior en 31 (45.6%) y cirugía de Manchester en 1 (1.5%).

Tabla 2. Técnicas quirúrgicas empleadas en las pacientes.

Variable	
Histerectomía vaginal	47 (69.1%)
Perineoplastia	33 (48.5%)
Colpocleisis o colpectomía	3 (4.4%)
Sacrocolpopexia	1 (1.5%)
Colposuspensión alta US	18 (26.5%)
Colposuspensión a LSE	2 (2.9%)
Colporrafia anterior	58 (85.3%)
Colporrafia posterior	31 (45.6%)
Cirugía de Manchester	1 (1.5%)

Se encontró un cambio en todas las mediciones por POP-Q de manera significativa ($P < 0.001$ en todas las mediciones), a excepción de cp ($P = 0.293$). Se documentó una mayor cantidad de pacientes que pasaron a estadio 0-I posterior a la cirugía

($P < 0.001$). Sin embargo, 8 (12.3%) pacientes presentaron recurrencia del prolapso, de las cuales 5 casos fueron asintomáticas y 3 sintomáticas (tabla 3).

Tabla 3. Evaluación POP-Q y estadio del prolapso antes y después de la cirugía.

Variable	Antes	Después	P
POP-Q			
Aa	1 (0 a 2)	-2 (-3 a -1)	<0.001
Ba	1 (0 a 3)	-3 (-3 a -2)	<0.001
C	-2 (-5.7 a 2)	-6 (-7 a -5)	<0.001
Gh	4 (3 a 5)	4 (3 a 4)	<0.001
Cp	3 (2 a 3)	3 (2 a 3)	0.293
Tvl	9 (8 a 10)	8 (6 a 8)	<0.001
Ap	-1 (-2 a 0)	-2 (-3 a -1)	<0.001
Bp	-2 (-3 a -1)	-3 (-3 a -2)	<0.001
D	-	-7 (-8 a -7)	-
Estadio del prolapso	-		<0.001
0-	0 (0%)	57 (83.8%)	
I	0 (0%)	6 (8.8%)	
II	29 (42.6%)	4 (5.9%)	
III	35 (51.5%)	0 (0%)	
IV	4 (5.9%)	0 (0%)	

De manera significativa, encontramos que las pacientes que recurrieron tuvieron un menor IMC (25.2 vs. 28.1 kg/m², $P=0.046$) y tenían un menor peso (59.2 vs. 67.3 kg, $P=0.029$), sin embargo, no encontramos otras características preoperatorias asociadas (tabla 4). Tampoco se relacionó con el tipo de técnica quirúrgica empleada (tabla 5).

Tabla 4. Asociación de las características preoperatorias con la recurrencia del prolapso al postoperatorio.

Variable	Recurrencia n = 8	Sin recurrencia n = 60	P
Edad (años)	56.7 ± 10.6	55.8 ± 10.3	0.809
Peso (kg)	59.2 ± 10	67.3 ± 9.6	0.029
Talla (m)	1.53 ± 0.01	1.54 ± 0.06	0.473
IMC (kg/m ²)	25.2 ± 4.2	28.1 ± 3.6	0.046
Comorbilidades	-		
Hipertensión arterial crónica	2 (25%)	19 (31.7%)	0.526
Tabaquismo	1 (12.5%)	1 (1.7%)	0.223
Diabetes mellitus tipo 2	3 (37.5%)	9 (15%)	0.141
Otras	1 (12.5%)	4 (6.7%)	0.476
Paridad			0.317
Primípara	1 (12.5%)	2 (3.3%)	
Multípara	7 (87.5%)	58 (96.7%)	
Antecedente de cesárea	2 (25%)	13 (21.7%)	0.567
Postmenopausia	6 (75%)	48 (80%)	0.892
Prolapso anterior	5 (62.5%)	49 (81.7%)	0.206
Prolapso apical	4 (50)	31 (51.7%)	0.934
Prolapso posterior	0 (0%)	14 (23.3%)	0.277
Estadío del prolapso	-		0.167
I	0 (0%)	0 (0%)	
II	1 (12.5%)	28 (46.7%)	
III	6 (75%)	29 (48.3%)	
IV	1 (12.5%)	3 (5%)	

Tabla 5. Asociación de las técnicas quirúrgicas con la recurrencia del prolapso al postoperatorio.

Variable	Recurrencia n= 8	Sin recurrencia n= 60	P
Histerectomía vaginal	5 (62.5%)	42 (70%)	0.474
Perineoplastia	3 (37.5%)	30 (50%)	0.389
Colpocleisis o colpectomía	0 (0%)	3 (5%)	0.683
Sacrocolpopexia	0 (0%)	1 (1.7%)	0.882
Colposuspensión alta US	2 (25%)	16 (26.7%)	0.645
Colposuspensión a LSE	1 (12.5%)	1 (1.7%)	0.223
Colporrafia anterior	7 (87.5%)	51 (85%)	0.666
Colporrafia posterior	5 (62.5%)	26 (43.3%)	0.259
Cirugía de Manchester	1 (12.5%)	0 (0%)	0.118

A pesar de los anteriores hallazgos, documentamos que las pacientes presentaron una mejoría en los puntajes de calidad de vida de todas las dimensiones evaluadas por medio del instrumento PQoL al postoperatorio ($P < 0.001$) (tabla 6).

Tabla 6. Comparación de los puntajes de calidad de vida antes y después de la cirugía de prolapso de órganos pélvicos.

Variable	Antes	Después	P
Calidad de vida	-		
Percepción de salud general	75 (50-75)	25 (0-25)	<0.001
Impacto del prolapso	100 (66-100)	0 (0-0)	<0.001
Limitaciones de rol	100 (50-100)	0 (0-0)	<0.001
Limitaciones físicas	100 (50-100)	0 (0-0)	<0.001
Limitaciones sociales	77 (24.7-100)	0 (0-0)	<0.001
Relaciones personales	75 (0-100)	0 (0-0)	<0.001
Emociones	100 (55-100)	0 (0-0)	<0.001
Sueño/energía	55 (33-100)	0 (0-0)	<0.001
Medidas de severidad	66 (50-91)	0 (0-6)	<0.001

Capítulo VII. Discusión

Los estudios muestran que casi el 50% de las mujeres pierden algún mecanismo de soporte del suelo pélvico como resultado del parto (102). La incidencia de prolapso sintomático oscila entre el 3% y el 28% (103-105). El prolapso puede causar molestias en la vagina, pérdida de orina y dificultad para ir al baño. Estos síntomas pueden afectar significativamente la calidad de vida de una mujer (106) y tener consecuencias sociales, psicológicas y sexuales (107). Las opciones de tratamiento para el prolapso dependen de la gravedad de los síntomas. El prolapso leve a moderado generalmente se trata con métodos conservadores como estimulación eléctrica, entrenamiento de los músculos del piso pélvico y biorretroalimentación. Los prolapsos más graves suelen requerir cirugía.

Existen varios tipos de cirugía que se utilizan para prevenir el prolapso. La eficacia de diversos procedimientos de prevención del prolapso se mide por el alivio de los síntomas, la tasa de recurrencia del prolapso y la mejora de la función sexual y la calidad de vida (108–110).

Un creciente conjunto de investigaciones sugiere que la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y el estado funcional es un complemento importante de los resultados clínicos estándar (111). Al evaluar la eficacia de varios métodos de tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, uno de los resultados más

importantes es la calidad de vida. Por este motivo, llevamos a cabo este estudio con el objetivo de valorar la mejoría en la calidad de vida de las pacientes postoperadas de prolapso de órganos pélvicos.

En este estudio evaluamos a un total de 68 pacientes que recibieron manejo quirúrgico en nuestra institución. De ellas, la mayoría se encontraba en menopausia (79.4%) y tenían antecedente de gestas previas. Se documentó un prolapso anterior en la mayoría (79.4%), seguido de apical en 51.5% y posterior en 20.6%. De las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas, se realizó colporrafia anterior en 85.3% y posterior en 45.6%; además, se practicó histerectomía vaginal en 69.1%, perineoplastia en 48.5% y colposuspensión alta US en 26.5%.

Encontramos que al postoperatorio, encontramos una diferencia en las diferentes mediciones de POP-Q de las pacientes de manera significativa, aunque no se documentó cambios a nivel del cuerpo perineal (cp). Además, documentamos una recurrencia del 12.3%, siendo la mayoría de estas (62.5%) asintomáticas. Como factores asociados con recurrencia, encontramos que solamente el peso y el IMC menor se asociaban como características presentes en pacientes que recurrieron.

De acuerdo con una revisión sistemática y meta análisis reciente de Schulten et al, se documentó que un mayor IMC se asociaba con mayor riesgo de recurrencia, de 1.75 veces de riesgo, a diferencia de nuestro resultado contradictorio (112). Por su parte, Young et al ahondar en la obesidad, encontrando que existe una asociación

positiva entre el IMC y el prolapso del compartimento posterior en el examen clínico y el ultrasonido, pero no para los compartimentos anterior y central, además de que no hubo asociación con la molestia de los síntomas del prolapso y una asociación negativa con los síntomas del prolapso (113). Díez-Izta et al también reportaron que, a 5 años de cirugía, aquellas con peso corporal elevado (>65 kg) y las mujeres más jóvenes (<60 años) se asociaron con un aumento en el riesgo de recurrencia tanto anatómica como funcional (114), sin embargo, en el meta análisis de Friedman et al no se reportó una asociación de la recurrencia con el peso o IMC de la paciente (115).

Otros factores de riesgo evaluados por Young et al que aumenta el riesgo de recurrencia de prolapso incluyen el peso al nacer tiene un impacto, con una probabilidad de 1.04. Además, la edad es un factor relevante, con una probabilidad de 1.34. El IMC también se relaciona, con una probabilidad de 1.75. Otro factor importante es el defecto del elevador, con una probabilidad de 3,99. En contraste, se identifican factores protectores del prolapso primario, como la cesárea durante el parto, con una probabilidad de 0.08. Asimismo, el tabaquismo también se asocia inversamente, con una probabilidad de 0.59. La paridad, el parto por vagina y la zona del hiato del elevador se establecen como "factores de riesgo confirmados" (112).

En nuestro estudio, en general, documentamos una mejoría en los puntajes de calidad de vida de todas las dimensiones evaluadas en el PQoL. Similarmente,

Mattsson et al llevaron a cabo un estudio nacional en Finlandia para evaluar la calidad de vida posterior a la cirugía de prolapso de órganos pélvicos, donde participaron 2528 mujeres a 6 meses y 2351 a 2 años de seguimiento. Dependiendo de la escala 15D utilizada, los cambios medios en las puntuaciones totales indicaron que se encontraron mejoras clínicamente significativas a los 6 meses pero no a los 2 años. Sin embargo, en ambas evaluaciones de seguimiento se observaron mejoras en la actividad sexual, el malestar y los síntomas, y la evacuación. En general, el 77 % y el 72 % de los participantes informaron mejoras clínicamente significativas en el malestar general a los 6 meses y 2 años de seguimiento, respectivamente. El 84% quedó satisfecho con los resultados y el 90% informó una mejora con respecto a su condición preoperatoria. Los predictores más fuertes de un resultado favorable fueron el prolapso apical progresivo y el prolapso vaginal. Sin embargo, fumar se asocia con resultados adversos (116). Ghanbari et al descubrieron que la calidad de vida de las mujeres mejoró significativamente después de una intervención quirúrgica o con pesario para el prolapso de órganos pélvicos. Los resultados de un metanálisis enseñaron una asociación con grado significativo de estadística entre los métodos de abordaje quirúrgico, incluida la cirugía vaginal y abdominal, y una mejor calidad de vida con actividad sexual en pacientes con prolapso de órganos pélvicos. Sin embargo, agrupar los resultados de los estudios con pesarios no es posible y no tiene sentido en comparación con los objetivos de los estudios con pesarios porque los métodos de pesarios y las encuestas de calidad de vida utilizados son muy heterogéneos. Nuestros estudios y trabajo. Sin embargo, los análisis descriptivos muestran que estos pacientes tienen una mejor calidad de vida (117).

En el estudio que corrieron Belayneh et al, 193 fueron evaluadas a los 3 meses y 185 a los 6 meses de cirugía. La mayoría de las pacientes presentaron prolapso estadio III (81.9%) y fueron sometidas a histerectomía vaginal (55.3%), similar a nuestros datos. Igual que en nuestro trabajo, todos los dominios de P-QoL mejoraron significativamente después de la cirugía. En total, más del 72% de los pacientes demostraron una gran mejora y clínicamente con grado significativo en la calidad de vida en los 6 meses. A los 6 meses de la cirugía, sólo el 2.7% de los pacientes refirieron la presencia de síntomas de bulto y 97.8% de los pacientes reportaron una mejoría en comparación con el estado preoperatorio, por su parte, la edad, el tipo de cirugía y el estadio del prolapso no se asociaron con la mejora de las puntuaciones de P-QoL (118).

Dhital et al encontraron resultados similares. Las puntuaciones medias en los dominios de calidad de vida mejoraron desde el inicio hasta 3 meses después de la cirugía, en todos los dominios de la escala, concluyendo que la calidad de vida mejoró progresivamente entre las mujeres sometidas a cirugía por prolapso de órganos pélvicos, y que es necesario ampliar estos servicios quirúrgicos para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos avanzado en los países de bajos ingresos (119), como el nuestro. Murphy et al. también encontraron que las mejoras en la calidad de vida específica de la afección y las medidas de satisfacción posoperatoria del paciente son comparables en mujeres con prolapso que se someten a cirugía reconstructiva u obliterativa (120).

Similar a un estudio previamente discutido de Mattsson et al (116), Humalajärvi et al reportaron que a un año después de la cirugía, la puntuación media 15D de los

pacientes había mejorado, lo que se tradujo principalmente en las dimensiones de excreción (micción y defecación), actividades habituales, malestar y síntomas, angustia, vitalidad y actividad sexual. La calidad de vida relacionada con la salud mejoró, especialmente en pacientes con prolapso de órganos pélvicos. Además, informaron una mejoría en los síntomas de la incontinencia urinaria, la polaquiuria, el estreñimiento y la hinchazón, pero la cirugía no tuvo ningún efecto sobre la incontinencia anal. Los pacientes sin prolapso de órganos pélvicos de su estudio documentaron una mejoría en la dimensión del dolor, la frecuencia urinaria y la sensación de abultamiento (121).

En general, los estudios muestran una mejoría de la calidad de vida posterior a la cirugía de prolapso de órganos pélvicos, similar a lo que reportamos en nuestro estudio. Una de las limitantes que tuvimos fue la dificultad para llevar a cabo un análisis que pudiera dilucidar más los factores asociados con recurrencia, lo que puede ser debido a la baja incidencia en general de recurrencia y la cantidad de pacientes que incluimos. Por su parte, debido a la heterogeneidad de tratamientos quirúrgicos, no pudimos evaluar cuál de las cirugías se asociaba con algún mejor impacto en la calidad de vida. Además, no contamos con un control para evaluar el impacto de la cirugía en general con respecto a pacientes que no reciben este tratamiento o son manejadas de manera conservadora o menos invasivamente.

Capítulo VIII. Conclusión

En nuestro estudio, en general, documentamos una mejoría en los puntajes de calidad de vida de todas las dimensiones evaluadas en el PQoL.

Además, documentamos una recurrencia del 12.3%, siendo la mayoría de estas (62.5%) asintomáticas.

Como factores asociados con recurrencia, encontramos que solamente el peso y el IMC menor se asociaban como características presentes en pacientes que recurrieron.

Se requiere un estudio que permita dilucidar el tipo de cirugía con mayor impacto para los pacientes.

Capítulo IX. Referencias

1. Haylen, B. T., et al. (2016). An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourology and urodynamics*, 35(2), 137–168. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/nau.22922>
2. Iglesia, C. B., & Smithling, K. R. (2017). Pelvic Organ Prolapse. *American family physician*, 96(3), 179–185. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0801/p179.html>
3. Sánchez-Sánchez, B., Yuste-Sánchez, M. J., Arranz-Martín, B., Navarro-Brazález, B., Romay-Barrero, H., & Torres-Lacomba, M. (2020). Quality of Life in POP: Validity, Reliability and Responsiveness of the Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QoL) in Spanish Women. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1690. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.3390/ijerph17051690>
4. Collins, S., & Lewicky-Gaupp, C. (2022). Pelvic Organ Prolapse. *Gastroenterology clinics of North America*, 51(1), 177–193. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.gtc.2021.10.011>

5. Weintraub, A. Y., Gliner, H., & Marcus-Braun, N. (2020). Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology*, 46(1), 5–14.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581>

6. Raju, R., & Linder, B. J. (2021). Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. *Mayo Clinic proceedings*, 96(12), 3122–3129.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.mayocp.2021.09.005>

7. American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Urogynecologic Society, & INTERIM UPDATE: This Practice Bulletin is updated as highlighted to reflect the US Food and Drug Administration order to stop the sale of transvaginal synthetic mesh products for the repair of pelvic organ prolapse. (2019). *Pelvic Organ Prolapse. Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 25(6), 397–408.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/SPV.0000000000000794>

8. Barber M. D. (2016). Pelvic organ prolapse. *BMJ (Clinical research ed.)*, 354, i3853. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1136/bmj.i3853>

9. Schulten, S. F. M., Claas-Quax, M. J., Weemhoff, M., van Eijndhoven, H. W., van Leijsen, S. A., Vergeldt, T. F., IntHout, J., & Kluivers, K. B. (2022). Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic

review and meta-analysis. American journal of obstetrics and gynecology, 227(2), 192–208. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2022.04.046>

10. Lee, U. J., Kerkhof, M. H., van Leijsen, S. A., & Heesakkers, J. P. (2017). Obesity and pelvic organ prolapse. Current opinion in urology, 27(5), 428–434. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/MOU.0000000000000428>

11. Walters MD, Karram. 2007. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery, 3rd ed, Mosby-Elsevier. <https://shop.elsevier.com/books/walters-and-karram-urogynecology-and-reconstructive-pelvic-surgery/barber/978-0-323-69783-5>

12. Otcenasek, M., Baca, V., Krofta, L., & Feyereisl, J. (2008). Endopelvic fascia in women: shape and relation to parietal pelvic structures. Obstetrics and gynecology, 111(3), 622–630. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/AOG.0b013e3181649e5c>

13. DeLancey J. O. (2016). What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse?. Current opinion in obstetrics & gynecology, 28(5), 420–429. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/GCO.0000000000000312>

14. Ashton-Miller, J. A., & DeLancey, J. O. (2007). Functional anatomy of the female pelvic floor. Annals of the New York Academy of Sciences, 1101, 266–296. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1196/annals.1389.034>

15. Huebner, M., & DeLancey, J. O. L. (2019). Levels of pelvic floor support: what do they look like on magnetic resonance imaging?. *International urogynecology journal*, 30(9), 1593–1595.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-019-03986-x>

16. Madhu, C., Swift, S., Moloney-Geany, S., & Drake, M. J. (2018). How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? *Neurourology and urodynamics*, 37(S6), S39–S43.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/nau.23740>

17. Riss, P., & Dwyer, P. L. (2014). The POP-Q classification system: looking back and looking forward. *International urogynecology journal*, 25(4), 439–440.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-013-2311-8>

18. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63(1):54-59.

[DOI: 10.20960/j.pog.00262](https://doi.org/10.20960/j.pog.00262)

19. Persu, C., Chapple, C. R., Cauni, V., Gutue, S., & Geavlete, P. (2011). Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *Journal of medicine and life*, 4(1), 75–81.

<https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/21505577/>

20. Harmanli O. (2014). POP-Q 2.0: its time has come!. International urogynecology journal, 25(4), 447–449.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-013-2252-2>

21. Marchese, Katherine. (2009). Improving Evidence-Based Practice: Use of the POP-Q System for the Assessment of Pelvic Organ Prolapse. Urologic Nursing, 29(4),216-223.

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftk&NEWS=N&AN=00007565-200907000-00003>.

22. Cardozo, L. (2022). Textbook of Female Urology and Urogynecology: Surgical Perspectives (5.^a ed., pp. 722–777). USA: CRC Press. USA: CRC Press.

23. David Cohen,S. (2013). Prolapso genital femenino: lo que debería saber. Revista Médica Clínica Las Condes. 24(2), 202-209

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>

24. Smith, T. A., Poteat, T. A., & Shobeiri, S. A. (2014). Pelvic organ prolapse: an overview. JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants, 27(3), 20–33.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/01.JAA.0000443963.00740.4d>

25. Kuncharapu, I., Majeroni, B. A., & Johnson, D. W. (2010). Pelvic organ prolapse. *American family physician*, 81(9), 1111–1117.

<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2010/0501/p1111.html>

26. Machin, S. E., & Mukhopadhyay, S. (2011). Pelvic organ prolapse: review of the aetiology, presentation, diagnosis and management. *Menopause international*, 17(4), 132–136.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1258/mi.2011.011108>

27. Weber, A. M., & Richter, H. E. (2005). Pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*, 106(3), 615–634.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/01.AOG.0000175832.13266.bb>

28. Barber, M. D., & Maher, C. (2013). Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal*, 24(11), 1783–1790.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-013-2169-9>

29. Nygaard, I., Barber, M. D., Burgio, K. L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J., Spino, C., Whitehead, W. E., Wu, J., Brody, D. J., & Pelvic Floor Disorders Network (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*, 300(11), 1311–1316.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1001/jama.300.11.1311>

30. Bharucha, A. E., & Knowles, C. H. (2022). Rectocele: Incidental or important? Observe or operate? Contemporary diagnosis and management in the multidisciplinary era. *Neurogastroenterology and motility*, 34(11), e14453.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/nmo.14453>

31. Burrows, L. J., Sewell, C., Leffler, K. S., & Cundiff, G. W. (2003). The accuracy of clinical evaluation of posterior vaginal wall defects. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 14(3), 160–163.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-002-1019-y>

32. Crane, A. K., Geller, E. J., Myers, E. M., Fenderson, J. L., Wells, E., Jannelli, M., Connolly, A., & Matthews, C. A. (2015). Implementation of a standardized digital rectal exam to improve the accuracy of rectocele diagnosis. *International urogynecology journal*, 26(1), 107–111.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-014-2479-6>

33. Dietz H. P. (2019). Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 54, 12–30.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.006>

34. Frawley, H., Shelly, B., Morin, M., Bernard, S., Bø, K., Digesu, G. A., Dickinson, T., Goonewardene, S., McClurg, D., Rahnama'i, M. S., Schizas, A., Slieker-Ten Hove, M., Takahashi, S., & Voelkl Guevara, J. (2021). *An International Continence*

Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourology and urodynamics*, 40(5), 1217–1260.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/nau.24658>

35. Sultan, A. H., Monga, A., Lee, J., Emmanuel, A., Norton, C., Santoro, G., Hull, T., Berghmans, B., Brody, S., & Haylen, B. T. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *International urogynecology journal*, 28(1), 5–31.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-016-3140-3>

36. Notten, K. J. B., Vergeldt, T. F. M., van Kuijk, S. M. J., Weemhoff, M., & Roovers, J. W. R. (2017). Diagnostic Accuracy and Clinical Implications of Translabial Ultrasound for the Assessment of Levator Ani Defects and Levator Ani Biometry in Women With Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 23(6), 420–428.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/SPV.0000000000000402>

37. Gupta, S., Sharma, J. B., Hari, S., Kumar, S., Roy, K. K., & Singh, N. (2012). Study of dynamic magnetic resonance imaging in diagnosis of pelvic organ prolapse. *Archives of gynecology and obstetrics*, 286(4), 953–958.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00404-012-2381-8>

38. Broekhuis, S. R., Fütterer, J. J., Barentsz, J. O., Vierhout, M. E., & Kluivers, K. B. (2009). A systematic review of clinical studies on dynamic magnetic resonance imaging of pelvic organ prolapse: the use of reference lines and anatomical landmarks. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 20(6), 721–729.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-009-0848-3>

39. Flusberg, M., Kobi, M., Bahrami, S., Glanc, P., Palmer, S., Chernyak, V., Kanmaniraja, D., & El Sayed, R. F. (2021). Multimodality imaging of pelvic floor anatomy. *Abdominal radiology (New York)*, 46(4), 1302–1311.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00261-019-02235-5>

40. Khatri, G., de Leon, A. D., & Lockhart, M. E. (2017). MR Imaging of the Pelvic Floor. *Magnetic resonance imaging clinics of North America*, 25(3), 457–480.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.mric.2017.03.003>

41. Handa, V. L., Garrett, E., Hendrix, S., Gold, E., & Robbins, J. (2004). Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 190(1), 27–32.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2003.07.017>

42. Heit, M., Rosenquist, C., Culligan, P., Graham, C., Murphy, M., & Shott, S. (2003). Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*, 101(6), 1279–1284.

[https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/s0029-7844\(03\)00359-4](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/s0029-7844(03)00359-4)

43. Fleischer, K., & Thiagamoorthy, G. (2020). Pelvic organ prolapse management. *Post reproductive health*, 26(2), 79–85.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1177/2053369120937594>

44. Li, C., Gong, Y., & Wang, B. (2016). The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *International urogynecology journal*, 27(7), 981–992.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-015-2846-y>

45. Wang, T., Wen, Z., & Li, M. (2022). The effect of pelvic floor muscle training for women with pelvic organ prolapse: a meta-analysis. *International urogynecology journal*, 33(7), 1789–1801.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-022-05139-z>

46. Good, M. M., & Solomon, E. R. (2019). Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 46(3), 527–540.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ogc.2019.04.010>

47. Bo, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., Abramov, Y., Almeida, F. G., Berghmans, B., Bortolini, M., Dumoulin, C., Gomes, M., McClurg, D., Meijlink, J., Shelly, E., Trabuco, E., Walker, C., & Wells, A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *International urogynecology journal*, 28(2), 191–213. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-016-3123-4>

48. Griebling T. L. (2016). Vaginal pessaries for treatment of pelvic organ prolapse in elderly women. *Current opinion in urology*, 26(2), 201–206. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/MOU.0000000000000266>

49. Harvey, M. A., Lemieux, M. C., Robert, M., & Schulz, J. A. (2021). Guideline No. 411: Vaginal Pessary Use. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 43(2), 255–266.e1. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.jogc.2020.11.013>

50. Rahn, D. D., Good, M. M., Roshanravan, S. M., Shi, H., Schaffer, J. I., Singh, R. J., & Word, R. A. (2014). Effects of preoperative local estrogen in postmenopausal women with prolapse: a randomized trial. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 99(10), 3728–3736. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1210/jc.2014-1216>

51. Yu, X., He, L., Wang, Y., Wang, L., Yang, Z., & Lin, Y. (2022). Local Estrogen Therapy for Pelvic Organ Prolapse in Postmenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian journal of public health*, 51(8), 1728–1740. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.18502/ijph.v51i8.10255>
52. Ismail, S. I., Bain, C., & Hagen, S. (2010). Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD007063. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/14651858.CD007063.pub2>
53. Weber, M. A., Kleijn, M. H., Langendam, M., Limpens, J., Heineman, M. J., & Roovers, J. P. (2015). Local Oestrogen for Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *PloS one*, 10(9), e0136265. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1371/journal.pone.0136265>
54. Rogers, R. G., Pauls, R. N., Thakar, R., Morin, M., Kuhn, A., Petri, E., Fatton, B., Whitmore, K., Kinsberg, S., & Lee, J. (2018). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neurourology and urodynamics*, 37(4), 1220–1240. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/nau.23508>
55. Aboseif, C., & Liu, P. (2022). Pelvic Organ Prolapse. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

<https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/33085376/>

56. Patel, D. N., & Anger, J. T. (2016). Surgery for pelvic organ prolapse. *Current opinion in urology*, 26(4), 302–308.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/MOU.0000000000000288>

57. Haylen, B. T., Freeman, R. M., Swift, S. E., Cosson, M., Davila, G. W., Deprest, J., Dwyer, P. L., Fatton, B., Kocjancic, E., Lee, J., Maher, C., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., Schaer, G. N., & Webb, R. J. (2011). An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) & grafts in female pelvic floor surgery. *International urogynecology journal*, 22(1), 3–15.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-010-1324-9>

58. Dieter A. A. (2021). Pelvic Organ Prolapse: Controversies in Surgical Treatment. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 48(3), 437–448.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ogc.2021.05.001>

59. Moen, M., Noone, M., & Vassallo, B. (2014). Anterior colporrhaphy: why surgeon performance is paramount. *International urogynecology journal*, 25(7), 857–862. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-014-2345-6>

60. Boyles, S. H., & Edwards, S. R. (2005). Repair of the anterior vaginal compartment. *Clinical obstetrics and gynecology*, 48(3), 682–690.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/01.grf.0000171739.27555.ca>

61. Revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva (Suelo Pélvico 2016; 12[Supl. 1]: 10-12).

<https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2021/03/Suelo-Pelvico-12Supl-1.pdf>

62. Geoffrion, R., & Larouche, M. (2021). Guideline No. 413: Surgical Management of Apical Pelvic Organ Prolapse in Women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 43(4), 511–523.e1.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.jogc.2021.02.001>

63. Devassy, R., Naem, A., Krentel, H., & De Wilde, R. L. (2023). Modified Oxford technique of colpopexy for the treatment of uterine and vaginal vault prolapse: a retrospective pilot cohort study. *Frontiers in surgery*, 10, 1222950.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.3389/fsurg.2023.1222950>

64. Barber, M. D., & Maher, C. (2013). Apical prolapse. *International urogynecology journal*, 24(11), 1815–1833.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-013-2172-1>

65. Lua-Mailland, L. L., Wallace, S. L., Khan, F. A., Kannikal, J. J., Israeli, J. M., & Syan, R. (2022). Review of Vaginal Approaches to Apical Prolapse Repair. *Current urology reports*, 23(12), 335–344.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s11934-022-01124-7>

66. Yazdany, T., & Bhatia, N. (2008). Uterosacral ligament vaginal vault suspension: anatomy, outcome and surgical considerations. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 20(5), 484–488.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/GCO.0b013e32830eb8c6>

67. Silva, W. A., Pauls, R. N., Segal, J. L., Rooney, C. M., Kleeman, S. D., & Karram, M. M. (2006). Uterosacral ligament vault suspension: five-year outcomes. *Obstetrics and gynecology*, 108(2), 255–263.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/01.AOG.0000224610.83158.23>

68. Geoffrion, R., & Larouche, M. (2021). Guideline No. 413: Surgical Management of Apical Pelvic Organ Prolapse in Women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 43(4), 511–523.e1.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.jogc.2021.02.001>

69. Costantini, E., Brubaker, L., Cervigni, M., Matthews, C. A., O'Reilly, B. A., Rizk, D., Giannitsas, K., & Maher, C. F. (2016). Sacrocolpopexy for pelvic organ

prolapse: evidence-based review and recommendations. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 205, 60–65.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ejogrb.2016.07.503>

70. Takacs, E. B., & Kreder, K. J. (2016). Sacrocolpopexy: Surgical Technique, Outcomes, and Complications. *Current urology reports*, 17(12), 90.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s11934-016-0643-x>

71. Parkes, I. L., & Shveiky, D. (2014). Sacrocolpopexy for treatment of vaginal apical prolapse: evidence-based surgery. *Journal of minimally invasive gynecology*, 21(4), 546–557.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.jmig.2014.01.004>

72. Misrai, V., Gosseine, P. N., Costa, P., Haab, F., & Delmas, V. (2009). Le cloisonnement vaginal : indications, technique et résultats [Colpocleisis: indications, technique and results]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*, 19(13), 1031–1036.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.purol.2009.09.032>

73. FitzGerald, M. P., Richter, H. E., Siddique, S., Thompson, P., Zyczynski, H., & Ann Weber for the Pelvic Floor Disorders Network (2006). Colpocleisis: a review. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 17(3), 261–271.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-005-1339-9>

74. Handa, V. L., Garrett, E., Hendrix, S., Gold, E., & Robbins, J. (2004). Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 190(1), 27–32.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2003.07.017>

75. Karram, M., & Maher, C. (2013). Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *International urogynecology journal*, 24(11), 1835–1841.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-013-2174-z>

76. Tan Y. H. (2019). Commentary on 'Surgical interventions for posterior compartment prolapse and obstructed defecation symptoms: a systematic review with clinical practice recommendations'. *International urogynecology journal*, 30(9), 1455.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-019-04055-z>

77. Kudish, B. I., & Iglesia, C. B. (2010). Posterior wall prolapse and repair. *Clinical obstetrics and gynecology*, 53(1), 59–71.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/GRF.0b013e3181cd41e3>

78. Toozs-Hobson, P., Freeman, R., Barber, M., Maher, C., Haylen, B., Athanasiou, S., Swift, S., Whitmore, K., Ghoniem, G., de Ridder, D., International Urogynecological Association, & International Continence Society (2012). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence

Society (ICS) joint report on the terminology for reporting outcomes of surgical procedures for pelvic organ prolapse. *Neurourology and urodynamics*, 31(4), 415–421. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/nau.22238>

79. Doaee, M., Moradi-Lakeh, M., Nourmohammadi, A., Razavi-Ratki, S. K., & Nojomi, M. (2014). Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *International urogynecology journal*, 25(2), 153–163.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-013-2141-8>

80. Jelovsek, J. E., & Barber, M. D. (2006). Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *American journal of obstetrics and gynecology*, 194(5), 1455–1461.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2006.01.060>

81. Mostafaei, H., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S., Salehi-Pourmehr, H., Ghojzadeh, M., Onur, R., Al Mousa, R. T., & Oelke, M. (2020). Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis-A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine. *Neurourology and urodynamics*, 39(4), 1063–1086.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/nau.24342>

82. Fader, M., Cottenden, A., Chatterton, C., Engqvist, H., Eustice, S., Newman, D. K., Ostaszkiwicz, J., Palmer, M. H., Willson, T., & Haylen, B. (2020). An International Continence Society (ICS) report on the terminology for single-use body worn absorbent incontinence products. *Neurourology and urodynamics*, 39(8), 2031–2039.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/nau.24488>

83. Hashim, H., Blanker, M. H., Drake, M. J., Djurhuus, J. C., Meijlink, J., Morris, V., Petros, P., Wen, J. G., & Wein, A. (2019). International Continence Society (ICS) report on the terminology for nocturia and nocturnal lower urinary tract function. *Neurourology and urodynamics*, 38(2), 499–508.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/nau.23917>

84. Ghanbari, Z., Ghaemi, M., Shafiee, A., Jelodarian, P., Hosseini, R. S., Pouyamoghaddam, S., & Montazeri, A. (2022). Quality of Life Following Pelvic Organ Prolapse Treatments in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 11(23), 7166.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.3390/jcm11237166>

85. Guan, Y., & Han, J. (2023). Quality-of-life improvements in patients after various surgical treatments for pelvic organ prolapse. *Archives of gynecology and obstetrics*, 10.1007/s00404-023-07140-3. Advance online publication.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00404-023-07140-3>

86. Chauvin, C., Chéreau, E., Ballester, M., & Daraï, E. (2012). Potential relevance of pre-operative quality of life questionnaires to identify candidates for surgical treatment of genital prolapse: a pilot study. *BMC urology*, 12, 9.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1186/1471-2490-12-9>

87. Barber, M. D., Walters, M. D., & Bump, R. C. (2005). Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(1), 103–113. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2004.12.025>

88. Letouzey, V., Mercier, G., Adjoussou, S., Bohoussou, E., Mares, P., & de Tayrac, R. (2013). Can the PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory) or PFIQ (Pelvic Floor Impact Questionnaires) be used to predict outcome in pelvic reconstructive surgery?. *Progres en urologie : journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie*, 23(11), 940–945.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.purol.2013.04.010>

89. Saboia, D. M., Firmiano, M. L. V., Bezerra, K. C., Vasconcelos, J. A., Neto, Oriá, M. O. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2017). Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 51, e03266.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1590/S1980-220X2016032603266>

90. Kieres, P., Skorupska, K., Mlodawski, J., Misiek, M., Rokitał, W., & Rechberger, T. (2021). Reliability of The King's Health Questionnaire and the International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (ICIQ-SF) Short Form in assessing urinary incontinence effects in Polish women. *Ginekologia polska*, 92(12), 850–855.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.5603/GP.a2021.0057>

91. Köleli, I., & Astepe, B. S. (2019). Validation of the Turkish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-vaginal symptoms (ICIQ-VS). *International urogynecology journal*, 30(7), 1203–1209.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-019-03951-8>

92. Yount S. M. (2013). The Impact of Pelvic Floor Disorders and Pelvic Surgery on Women's Sexual Satisfaction and Function. *Journal of midwifery & women's health*, 58(5), 538–545.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/jmwh.12030>

93. Mattsson, N. K., Karjalainen, P. K., Tolppanen, A. M., Heikkinen, A. M., Sintonen, H., Härkki, P., Nieminen, K., & Jalkanen, J. (2020). Pelvic organ prolapse surgery and quality of life-a nationwide cohort study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(6), 588.e1–588.e10.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2019.11.1285>

94. Aimjirakul, K., Puntako, M., & Manonai, J. (2023). Quality of Life After Treatment for Pelvic Organ Prolapse: Vaginal Pessary versus Surgery. *International journal of women's health*, 15, 1017–1025.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.2147/IJWH.S406048>

95. Farghali, M. M., Abdelzaher, A., & Abdelazim, I. A. (2021). Surgical and quality of life outcomes after pelvic organ prolapse surgery in older postmenopausal women. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*, 20(1), 21–28.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.5114/pm.2021.104473>

96. Majdirad, F., Hadian, M. R., Asl Soleimani, H., Jalaie, S., Ahadi, T., Bazaz Bebahani, R., & Bagheri, H. (2021). Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Wexner questionnaire in patients with functional constipation in an Iranian population. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench*, 14(3), 243–249.

<https://www-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC8245831/>

97. Spencer, J. E., Brown, H. W., & Oliphant, S. S. (2021). Health literacy and PFDI-20 and PFIQ-7 completion in urogynecology patients. *International urogynecology journal*, 32(12), 3209–3215.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-020-04643-4>

98. Sánchez Sánchez, B., Torres Lacomba, M., Navarro Brazález, B., Cerezo Téllez, E., Pacheco Da Costa, S., & Gutiérrez Ortega, C. (2015). Responsiveness

of the Spanish Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaires Short Forms (PFDI-20 and PFIQ-7) in women with pelvic floor disorders. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 190, 20–25.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ejogrb.2015.03.029>

99. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. (2019). *Obstetrics and gynecology*, 134(5), e126–e142.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/AOG.0000000000003519>

100. Digesu, G. A., Khullar, V., Cardozo, L., Robinson, D., & Salvatore, S. (2005). P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 16(3), 176–181.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-004-1225-x>

101. Ghanbari Z, Ghaemi M, Shafiee A, et al. Quality of Life Following Pelvic Organ Prolapse Treatments in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022;11(23):7166.

<https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/36498740/>

101. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int*

Urogynecol J 2010;21(1):5–26 Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2010).

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-009-0976-9>

102. Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009;20(1):45–51

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-008-0726-4>

103. Ghanbari Z, Eftekhari T, Goodarzi SH, Haj Baratali B, Bashiri SA, Shariat M. Posterior intravaginal slingplasty versus abdominal sacrocolpopexy for the treatment of vaginal prolapse. Tehran Univ Med J (TUMJ) 2009;67(3):215–220

https://tumj.tums.ac.ir/browse.php?a_id=474&sid=1&slc_lang=en

104. Elias Koor PH. Assessment and management of pelvic organ prolapse. Obstet Gynaecol Reprod Med 2008;18(9):241–246

[https://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S1751-7214\(08\)00136-](https://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S1751-7214(08)00136-)

[X/fulltext](#)

105. Borello-France DFHV, Brown MB, Goode P, Kreder K, Scheufele LL, Weber AM. Pelvic-floor muscle function in women with pelvic organ prolapse. *Phys Ther* 2007;87(4):399–407 .

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.2522/ptj.20060160>

106. Smith DA. Pelvic organ prolapse. A new option offers effectiveness and ease of use. *Adv Nurse Pract* 2007;15(8):39–42

<https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/19998974/>

107. Wagner TH, Hu T. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 1998;51(3):355–361

[https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/s0090-4295\(97\)00623-7](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/s0090-4295(97)00623-7)

108. Abdel-Fattah M, Ramsay I, Pringle S, Hardwick C, Ali H, Young D et al. Evaluation of transobturator tension-free vaginal tapes in management of women with recurrent stress urinary incontinence. *Urology* 2011;77(5):1070–1075 }

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.urology.2011.01.016>

109. Sotirios Vimplis PH. Assessment and management of pelvic organ prolapse. Curr Obstet Gynaecol 2005; 15:387–393

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0957584705001071>

110. Natale F, La Penna C, Padoa A, Agostini M, Panei M, Cervigni M. High levator myorrhaphy versus uterosacral ligament suspension for vaginal vault fixation: a prospective, randomized study. Int Urogynecol J 2010;21(5):515–522

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-009-1064-x>

111. Jelovsek JEBM. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. Am J Obstet Gynecol 2006;194(5):1455–1461

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2006.01.060>

112. Schulten SFM, Claas-Quax MJ, Weemhoff M, et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2022;227(2):192-208.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2022.04.046>

113. Young N, Atan IK, Rojas RG, Dietz HP. Obesity: how much does it matter for female pelvic organ prolapse?. *Int Urogynecol J*. 2018;29(8):1129-1134.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-017-3455-8>

114. Diez-Itza I, Aizpitarte I, Becerro A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(11):1317-1324.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-007-0321-0>

115. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2018;29(1):13-21.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00192-017-3475-4>

116. Mattsson NK, Karjalainen PK, Tolppanen AM, et al. Pelvic organ prolapse surgery and quality of life-a nationwide cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(6):588.e1-588.e10.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2019.11.1285>

117. Ghanbari Z, Ghaemi M, Shafiee A, et al. Quality of Life Following Pelvic Organ Prolapse Treatments in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022;11(23):7166.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.3390/jcm11237166>

118. Belayneh T, Gebeyehu A, Adefris M, Rortveit G, Gjerde JL, Ayele TA. Pelvic organ prolapse surgery and health-related quality of life: a follow-up study. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):4.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1186/s12905-020-01146-8>

119. Dhital R, Otsuka K, Poudel KC, Yasuoka J, Dangal G, Jimba M. Improved quality of life after surgery for pelvic organ prolapse in Nepalese women. *BMC Womens Health*. 2013;13:22.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1186/1472-6874-13-22>

120. Murphy M, Sternschuss G, Haff R, van Raalte H, Saltz S, Lucente V. Quality of life and surgical satisfaction after vaginal reconstructive vs obliterative surgery for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(5):573.e1-573.e5737.

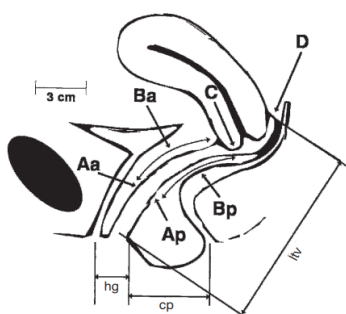
<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ajog.2007.12.036>

121. Humalajärvi N, Aukee P, Kairaluoma MV, et al. Quality of life and pelvic floor dysfunction symptoms after hysterectomy with or without pelvic organ prolapse. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;182:16-21.

<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ejogrb.2014.08.032>

Capítulo X. Anexos

Anexo 1. Escalas POPQ



(11)

pared anterior	pared anterior	cuello uterino o muñón
Aa	Ba	C
hiato genital	cuero del periné	longitud total de la vagina
hg	cp	Itv
pared posterior	pared posterior	fondo de saco posterior
Ap	Bp	D

(11)

POPQ: Medidas

Las ubicaciones de los seis puntos definidos cuando el prolapso se reduce por completo.

Pared vaginal anterior:

- Punto Aa** : Punto ubicado en la línea media de la pared vaginal anterior, tres (3) cm proximal al meato uretral externo. El rango potencial de posición del punto Aa en relación con el himen es de -3, lo que indica que no hay POP vaginal anterior, a +3 cm, que es un prolapso total.
- Punto Ba** : Un punto que representa la posición más distal (es decir, más dependiente) de cualquier parte de la pared vaginal anterior superior (entre el manguito vaginal o el fondo de saco vaginal anterior y el punto Aa). El punto Ba coincide con el punto Aa (-3 cm) en una mujer que no tiene POP anterior. En una mujer con POP severo, Ba coincide con el Punto C.

Parte superior de la vagina:

- Punto C** : Un punto en el borde más distal (es decir, más dependiente) del cuello uterino o en el borde anterior del manguito vaginal (cicatriz de histerectomía).
- Punto D** : El fondo de saco posterior en una mujer que todavía tiene cuello uterino. ^a

Pared vaginal posterior:

- Punto Ap** : Punto ubicado en la línea media de la pared vaginal posterior, tres (3) cm proximal al himen. El rango potencial de posición del punto Ap en relación con el himen es de -3 a +3 cm.

Tres hitos y mediciones descriptivos adicionales.

1. El **hiato genital (GH)** se mide desde la mitad del meato uretral externo hasta el margen posterior del himen.
2. La **longitud vaginal total (TVL)** es la longitud de la vagina (cm) desde el fondo de saco posterior hasta el himen cuando el punto C o D se reduce a su posición completamente normal.
3. El **cuerpo perineal (PB)** se mide desde el margen posterior del himen hasta la abertura anal media.

(16)

Anexo 2. Cuestionario de calidad de vida al español PQoL

Versión española del cuestionario P-QoL



CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL PROLAPSO (P-QoL)

Nombre y Apellidos:

Edad (años):

Fecha de hoy:/...../.....

**EL PROLAPSO ES UN BULTO QUE DESCIENDE POR LA VAGINA
ORIGINANDO MOLESTIA**

**POR FAVOR, CUMPLIMENTE ESTE CUESTIONARIO, AUNQUE CREA QUE
NO TIENE UN PROLAPSO**

1.-¿Cómo describiría su salud actualmente?, por favor marque una única respuesta.

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Malá
- Muy mala

2.-¿Cuánto cree que le afecta el prolapso a su vida?, por favor marque una única respuesta.

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

Quality of life in POP: validity, reliability and responsiveness of the Prolapse Quality of Life questionnaire (P-QoL) in Spanish women.

1



3.1. Por favor, señale si tiene alguno de los siguientes síntomas, y si el síntoma está presente, marque cuánto le afecta.

	NO tengo	El síntoma <u>Sí</u> está presente, le afecta....			
		Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
Ir al baño a orinar con mucha frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgencia: un deseo urgente de ir a orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinencia de urgencia: pérdidas de orina asociadas con un fuerte deseo de orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinencia de esfuerzo: pérdidas de orina por ejemplo al toser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de una protuberancia/ bulto en su vagina o saliendo de ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de pesadez en la vagina o en la parte baja del abdomen durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El bulto en la vagina interfiere cuando defeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Molestia en la vagina que empeora cuando está de pie y mejora cuando se tumba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chorro de orina escaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesidad de esforzarse para orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Goteo de orina tras orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>
 Quality of life in POP: validity, reliability and responsiveness of the Prolapse Quality of Life questionnaire (P-QoL) in Spanish women.



3.2.- Por favor, señale si tiene alguno de los siguientes síntomas, y si el síntoma está presente marque cuánto le afecta.

	NO tengo	Si, me afecta...			
		Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
Sensación de no vaciar totalmente el intestino tras defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estreñimiento: dificultad defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesidad de esforzarse para defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El bulto en la vagina afecta a sus relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La molestia vaginal empeora el dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ayuda usted con los dedos para defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia defeca?	Más de una vez al día <input type="radio"/>	Una vez al día <input type="radio"/>	Una vez cada 2 días <input type="radio"/>	Una vez cada 3 días <input type="radio"/>	Una vez a la semana o más <input type="radio"/>

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

Quality of life in POP: validity, reliability and responsiveness of the Prolapse Quality of Life questionnaire (P-QoL) in Spanish women.



A continuación, se enumeran diversas actividades de la vida diaria que pueden verse afectadas por su problema de prolapso, por favor, indique cuanto le afecta.

Nos gustaría que contestase a todas las preguntas.

4.-LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
4.A ¿Cuánto le limita el prolapso en las tareas del hogar (p.e. limpiar, comprar, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.B ¿El prolapso afecta a su trabajo o a alguna de las actividades diarias que realiza fuera de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.-LIMITACIONES FÍSICAS/SOCIALES	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
5.A ¿El prolapso afecta a sus actividades físicas (p.e. andar, correr, gimnasia, deporte, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.B ¿El prolapso afecta a su capacidad de viajar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.C ¿El prolapso limita su vida social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.D ¿El prolapso limita su capacidad para ver/visitar amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No tiene	6.-RELACIONES PERSONALES	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
<input type="checkbox"/>	6.A ¿El prolapso afecta a su relación de pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	6.B ¿El prolapso afecta a su vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	6.C ¿El prolapso afecta a su vida familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.-EMOCIONES	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
7.A ¿El prolapso la deprime?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.B ¿El prolapso le hace sentirse ansiosa o nerviosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.C ¿El prolapso le hace sentirse mal consigo misma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>
 Quality of life in POP: validity, reliability and responsiveness of the Prolapse Quality of Life questionnaire (P-QoL) in Spanish women.



8.-SUEÑO/VITALIDAD	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
8.A ¿El prolapso afecta a su sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.B ¿Se siente agotada/cansada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1 ¿Con qué frecuencia utiliza los siguientes dispositivos o ayudas para mejorar sus síntomas de prolapso?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces
9.1.A ¿Usa tampones/compresas/salva slips/ fajas para mejorar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.1.B ¿Se empuja el prolapso hacia arriba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.2 ¿Con qué frecuencia tiene los siguientes síntomas debidos al prolapso?

	Nunca	Poco	Moderadamente	Mucho
9.2.A ¿Tiene dolor o malestar debido al prolapso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2.B ¿El prolapso le impide estar de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>
 Quality of life in POP: validity, reliability and responsiveness of the Prolapse Quality of Life questionnaire (P-QoL) in Spanish women.

5

(3)



PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL PROLAPSO (P-QoL)

Las preguntas sobre síntomas urinarios, intestinales y sexuales no puntúan (P3.1 y P3.2). Estas preguntas valoran síntomas que pueden estar o no relacionados con el prolapso.

La puntuación mínima de cada dominio es 0, y la máxima es 100.

DOMINIO	PREGUNTAS	RANGO DE PUNTUACIÓN	CÁLCULO PUNTUACIÓN
1. PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL	P1	1-5	$(P1-1) / 4 \times 100$
2. IMPACTO DE PROLAPSO	P2	1-4	$(P2-1) / 3 \times 100$
3. LIMITACIONES ROL	P4.A-P4.B	1-4	$((P4.A + P4B) - 2) / 6 \times 100$
4. LIMITACIONES FÍSICAS	P5.A-P5.B	1-4	$((P5.A + P5B) - 2) / 6 \times 100$
5. LIMITACIONES SOCIALES	P5.C-P5.D	1-4	$((P5.C + P5D + P6.C) - 3) / 9 \times 100$
	P6.C	0-4	Si P6.C = 0, entonces: $((P5.C + P5D) - 2) / 6 \times 100$
6. RELACIONES PERSONALES	P6.A-P6.B	0-4	$((P6.A + P6.B) - 2) / 6 \times 100$ Si P6.A + P6.B = 1, entonces: $((P6.A + P6.B) - 1) / 3 \times 100$ Si P6.A + P6.B = 0, entonces: valor perdido (no aplicable)
7. EMOCIONES	P7.A-P7.B-P7.C	1-4	$((P7.A + P7B + P7.C) - 3) / 9 \times 100$
8. SUEÑO/ENERGÍA	P8.A-P8.B	1-4	$((P8.A + P8B) - 2) / 6 \times 100$
9. MEDIDAS DE SEVERIDAD	P9.1.A-P9.1.B-P9.2.A-P9.2.B	1-4	$((P9.1.A + P9.1.B + P9.2.A + P9.2.B) - 4) / 12 \times 100$

(3)

PREGUNTAS

**PUNTUACIÓN =
RESPUESTA**

PREGUNTAS

PUNTUACIÓN = RESPUESTA

1.-¿Cómo describiría su salud actualmente?, por favor marque una única respuesta.

- 1 = Muy buena
- 2 = Buena
- 3 = Regular
- 4 = Mala
- 5 = Muy mala

2.-¿Cuánto cree que le afecta el prolapso a su vida?, por favor marque una única respuesta.

- 1 = Nada
- 2 = Un poco
- 3 = Moderadamente
- 4 = Mucho

4.A. ¿Cuánto le limita el prolapso en las tareas del hogar (p.e. limpiar, comprar, etc.)?

- 1 = Nada
- 2 = Un poco

4.B. ¿El prolapso afecta a su trabajo o a alguna de las actividades diarias que realiza fuera de casa?

- 3 = Moderadamente
- 4 = Mucho

5.A. ¿El prolapso afecta a sus actividades físicas (p.e. andar, correr, gimnasia, deporte, etc.)?

- 1 = Nada
- 2 = Un poco

5.B. ¿El prolapso afecta a su capacidad de viajar?

- 3 = Moderadamente

5.C. ¿El prolapso limita su vida social?

- 4 = Mucho

5.D. ¿El prolapso limita su capacidad para ver/visitar amigos?

6.A. ¿El prolapso afecta a su relación de pareja?

- 0 = No tiene

6.B. ¿El prolapso afecta a su vida sexual?

- 1 = Nada

6.C. ¿El prolapso afecta a su vida familiar?

- 2 = Un poco

- 3 = Moderadamente

- 4 = Mucho

7.A. ¿El prolapso la deprime?

- 1 = Nada

7.B. ¿El prolapso le hace sentirse ansiosa o nerviosa?

- 2 = Un poco

7.C. ¿El prolapso le hace sentirse mal consigo misma?

- 3 = Moderadamente

- 4 = Mucho

8.A. ¿El prolapso afecta a su sueño?

- 1 = Nada

8.B. ¿Se siente agotada/cansada?

- 2 = Un poco

- 3 = Moderadamente

- 4 = Mucho

9.1.A. ¿Usa tampones/compresas/salva slips/ fajas para mejorar?

- 1 = Nada

- 2 = Un poco

Versión española del cuestionario P-QoL.



9.1.B. ¿Se empuja el prolapso hacia arriba?

- 3 = Moderadamente

- 4 = Mucho

9.2.A. ¿Tiene dolor o malestar debido al prolapso?

- 1 = Nada

9.2.B. ¿El prolapso le impide estar de pie?

- 2 = Un poco

- 3 = Moderadamente

- 4 = Mucho

(3)

Anexo 3. Consentimiento Informado



Hospital Regional
MATERNO - INFANTIL

Formulario de Consentimiento Informado

Título del Estudio: Valoración en la calidad de vida de las pacientes postoperadas de prolapso de órganos pélvicos.

Investigador Principal: Dr. Jose Antonio Ruiz Esparza Mota

Introducción: Se le solicita al paciente que participe en un estudio de investigación que implica la evaluación de la calidad de vida pre y post quirúrgica, si se le ha sometido a cirugía de reparación de prolapso de órganos pélvicos.

Objetivo: Investigar la relación de la calidad de vida en pacientes operadas de acomodar la vejiga, matriz o recto caídos, antes y después de ser operadas.

Beneficio: La información obtenida se utilizará con fines de investigación para comprender mejor los resultados de los procedimientos de acomodar la vejiga, recto o matriz caídas. Si existe algún hallazgo sobre sintomatología, recurrencia o complicaciones relacionadas a estos procedimientos, se iniciará nuevamente atención por el servicio.

Si acepta y autoriza participar en este estudio vía telefónica, presencial ó con firma autografa, se llevarán a cabo los siguientes procedimientos:

Llenado de cuestionario sobre síntomas de vejiga caída, matriz caída y recto, antes de la cirugía y un año posterior a la cirugía. El procedimiento será realizado por un profesional de la salud capacitado que la guiará en su llenado, también podrá ser llamada vía telefónica para su cuestionamiento, así como si usted autoriza vía telefónica el que se le realice dicho cuestionario.

El cuestionario contiene preguntas sobre sus síntomas asociados al prolapso, como la percepción propia de sus síntomas, la limitación en sus actividades diarias, problemas en sus relaciones personales, emocionales, calidad de vida y sueño.

Riesgos: Los procedimientos involucrados en este estudio generalmente se consideran seguros y con bajo riesgo ya que solo llenara una encuesta con preguntas eligiendo la respuesta que mas se relacione con sus síntomas, podrá invertir de 5 - 10 minutos para su llenado.

Confidencialidad: Su información de salud personal se mantendrá confidencial y no se divulgará a personas no autorizadas. Los datos recopilados durante el estudio serán anónimos y se almacenarán de forma segura.

Participación Voluntaria: La participación en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna penalización o pérdida de los beneficios a los que de otro modo tendría derecho.

Información de Contacto:

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el estudio, comuníquese con el Investigador Principal, Tel. 4492103877, correo: drjoseantoni Ruiz2802@gmail.com

Consentimiento: He leído y comprendido la información proporcionada en este formulario de consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Acepto voluntariamente participar en el estudio y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin consecuencias adversas.

Nombre del Participante (Escrito): _____

Firma del Participante: _____

Firma del Testigo 1: _____

Firma del Testigo 2: _____

Fecha: _____

☎ 4492103877

✉ drjoseantoni Ruiz2802@gmail.com

Uso del Personal de Investigación Solamente:
He explicado el estudio al participante, respondido a sus preguntas y proporcionado una copia del formulario de consentimiento informado.

Nombre del Personal de Investigación (Escrito): _____

Firma del Personal de Investigación: _____

Fecha: _____

Capítulo XI. Resumen autobiográfico

I. Datos generales

Nombre	A. Pat. RUIZ ESPARZA	A. Mat. MOTA	Nombre (s) JOSE ANTONIO
Fecha de nacimiento	28 de febrero de 1991		
Lugar de nacimiento	AGUASCALIENTES		
Estado Civil	SOLTERO		
Domicilio	Calle: CONGRESO DE CHILPANCINGO	N° 110	Col.: MORELOS 1
	Mpio.: AGUASCALIENTES	Estado: AGUASCALIENTES	CP: 20298
Teléfono	Casa: 4491254417	Celular: 4492103877	
E-mail	drjoseantonioruiz2802@gmail.com		
RFC con homoclave	RUMA910228 QC5		

II. Preparación académica

Nombre del Programa Académico	Institución Educativa	Titulado (SI/NO)	N° Cédula Profesional
Bachillerato			
CBTis No. 168 TÉCNICO LABORATORISTA CLÍNICO	CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS No. 168	NO	
Licenciatura			
MÉDICO CIRUJANO	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES	SI	10037500
Posgrado (Especialidad, Maestría o Doctorado)			
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES	SI	12323421
UROLOGIA GINECOLÓGICA	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN	EN TRAMITE	EN TRAMITE

III. Idiomas

Idioma	Grado de dominio		
INGLÉS	Lee: 100%	Escribe: 100%	Habla: 100%
FRANCÉS	Lee: 50%	Escribe: 50%	Habla: 50%

IV. Estudios de actualización

Nombre de los estudios	Institución	Duración (Horas)	Fecha (d/m/a)
Diplomados			
Patología de Suelo Pélvico y uso de Mallas Vaginales	TECH. Universidad Tecnológica	60 HORAS	26 de febrero 2021 – 26 de abril de 2021
Seminarios, Congresos, Conferencias, Simposio			
14vo Verano de la ciencia con estancia de Investigación	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.	120 HORAS	4 de junio al 3 de agosto de 2012.
Constancia de asistencia al XXXI Congreso Nacional de Urología Ginecológica.	Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica.	48 horas	4- 7 Agosto 2021
Cursos			
Instructor Beca Histología y Embriología.	Universidad Autónoma de Aguascalientes	160 HORAS	Agosto Diciembre 2010, enero junio 2011
Becario en el programa de Becas	Universidad Autónoma de	160 HORAS	5 diciembre

Nombre de los estudios	Institución	Duración (Horas)	Fecha (d/m/a)
para estancias de Investigación de Estudiantes de Pregrado.	Aguascalientes.		2012
Curso de metodología de la Investigación.	Incubadora INVEST de la subdirección de Investigación de la UANL	40 horas	Septiembre a diciembre de 2015
Calculo del tamaño de la muestra: las diez formas más utilizadas para obtenerlo.	Incubadora INVEST de la subdirección de Investigación de la UANL	3 horas	2 de Septiembre de 2015
El ABC del aviso de privacidad en materia e Investigación. Regulaciones Nacionales e internacionales en materia de investigación.	Incubadora INVEST de la subdirección de Investigación de la UANL	3 horas	8 de Septiembre de 2015
Producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio (NOM-062-ZOO-1999).	Incubadora INVEST de la subdirección de Investigación de la UANL	3 horas	9 de Septiembre de 2015
Regulaciones Nacionales e internacionales en materia de investigación.	Incubadora INVEST de la subdirección de Investigación de la UANL	3 horas	29 de Septiembre de 2015,
Metodología Diagnóstica en Urología ginecológica.	Instituto Nacional de Perinatología	14 horas	1 – 3 octubre de 2019.
Actualidades en la atención del parto.	Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica.	5 horas	Marzo 4, 2021
Pielonefritis en el embarazo.	Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica.	5 horas	Abril 15, 2021.
Uretropexia Retropública de Burch.	Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica.	5 horas	Mayo 6, 2021.
Utilización de Pesarios.	Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica.	5 horas	16 de Junio de 2021.
Resistencia antibiótica en México en Infección de vías urinarias,	Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica.	5 horas	4 Julio 2021

Hallazgos Urodinámicos asociados con disfunción urotelial e inflamación vesical.	Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica.	5 horas	2 septiembre 2021
Disfunción del Vaciamiento Vesical.	Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica.	5 horas	4 de noviembre de 2021.
Curso de Metodología Diagnóstica en Urología Ginecológica.	Instituto Nacional de Perinatología	8 horas	8 al 10 de noviembre de 2021
Taller del curso de Metodología Diagnóstica en Urología Ginecológica.	Instituto Nacional de Perinatología		10 de noviembre de 2021.
Curso: Avances y desafíos en el manejo de la infección del tracto urinario: un enfoque integral	Colegio Mexicano de Urología Ginecológica	8 horas	25 de noviembre de 2023
Seminario en línea: Vejiga Hiperactiva: Mitos y realidades	Colegio Mexicano de Urología Ginecológica	2 horas	7 de Diciembre de 2023

VI. Presentaciones en convenciones, congresos, simposium

Nombre de la presentación	Fecha	Lugar	Evento
Ponencia: "Distribución y Caracterización de la hormona del crecimiento y su receptor en fracciones subcelulares de testículo de pollo".	6 Y 7 SEPT 2012	5to congreso del Verano de la ciencia de la Región Centro Querétaro	5TO CONGRESO DEL VERANO DE LA CIENCIA DE LA REGIÓN CENTRO QUERÉTARO 2012
Ponencia: Prevalencia de depresión y ansiedad en algunas carreras del centro de ciencias de la salud	5 diciembre 2012.	Universidad Autónoma de Aguascalientes.	Ponente en el 1er encuentro de Jóvenes Investigadores
Autor en la presentación de carteles con el tema: "Reporte de caso reporte de caso clínico: Útero Didelfo".	29 Junio 2018	World Trade Center, Ciudad de México.	Marco XXIII Congreso COMEGO

VII. Publicaciones (libros, revistas, compendios, memorias)

Datos de la publicación
Publicación de Artículo científico <u>Thymidylate synthase gene variants as predictors of clinical response and toxicity to fluoropyrimidine-based chemotherapy for colorectal cancer. Drug metabolism and personalized therapy. doi: 10.1515/dmpt-2017-0028. UANL. Año 2017. Revista De Gruyter.</u>
Publicación de artículo científico Prevalencia de depresión y ansiedad en algunas carreras del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2014. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Revista LUX MEDICA

VIII. Experiencia profesional

Institución	Puesto	Periodo
HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES	GINECÓLOGO Y OBSTETRA	MARZO 2021 – ENERO 2022
HOSPITAL GENERAL DE RINCÓN DE ROMOS	GINECÓLOGO Y OBSTETRA	MARZO 2021 – ENERO 2022
MEMORIAL HOSPITAL	MÉDICO DE URGENCIAS	JULIO 2015 – JULIO 2016



JOSE ANTONIO RUIZ ESPRZA MOTA
Nombre y firma