

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



**“HOSPITAL DE LA MUJER”
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES INTERVENIDAS
QUIRÚRGICAMENTE POR PROLAPSO DE ÓRGANOS
PÉLVICOS, POSTERIOR A LA INSTAURACIÓN DEL
SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA BÁSICA EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES DE
JULIO 2023 - AGOSTO 2024**

**TESIS
PRESENTADO POR
DR MOISÉS EDUARDO AGUILAR JAIME**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASESORES
DR OMAR OSWALDO CAMARILLO CONTRERAS
DR JAVIER GÓNGORA ORTEGA
DRA ALEJANDRA DIAZ DE LEON DE LUNA**

**AGUASCALIENTES, AGS
NOVIEMBRE 2024**

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



Gobierno del Estado
de Aguascalientes

ISSEA
Secretaría de
Salud



AUTORIZACIÓN FINAL DE CONTENIDO

"CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES INTERVENIDAS QUIRURGICAMENTE POR PROLAPSO DE
ÓRGANOS PÉLVICOS, POSTERIOR A LA INSTAURACIÓN DEL SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA
BÁSICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES DE JULIO 2023 - AGOSTO 2024"

Presenta: Dr. Moisés Eduardo Aguilar Jaime

DR. JAIME REYNA CRUZ
DIRECTOR
HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES

DR. OMAR OSWALDO CAMARILLO CONTRERAS
JEFE DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES

DR. SERGIO ALFREDO RAMOS PÉREZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. JAVIER GONGORA ORTEGA
REVISIÓN METODOLÓGICA

DRA. ALEJANDRA DIAZ DE LEÓN DE LUNA
ASESOR CLÍNICO



"2024, AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DE 192-

449 910 79 00
www.issea.gob.mx
Morelia de Jesús #1501



**DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL
EXÁMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS**



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 30/01/25

NOMBRE: AGUILAR JAIME MOISES EDUARDO **ID** 178557

ESPECIALIDAD: EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA **LGAC (del posgrado):** GINECOLOGÍA

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo práctico

TÍTULO: CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES INTERVENIDAS QUIRURGICAMENTE POR PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS, POSTERIOR A LA INSTAURACIÓN DEL SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA BÁSICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES DE JULIO 2023 - AGOSTO 2024

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): LA IMPORTANCIA Y LO ESENCIAL DE CONTAR CON UN SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA EN HOSPITALES DE REFERENCIA GINECOLÓGICA

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica

SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario

SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado

SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda

SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área

SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área

SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país

NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica

SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia

SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)

SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor

SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital

SI Coincide con el título y objetivo registrado

SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado

NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
No _____

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



COMITÉ ESTATAL DE INVESTIGACIÓN

Aguascalientes, Ags. 13 de Noviembre del 2024.

A QUIEN CORRESPONDA:

El comité estatal de investigación en salud, basado en los estatutos contenidos en el manual de investigación en salud, ha tenido a bien revisar el protocolo de investigación intitulado.

“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES INTERVENIDAS QUIRURGICAMENTE POR PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS, POSTERIOR A LA INSTAURACIÓN DEL SERVICIO DE UROGINECOLOGIA BÁSICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES DE JULIO 2023-AGOSTO 2024”

Otorgando el dictamen de “APROBADO” Número de registro: 11_ISSEA-024/11

Investigador(es) del proyecto:
Dr. Moisés Eduardo Aguilar Jaime.

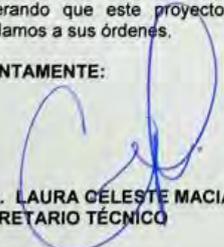
Asesores:
Dra. Alejandra Díaz de León de Luna.
Dr. Omar Oswaldo Camarillo Contreras.
Dr. Javier Góngora Ortega.

Lugar de desarrollo de la investigación:
Hospital de la Mujer.

Tipo de investigación:
Clínica, para la obtención del grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Esperando que este proyecto de investigación redunde en beneficio a nuestra población, quedamos a sus órdenes.

ATENTAMENTE:


DRA. LAURA CELESTE MACÍAS ALBA
SECRETARIO TÉCNICO



C.P.- ARCHIVO

 449 9 10 79 00

 www.issea.gob.mx

 Margil de Jesús No. 1501
Fracc. Las Arboledas





Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El estado de México



DR. SERGIO RAMÍREZ GÓNZALEZ
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente como TUTOR designado del estudiante **MOISES EDUARDO AGUILAR JAIME** con ID: 178557 quien realizó la tesis titulada: **CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES INTERVENIDAS QUIRURGICAMENTE POR PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS, POSTERIOR A LA INSTAURACIÓN DEL SERVICIO DE UROGINECOLOGIA BÁSICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES DE JULIO 2023 - AGOSTO 2024**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que el pueda proceder a imprimirlo así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Dr. Omar Oswaldo Camarillo Contreras
Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación

"Se Lumen Proferre"
Aguascalientes, Ags., a 21 día de Noviembre de 2024

c.c.p. Interesado
c.c.p- Secretaria Técnica del Programa de Posgrado



449 9 10 79 00

www.issea.gob.mx

Margil de Jesús No 1501
Fracc. Las Arboledas





Confirmación de recepción de artículo



ginecologiayobstetricia@i... Ayer



para mí ▾

Estimado/a Dr./Dra. Moises Eduardo Aguilar Jaime,

Este es un correo electrónico automático para confirmar la recepción exitosa del artículo en la plataforma de gestión de Ginecología y Obstetricia de México.

Su manuscrito ha sido registrado con el número de seguimiento GOM-2024-121, y el comité lo está procesando. Puede seguir el estado del artículo en todo momento ingresando a la plataforma.

Agradecemos su interés por publicar en nuestra Revista.

Atentamente,

Comité Editorial
Ginecología y Obstetricia de México

Agradecimientos

Quiero dar un agradecimiento especial a mis padres, cuyo amor, apoyo y sacrificio han sido los pilares fundamentales en todo mi proceso educativo. Su confianza en mí y en mis capacidades me ha dado la fuerza para seguir adelante en cada momento. Me han enseñado, con su ejemplo, el valor del esfuerzo, la perseverancia, la responsabilidad y el respeto hacia mi persona y a los que me rodean. A lo largo de toda mi etapa educativa, y ahora culminación de mi postgrado, su gran ejemplo como personas y como grandes ginecólogos, han sido mi fuente de motivación. Gracias por estar presentes, por escucharme, por apoyarme y por guiarme para perseguir mis metas.

Gracias a mi hermano menor, Fernando, quien ha sido una fuente constante de apoyo y alegría a lo largo de este proceso. Por siempre estar en los buenos y malos momentos, por siempre recordarme mis cualidades, darme motivación y sobre todo el gran apoyo incondicional que me has brindado. Tus palabras de aliento y tu perspectiva me ayudaron a mantenerme y a no perder la motivación.

Quiero agradecer a mis amigos de residencia y a mis maestros, quienes han sido un pilar fundamental en estos 4 años de residencia. Gracias por su apoyo, paciencia y por estar dispuestos a compartir sus ideas, conocimientos y experiencias.

Gracias a mis compañeros; Edgar por siempre ser mi amigo desde el primer día de residencia, gracias por las experiencias y los buenos momentos que vivimos. Lalo, por siempre estar apoyando y viendo por el bien de todos nosotros. Keli, has sido mi amiga desde ya más de 10 años, gracias por tu amistad incondicional. Vane, convivir y trabajar contigo ha sido un honor. Irene, gracias por tu amistad, por preocuparte por todos.

Gracias Dra. Alejandra, por ser mi tutora, por tus enseñanzas teóricas y quirúrgicas, por la confianza que me otorgaste, fuiste mi inspiración para realizar esta tesis sobre el área de uroginecología, y los procedimientos quirúrgicos que realizamos juntos.

Gracias Arely Fernanda, tu energía positiva, tu gran corazón me han inspirado en esta última etapa de mi residencia. Gracias por creer en mí, por darme la confianza, gracias por el gran apoyo que me has dado y que me ha ayudado para darme la fuerza y motivación de seguir adelante.

Dedicatorias

Dedico este trabajo a mi familia, mis padres, mi hermano, quienes han sido mi mayor inspiración y apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

Ustedes son la base de mi historia y de mis éxitos.

Este logro académico, culminar mi residencia en Ginecología y Obstetricia, es por ustedes.

Este logro académico también es suyo.



ÍNDICE

Índice de tablas	3
Índice de imágenes	4
Índice de gráficas	5
Resumen.....	6
Introducción.....	9
Marco teórico	11
Anatomía	11
Epidemiología.....	12
Factores de riesgo.....	13
Fisiopatología	14
Diagnóstico.....	15
Cuestionarios.....	16
Exploración física.....	16
Clasificación	17
Tratamiento	19
Manejo médico	19
Tratamiento quirúrgico.....	20
Justificación.....	23
Planteamiento del problema.....	25
Pregunta de investigación	27
Hipótesis nula.....	27
Objetivos	28
Objetivo general.....	28
Objetivos específicos.....	28
MATERIAL Y MÉTODOS	29
Diseño del estudio.	29
Población en estudio	29
Tipo y tamaño de la muestra.....	29
Criterios de selección	29
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión	29
Criterios de eliminación.....	30
Descripción y operacionalización de las variables:.....	31

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	34
INSTRUMENTO EMPLEADO.....	34
PLAN DE CAMPO O LOGÍSTICA.....	36
Manual de procesos:.....	36
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	37
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	38
Recursos humanos.....	38
Recursos materiales.....	38
Recursos financieros.....	38
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	39
Resultados.....	40
Discusión.....	57
CONCLUSIÓN.....	60
GLOSARIO.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	67
Anexo A. Cédula recolección de datos de paciente.....	67
Anexo B. Instrumento. Cuestionario PFIQ - 7.....	68
Anexo C. Consentimiento informado.....	69

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Índice de tablas

Tabla 1 – Escolaridad.....	42
Tabla 2 – Comorbilidades	42
Tabla 3 - IMC.....	43
Tabla 4 – Resultados PFIQ – 7 Síntomas intestinales prequirúrgicos y postquirúrgicos.....	48



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Índice de imágenes

Imagen 1 – clasificación POP - Q.....	18
Imagen 2. Clasificación POP - Q.....	53
Imagen 3 – POP Q pre y postquirúrgico de pacientes con Prolapso de órganos pélvicos Grado II	54
Imagen 4 – POP Q pre y postquirúrgico de pacientes con Prolapso de órganos pélvicos Grado III	55
Imagen 5 - POP - Q pre y postquirúrgico de pacientes con Prolapso de órganos pélvicos Grado IV.....	56



Índice de gráficas

Grafica 1 – Tipo de cirugía	40
Gráfica 2 - Edad	40
Gráfica 3 – Grado de prolapso	41
Grafica 4 – Pared vaginal afectada por POP.....	41
Gráfica 5 – Productividad de consultas y cirugías por POP.....	43
Gráfica 6 – Síntomas urinarios Pre y Post quirúrgicos. Resultados PFIQ – 7.....	44
Gráfica 7 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar tareas del hogar Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.....	45
Gráfica 8 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar actividad física Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.....	45
Gráfica 9 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar actividades de entretenimiento Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.....	46
Gráfica 10 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar viajes mayores a 1 hora Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.....	46
Gráfica 11 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar sus actividades sociales Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.....	47
Gráfica 12 – Síntomas urinarios sobre afección en la salud emocional Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.....	47
Grafica 13 – Resultados PFIQ – 7. Síntomas intestinales pre y post quirúrgicos.	48
Grafica 14 – Resultados PFIQ – 7. Síntomas vaginales pre y post quirúrgicos ...	49
Gráfica 15 - Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar tareas del hogar Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7.....	50
Gráfica 16 – Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar actividad física Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7.....	50
Gráfica 17 – Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar actividades de entretenimiento Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.....	51
Gráfica 18 – Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar viajes mayores a 1 hora Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7.....	51
Gráfica 19 – Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar sus actividades sociales Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7.....	52
Gráfica 20 – Síntomas vaginales sobre afección en la salud mental Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7.....	52

Resumen

Introducción: La salud pélvica es fundamental para el bienestar de las mujeres. La Uroginecología proporciona un enfoque integral para las condiciones que afectan el sistema urogenital femenino.

En julio 2023 se instauró por primera vez el servicio de uroginecología en nuestro hospital, se realizaron procedimientos quirúrgicos correctivos para dicha patología, y se realizó una encuesta prequirúrgica y postquirúrgica (PFIQ-7) para evaluar la calidad de vida de dichas pacientes.

Anteriormente no se contaba con dicho servicio. La atención o pasaba desapercibida o no se trataba y las pacientes que se trataban, no eran manejadas por el subespecialista. Así mismo no se había implementado un análisis de la calidad de vida para valorar los resultados postquirúrgicos.

Objetivo: Describir los resultados postquirúrgicos y calidad de vida, obtenidos con la instauración del servicio de uroginecología.

Metodología: Mediante un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo a las pacientes intervenidas quirúrgicamente, se les realizó un estudio clínico pre y postquirúrgico estadificando el grado de prolapso con la clasificación POP-Q y una encuesta sobre calidad de vida PFIQ-7.

Resultados: se analizaron un total de 53 pacientes intervenidas quirúrgicamente, la media de edad fue 58 años. El grado III fue el más común con 25 pacientes (47%). La pared principalmente afectada fue la pared anterior con 34 pacientes (64%). Se encontró relación positiva y mejoría de la calidad de vida en el 100% de las pacientes, en los síntomas vaginales propios del prolapso genital.

41% de pacientes presentaron mejoría postquirúrgica en cuanto a su sintomatología urinaria inicial.

Conclusiones: En esta investigación, junto con los resultados obtenidos en las encuestas de calidad de vida, nos han evidenciado que el tratamiento quirúrgico para prolapso genital, que se ha llevado a cargo por el servicio de uroginecología, conlleva mejoras significativas en la calidad de vida de las pacientes. A través de la encuesta PFIQ-7 y de la valoración clínica con la clasificación del POP-Q postquirúrgico, se ha observado de manera subjetiva y objetiva, que la intervención quirúrgica no solo alivió los síntomas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

físicos, sino que también restauró la funcionalidad social, personal y el bienestar emocional de las pacientes.

PALABRAS CLAVE: Prolapso de órganos pélvicos, PFIQ – 7, calidad de vida.



Abstract

Introduction: Pelvic health is essential for women's well-being. Urogynecology provides a comprehensive approach to conditions affecting the female urogenital system. In July 2023, the urogynecology service was established for the first time in our hospital, corrective surgical procedures were performed for said pathology, and a pre-surgical and post-surgical survey (PFIQ-7) was carried out to evaluate the quality of life of these patients.

Previously, this service was not available. The care either went unnoticed or was not treated and the patients who were treated were not managed by the subspecialist. Likewise, a quality of life analysis had not been implemented to assess post-surgical results.

Objective: Describe the post-surgical results and quality of life obtained with the establishment of the urogynecology service.

Methodology: Through an observational, descriptive, retrospective study, a pre- and post-surgical clinical study was carried out on the patients who underwent surgery, staging the degree of prolapse with the POP-Q classification and a PFIQ-7 quality of life survey.

Results: A total of 53 surgically operated patients were analyzed; the average age was 58 years. Grade III was the most common with 25 patients (47%). The mainly affected wall was the anterior wall with 34 patients (64%). A positive relationship and improvement in quality of life was found in 100% of the patients, in the vaginal symptoms of genital prolapse.

41% of patients presented post-surgical improvement in terms of their initial urinary symptoms.

Conclusions: In this research, together with the results obtained in the quality of life surveys, we have shown that the surgical treatment for genital prolapse, which has been carried out by the urogynecology service, leads to significant improvements in the quality of life of the patients. Through the PFIQ-7 survey and the clinical assessment with the post-surgical POP-Q classification, it has been subjectively and objectively observed that the surgical intervention not only relieved physical symptoms, but also restored social functionality. personal and emotional well-being of patients.

KEYWORDS: Pelvic organ prolapse, PFIQ – 7, quality of life

Introducción

La salud pélvica de las mujeres es un aspecto fundamental que influye en su calidad de vida, bienestar emocional y funcionalidad diaria. A pesar de la alta prevalencia de trastornos uroginecológicos, como el prolapso genital y la incontinencia urinaria, estos problemas a menudo son subdiagnosticados y subtratados. La subespecialización en uroginecología se presenta como una respuesta necesaria a esta realidad, proporcionando un enfoque integral para el diagnóstico, tratamiento y manejo de condiciones que afectan el sistema urogenital femenino.

El prolapso de órganos pélvicos se define como el descenso de uno o más órganos a través de la vagina, desde su posición anatómica normal. ⁽¹⁾ Producido por un error en las estructuras de soporte y puede llegar a diferentes grados. ⁽¹⁾ Afecta a un número importante de mujeres en el mundo, y nuestro estado, Aguascalientes, no ha sido una excepción. La presencia de prolapso genital puede tener un impacto perjudicial en la imagen corporal, la sexualidad y la calidad de vida integral.

Contar con un servicio de uroginecología permite a las pacientes acceder a un cuidado especializado que aborda tanto las necesidades físicas como emocionales asociadas con estas condiciones. Además, este enfoque multidisciplinario no solo mejora los resultados clínicos, sino que también fomenta un entorno de apoyo y comprensión, donde las mujeres pueden discutir abiertamente sus preocupaciones.

Hablando de estadísticas, en el mundo, el 11,8% de las mujeres son tratadas quirúrgicamente por prolapso, Y llega a ser el 30% de la cirugía ginecológica en nuestro medio. ⁽¹⁾

Las candidatas para la reparación quirúrgica son mujeres con prolapso sintomático que no han tenido éxito o han rechazado el tratamiento conservador.

El impacto del prolapso genital, en la atención de la salud va en aumento, debido a que hay un mayor crecimiento poblacional de mujeres adultas mayores, por lo que, la implementación de servicios de uroginecología en los sistemas de salud es, por lo tanto, vital, no solo para la atención de condiciones específicas, sino también para promover una salud integral y mejorar la calidad de vida de las mujeres.

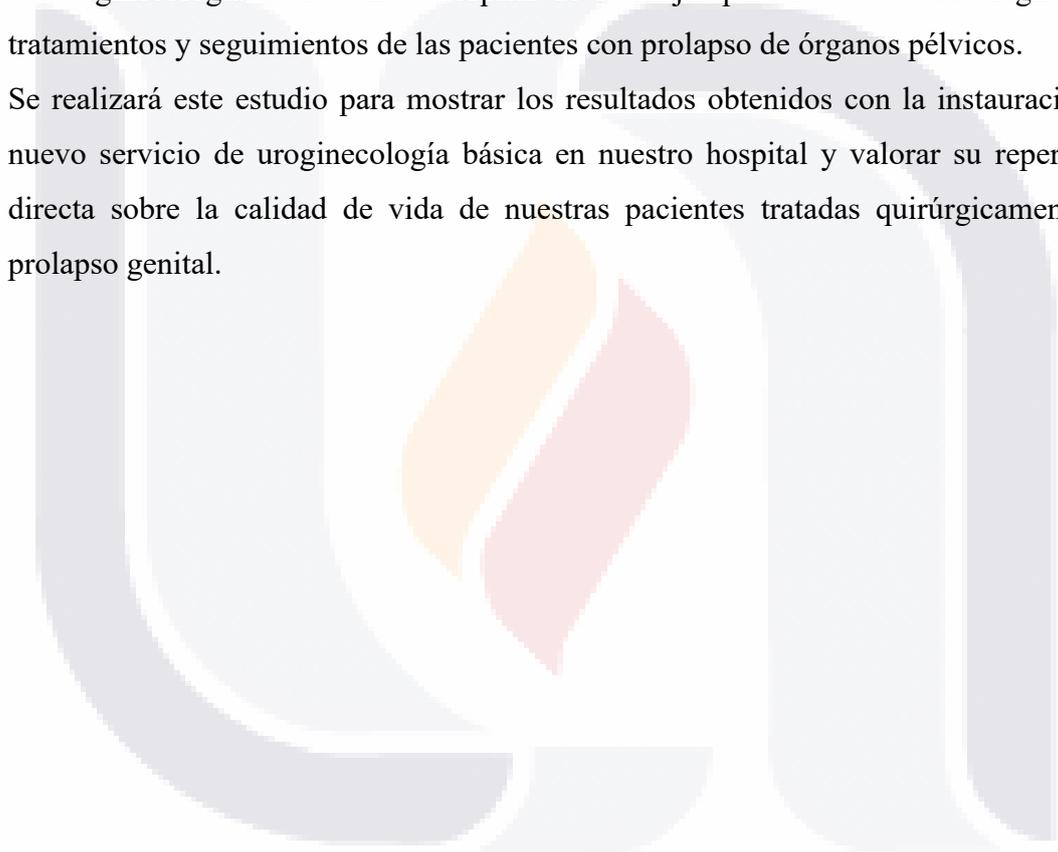
Durante el periodo de julio 2023 se instauró por primera vez el servicio de uroginecología básica en el hospital de la mujer en Aguascalientes, donde se realizaron procedimientos quirúrgicos anatómicos, funcionales y reconstructivos para dicha patología, de los cuales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

se realizó una encuesta prequirúrgica y postquirúrgica (PFIQ-7) para evaluar la calidad de vida de las pacientes sometidas a dichos tratamientos quirúrgicos.

Hasta julio de 2023 no se contaba con dicho servicio en nuestro hospital. La atención o pasaba desapercibida o no se trataba, y las pacientes que se trataban, no eran manejadas por el subespecialista. Así mismo no se había implementado un análisis de la calidad de vida para valorar los resultados postquirúrgicos de dichas pacientes en nuestro hospital, desde la instauración del servicio de uroginecología. Siendo esta, un punto importante a investigar, un área donde evaluaremos además la importancia de contar con el servicio de uroginecología básica en el hospital de la mujer para los correctos diagnósticos, tratamientos y seguimientos de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos.

Se realizará este estudio para mostrar los resultados obtenidos con la instauración del nuevo servicio de uroginecología básica en nuestro hospital y valorar su repercusión directa sobre la calidad de vida de nuestras pacientes tratadas quirúrgicamente por prolapso genital.



Marco teórico

El prolapso de órganos pélvicos se refiere a la salida de un órgano a través de la vagina, como resultado de un problema en el soporte o suspensión de la misma. La Sociedad Española lo define como "el descenso de uno o más órganos, desde su posición anatómica normal, debido a un fallo en las estructuras de soporte, lo que puede resultar en distintos grados de afectación." ⁽¹⁾.

La sociedad Americana lo define como; "el descenso de 1 o más aspectos de la vagina y el útero: la pared vaginal anterior, la pared vaginal posterior, el útero (cérvix) o la cúpula vaginal en pacientes con histerectomía." ⁽²⁾.

Es una condición compleja y de múltiples causas. A pesar de los avances en la medicina, los mecanismos que provocan el prolapso genital aún no están completamente claros. Cualquier alteración en los movimientos de la pelvis puede impactar las funciones urinarias, genitales y rectales. Se trata de una afección funcional que afecta significativamente la calidad de vida.

Es más común en mujeres de edad avanzada, especialmente en la etapa menopáusica o postmenopáusica, por lo que se espera que la incidencia aumente en el futuro debido al envejecimiento de la población, hasta el punto de que el 10-20% de las mujeres necesite un procedimiento quirúrgico.

Las mujeres americanas tienen un riesgo de por vida del 13% de someterse a una cirugía por prolapso genital. La sintomatología por prolapso es mayor en mujeres de 70 a 79 años. ⁽²⁾

La cirugía no es una solución definitiva, ya que aproximadamente el 30% de las pacientes requieren una nueva intervención debido a recaídas.

Anatomía

En 1993, DeLancey identificó tres niveles de soporte o suspensión de la vagina. El nivel 1 (el tercio superior de la vagina) está sostenido por los ligamentos cardinales y uterosacros en la pared de la pelvis; el nivel 2 (el tercio medio) está sostenido por los arcos tendinosos de la fascia pélvica y el músculo elevador del ano, y el nivel 3 se mantiene de manera pasiva por estructuras como los músculos perineales y el centro tendinoso del periné. ^(1,3)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los músculos puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo, que son los elevadores del ano, actúan como una hamaca que sostiene los diferentes órganos del piso pélvico, y están suspendidos por las fascias y ligamentos que los vinculan a la pared pélvica. Todas estas estructuras son móviles entre sí. ^(1,3)

Los ligamentos úterosacros se insertan en el tercio superior de la vagina, frente al fondo de saco vaginal lateral y en el borde posterior del cuello uterino, donde se fusionan con el paracolpos y el paracérvix. Se extienden lateralmente y terminan en la fascia presacra, frente a las vértebras sacras S2-S4. ⁽⁴⁾

Los ligamentos cardinales (también conocidos como ligamentos de Mackenrodt) son láminas de tejido conectivo que se extienden desde el mismo nivel que los ligamentos úterosacros hasta el punto de origen de los vasos ilíacos. ⁽⁴⁾

Paracolpos / paracérvix / parametrio: Estas estructuras de tejido conjuntivo se extienden lateralmente desde el útero y la vagina, dirigiéndose hacia atrás y hacia los lados para insertarse en la pared pélvica, a la altura del arco tendinoso de la fascia pélvica.

Ligamentos vesicales / ligamento rectal lateral: El ligamento umbilical medio se origina en la parte anterior de la vejiga y llega hasta el ombligo. El ligamento pubovesical va desde el cuello vesical hasta la cara posterior del pubis. El ligamento vesical lateral se inserta en la cara inferolateral de la vejiga y se dirige hacia el arco tendinoso de la fascia pélvica. Los ligamentos vesicouterinos, o pilares internos, se unen al istmo uterino en la región preuretral vesical. El ligamento rectal se encuentra a la altura de la arteria rectal media.

Periné: Se divide en dos planos: superficial y profundo. El plano profundo está formado por el músculo transverso profundo y el esfínter externo de la uretra. El plano superficial está compuesto por los músculos isquiocavernosos, bulboesponjosos, transversos superficiales y el esfínter anal externo.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos basados en sintomatología nos muestran que existe una prevalencia del 3-6%, sin embargo, si tomamos la exploración física alcanza hasta el 41-50%. Con esto se comprueba que no todos los prolapsos son sintomáticos. “La incidencia de cirugía por prolapso de órganos pélvicos es de 1,5 a 1,8 cirugías por cada 1.000 mujeres al año.” Aproximadamente 300,000 cirugías por prolapso de órganos pélvicos cada año en los Estados Unidos. ⁽²⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Según el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, las mujeres enfrentan un riesgo del 12,6 % a lo largo de su vida de necesitar una cirugía para corregir un prolapso genital antes de alcanzar los 80 años. ⁽⁵⁾

El prolapso representa un problema significativo de salud pública debido a su alta prevalencia, los costos asociados y su impacto en la calidad de vida. Con el envejecimiento de la población, se prevé un incremento en el número de mujeres afectadas por este trastorno. Se estima que aumentara en un 50% para el 2050. La incidencia más alta de síntomas de prolapso genital ocurre en mujeres de 70 a 79 años, aunque también puede manifestarse en mujeres más jóvenes ⁽⁶⁾.

Factores de riesgo

Tiene una etiología multifactorial.

Las tasas de recidiva son aproximadamente del 29.2% de los casos, por lo que debemos de conocer los factores de riesgo y de recurrencia para el manejo más adecuado y una valoración preoperatoria más precisa. ⁽⁷⁾

La paridad, el parto vaginal, el envejecimiento y el índice de masa corporal (IMC) son los más relevantes en el desarrollo de prolapso genital.

Con respecto a la recurrencia, el estadio 3 y 4 preoperatorio es un factor de riesgo confirmado. ⁽⁷⁾

La paridad es un factor de riesgo bien identificado en las publicaciones. Tegerstedt et al. indican que el cociente de posibilidades (odds ratio) es de 4.8 en las pacientes que han tenido al menos un parto, en comparación con las mujeres que no han dado a luz. Además, el riesgo aumenta en un 1.4 con cada parto adicional. ⁽⁸⁾

El metaanálisis de Cattani et al. identificó el uso de fórceps durante el parto y el primer parto vaginal como factores de riesgo para el prolapso sintomático. Sin embargo, la episiotomía no parece ser un factor de riesgo en este contexto. ⁽⁹⁾

Pacientes con mayor o igual a dos gestas tienen mayor riesgo de prolapso genital, así como la edad del primer parto, si esta supera los 30 años. El parto con fórceps se informó como factor de riesgo. La cesárea en comparación con el parto vaginal se observó como factor protector, al igual que el tabaco. ⁽⁶⁾

Un producto mayor a 4500 gr, el IMC mayor a 30, edad menor a 60 años con prolapso, y un POP-Q preoperatorio de estadio 3 y 4, son factores de riesgo para presentar recurrencias. ⁽⁶⁾

La paridad según las sociedades americanas va aumentando el riesgo de presentar prolapso genital, con una gesta aumenta un 2.8, dos gestas 4.1 y tres gestas 5.3. Otros factores de riesgo incluyen parto vaginal (1.2 veces en cada parto), edad, la obesidad (odds ratio 2-2.5), trastornos del tejido conectivo, estado menopáusico y el estreñimiento crónico. Hablando de factores de riesgo para un prolapso genital recurrente son, las pacientes menores de 60 años sometidas a cirugía por prolapso, la obesidad y un estadio III o IV preoperatorio. ⁽²⁾

El Journal of the American Urogynecologic Society analizó el impacto de la obesidad severa ($IMC \geq 40$) preoperatoria, encontrando que las probabilidades de una complicación importante dentro de los primeros 30 días postquirúrgicos fueron 1.8 veces mayores para las pacientes con $IMC \geq 40$, abarcando como complicaciones mayores; cualquier infección de sitio quirúrgico, sepsis sistémica, tromboembolia venosa y lesión renal. El abordaje laparoscópico para estas pacientes con obesidad severa tiene 6 veces más probabilidad de complicación grave. Existe una probabilidad 1.6 veces mayor de desarrollar incontinencia urinaria por cada incremento de 5 unidades en el índice de masa corporal (IMC). Además, las cintas mediouretrales experimentan una disminución en su éxito del 22% por cada aumento de 5 unidades en el IMC. ⁽¹⁰⁾

Fisiopatología

El soporte de los órganos pélvicos está compuesto por los músculos elevadores del ano y los tejidos conectivos que unen el útero y la vagina a las paredes laterales de la pelvis. Los músculos elevadores del ano ayudan a mantener el suelo pélvico cerrado, generando fuerzas de elevación y cierre que evitan el descenso de los órganos pélvicos. ⁽¹¹⁾

Cuando los músculos elevadores se afectan, el hiato se puede abrir y se presenta el descenso de los órganos pélvicos, que junto con las diferencias de presión atmosférica y la abdominal pueden provocar el prolapso de órganos pélvicos, debido a las tensiones anormales que se ejercen sobre los tejidos que sostienen del útero y vagina a las paredes pélvicas. Cuando los tejidos conectivos son muy laxos, no existe una fuerza suficiente para lograr evitar el descenso de los órganos de la pelvis, por lo que se produce un desequilibrio entre la presión atmosférica e intra abdominal y existirá por tanto el prolapso genital. ⁽¹²⁾

En 1907, Halban y Tandler propusieron una hipótesis sobre la relación entre la lesión del músculo elevador del ano y el prolapso de órganos pélvicos. Actualmente, esta teoría ha

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sido confirmada, y se ha encontrado que el 16% de las mujeres sin prolapso presentan lesión del músculo elevador del ano, mientras que hasta el 55% de las mujeres con prolapso de órganos pélvicos presentan esta lesión. Además, la lesión del músculo elevador del ano ocurre en el 13 al 36% de las mujeres que han tenido un parto vaginal. (12)

Existen también modificaciones histológicas tisulares, las cuales son predisponentes para ocasionar prolapso. Es difícil determinar en una paciente con prolapso si la alteración estructural es resultado de una carga mecánica o de una modificación histológica. Sin embargo, las mujeres con afecciones del tejido conectivo presentan más riesgo de desarrollar prolapso, el cual tiende a manifestarse a una edad más temprana e incluso en mujeres multigestas. Dichos trastornos tienen una prevalencia mayor en mujeres (73-89%). El Síndrome de Ehlers-Danlos tiene una prevalencia aproximada de 1:5000 y se incluye dentro de los trastornos hereditarios que afectan al tejido conectivo y síntesis del colágeno. (13) Estas pacientes suelen padecer con mayor frecuencia problemas uroginecológicos, incluyendo síntomas como la incontinencia urinaria (38-60%), prolapso genital (13-75%), dolor pélvico (13-75%), incontinencia fecal (2-19%) y prolapso rectal (2-16%). (13, 14)

Diagnóstico

El prolapso genital es un diagnóstico clínico que se plantea a partir de los síntomas presentados por la paciente y se confirma mediante un examen físico. La anamnesis es muy importante debido a que nos orienta sobre que pruebas complementarias y que decisión terapéutica tomar. El prolapso genital en su mayoría no presenta síntomas, se puede detectar accidentalmente durante alguna revisión. El síntoma más referido es la sensación de abultamiento vaginal, o la sensación de tejido que sobresale por la vagina, acompañada de presión perineal o pesadez en la zona pélvica. Rara vez ocasiona dolor. Es importante documentar si este interfiere con la actividad física, la micción, la defecación o afecte la función sexual. (15)

Interrogar en pacientes en edad fértil sobre deseo de embarazo futuro, debido a que este punto influye en el tratamiento seleccionado.

Es importante interrogar sobre sintomatología urinaria de urgencia, urgencia miccional, disuria, sensación de vaciado vesical incompleto y polaquiuria. Además, se debe preguntar específicamente sobre pérdidas urinarias con esfuerzo antes de la aparición del

prolapso genital. Ya que esta condición podría recurrir después de la corrección del prolapso. ⁽¹⁵⁾

Además, es fundamental interrogar sobre síntomas digestivos e incontinencia, ya que los prolapso de la pared posterior pueden ocasionar trastornos en la evacuación rectal, como la retención. Se debe preguntar si la paciente necesita realizar reducción manual para evacuar y facilitar el vaciamiento del recto. ⁽¹⁵⁾

Es fundamental evaluar la disfunción sexual, incluyendo dispareunia y sequedad vaginal, así como realizar una historia médica, obstétrica y quirúrgica completa. Según un estudio transversal, hasta el 53% de las pacientes desconocen la patología del prolapso genital, lo que tiene un impacto significativo en la búsqueda de atención médica. Esto se debe a la creencia errónea de que el prolapso es una parte normal del envejecimiento y a la falta de conocimiento básico sobre la condición. ⁽¹⁶⁾

Cuestionarios

El objetivo principal de las pacientes con prolapso genital suele centrarse en el alivio de los síntomas y la mejora de la calidad de vida, más que en el resultado anatómico.

Para apoyar en el interrogatorio, y evaluación de los síntomas y resultados de tratamiento, existen cuestionarios que son de gran importancia y deberían ser parte de la evaluación inicial de las pacientes. Los principales cuestionarios validados son el Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI), el Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ) y el Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ). ^(17, 18)

- El PFDI evalúa los síntomas.
- El PFIQ evalúa afección social del prolapso, existe versión reducida (PFIQ-7).
- El PISQ evalúan la sexualidad.

Exploración física

La exploración física es fundamental para el diagnóstico del prolapso genital. Es crucial evaluar qué compartimentos están afectados y estadificar el prolapso. Se realiza en decúbito supino con un espéculo o valva vaginal, pidiéndole a la paciente que puje y tosa (maniobra de Valsalva) para valorar el prolapso del compartimento medio. Posteriormente, con la valva, se coloca contra las paredes vaginales anterior y posterior para valorar el prolapso de dichos compartimentos.

Además, es importante realizar una búsqueda intencionada de incontinencia urinaria durante las maniobras de Valsalva o al reducir el prolapso. Si se presentan pérdidas urinarias, se debe realizar la maniobra de Bonney o la prueba de Ulmsten, y así determinar si presenta hipermovilidad uretral y valorar la corrección de la misma con una cinta.

Clasificación

La clasificación POP-Q se desarrolló por Brubaker y Norton en 1996 por 3 sociedades (International Continence Society, American Urogynecological society, Society of gynecologic surgeons).⁽¹⁹⁾

Este método se basa en la medición de las distancias entre seis puntos dinámicos ubicados en la vagina y un punto fijo de referencia, que es el himen. Las distancias se expresan en centímetros y se preceden de un signo "+" o "-" dependiendo de si el punto está por encima o por debajo del himen.⁽¹⁹⁾

Se realizó para que fuera una valoración estandarizada y fácilmente reproducible.

Se realizan 8 mediciones durante el esfuerzo máximo y una medición en reposo (la longitud vaginal total). Las distancias entre los puntos dinámicos y el punto fijo de referencia (himen) son medidas, y los puntos ubicados por encima del himen tienen un valor negativo.⁽¹⁹⁾

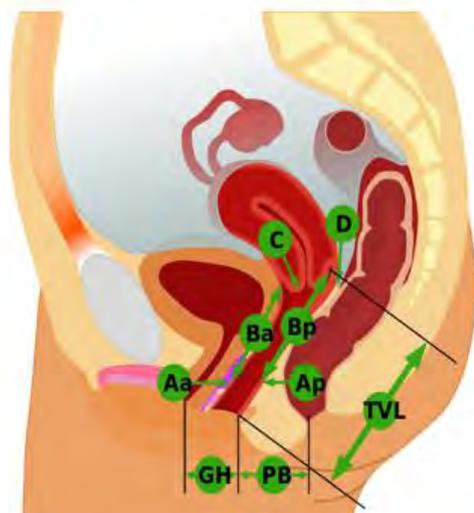
Pared vaginal anterior

- Aa: Este punto se encuentra a 3 cm del himen en la pared vaginal anterior y corresponde al cuello vesical (pliegue uretrovesical). Su variación está limitada entre -3 (posición normal) y +3.
- Ba: Este punto se encuentra entre **Aa** y el fondo de saco vaginal anterior. Su valor máximo corresponde a +TVL (longitud vaginal total), que es la distancia total de la vagina medida desde el himen hasta el fondo de saco.

Pared vaginal posterior

- Ap: Este punto se encuentra a 3 cm del himen en la pared vaginal posterior y su variación está limitada entre -3 (posición normal) y +3.
- Bp: Este punto se encuentra entre **Ap** (situado a 3 cm del himen en la pared vaginal posterior) y el fondo de saco vaginal posterior. Su valor máximo corresponde a +TVL (longitud vaginal total), que es la distancia máxima desde el himen hasta el fondo de saco vaginal posterior.

Imagen 1 – clasificación POP - Q



Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cervix o Cúpula C
Hiato genital Gh	Cuerpo perineal Pb	Longitud vaginal total Tvl
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Formix posterior D

Fondo vaginal

- C: Punto que representa el labio anterior del cérvix o el borde delantero de la cúpula.
- D: La ubicación del fondo de saco de Douglas, si es histerectomía se pone X, unión del ligamento útero sacro al cérvix.

Diafragma genital

- Gh: representa el hiato genital, desde el meato uretral hasta carúnculas.
- Pb: representa el periné, desde la horquilla vulvar hasta el ano.

Longitud vaginal total

- Tvl.

El prolapso se clasifica en cinco grados:

- Grado 0: sin prolapso
- Grado 1: la parte más distal del prolapso se mantiene por encima del himen, mayor o igual a -1.
- Grado 2: la parte más distal del prolapso se encuentra entre -1 y +1.
- Grado 3: la parte más distal del prolapso se encuentra entre +1 y tvl-2.
- Grado 4: la zona más distal del prolapso se encuentra en +(tvl-2).⁽¹⁹⁾

El diagnóstico es clínico, y para ayuda diagnóstica podemos solicitarlos.

El ultrasonido debe realizarse antes de la cirugía solo para descartar patología endometrial. Además, se está utilizando cada vez más esta modalidad diagnóstica debido

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a que nos permite la valoración con las maniobras de Valsalva y la contracción muscular del suelo pélvico en tiempo real, valorando la pared posterior y el elevador del ano. Valorando así la avulsión y la sobre distensión hiatal, debido a que son factores de riesgo para prolapso genital y su recurrencia. ⁽²⁰⁾

La resonancia magnética puede ser utilizada cuando hay discrepancias entre los síntomas y los hallazgos en la exploración física, ya que es una técnica precisa y objetiva para determinar el estadio del prolapso. Sin embargo, la evaluación clínica es suficiente para clasificar el prolapso antes de la cirugía y para valorar los resultados durante el seguimiento. ⁽²¹⁾

Los estudios urodinámicos no son necesarios a menos que se considere realizar tratamiento asociado de la incontinencia. Existe una dificultad para interpretar el estudio durante el prolapso, ya que el prolapso influye en los resultados urodinámicos, la flujometría es patológica en el 50% de los casos, así como pueden existir signos de obstrucción y sintomatología de incontinencia de esfuerzo. ⁽²²⁾

Tratamiento

Es importante tener en cuenta que cualquier tratamiento, solo se debe de sugerir para pacientes con prolapso genital sintomático.

Manejo médico

La estrogenoterapia tópica se recomienda tanto en el periodo preoperatorio como postoperatorio para mejorar la calidad de los tejidos vaginales. Se realizó un estudio aleatorizado donde se encontró que, a pesar de los cambios objetivos en el epitelio vaginal, los resultados no fueron concluyentes en cuanto a si la aplicación preoperatoria de estrógenos vaginales durante 7 semanas en mujeres posmenopáusicas con prolapso genital sintomático se asoció con una mejor función urinaria, función sexual, síntomas de dispareunia y otros síntomas que se atribuyen comúnmente a la atrofia. ⁽²³⁾

Otra alternativa al tratamiento quirúrgico, son los pesarios. Existen variedades de estos. Uno de los inconvenientes es encontrar el tamaño adecuado para cada paciente. Entre las principales indicaciones se encuentra el prolapso anterior, aunque resultan poco efectivos en pacientes con prolapso posterior de grado 3 o 4.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Son pocas las complicaciones asociadas al uso del pesario; la más frecuente es la incomodidad, en el 2-33% de los casos, y en el 3-9% se pueden presentar erosiones vaginales, las cuales se tratan con estrógenos tópicos y el retiro de pesario. ⁽²⁴⁾.

El pesario puede ayudar para verificar los resultados de un procedimiento quirúrgico o la aparición postoperatoria de una incontinencia urinaria enmascarada por el prolapso. Es una buena prueba terapéutica previo al tratamiento quirúrgico.

Se realizó un consenso para identificar áreas con respecto a la colocación de pesarios, selección de tipo y tamaño, el seguimiento, el uso de estrógenos intravaginales y el manejo de las complicaciones, para mejorar la seguridad y calidad, ya que la evidencia actual es limitada. Entre las recomendaciones se comenta que se debe de ofrecer pesario a todas las pacientes con prolapso genital sintomático, y se puede considerar el uso de estrógenos vaginales para mujeres que desean optimizar el uso a largo plazo de un pesario. ⁽²⁵⁾.

Tratamiento quirúrgico

Entre el 11% y el 20% de las mujeres se exponen a una cirugía por prolapso genital. Las recidivas son comunes y requieren una reintervención en aproximadamente el 30% de los casos. ⁽²⁶⁾.

El tratamiento quirúrgico debe adaptarse a cada paciente, considerando factores como la edad, la actividad sexual, los antecedentes médicos, el deseo de preservar la fertilidad, los compartimentos afectados según el POP-Q, el grado de prolapso y la sintomatología presente.

La efectividad de la cirugía depende de varios factores, siendo el más importante la habilidad del cirujano. Además, la complejidad del prolapso, la técnica quirúrgica utilizada y la metodología empleada en los estudios también desempeñan un papel crucial. ⁽²⁷⁾

La cirugía vaginal clásica se basa en reconstruir los tejidos naturales de las paredes vaginales, que han sido afectadas por la distensión o lesiones en su estructura o en los elementos de fijación a la pared pélvica. Las ventajas de esta técnica son notables, ya que es segura, rentable y presenta pocas complicaciones. ⁽²⁷⁾.

El compartimento anterior es el más afectado por la prevalencia y recurrencia del POP, lo cual puede explicarse porque los defectos en este compartimento suelen ir

acompañados de defectos en el compartimento medio en la mayoría de los casos. Existe evidencia que muestra que el POP anterior se correlaciona con la pérdida de soporte apical ($r = 0,73$).⁽²⁷⁾

La Colporrafia Anterior es la técnica quirúrgica para la reconstrucción de la pared anterior.

La vagina desempeña un papel crucial al proporcionar soporte directo a la vejiga, evitando el prolapso y permitiendo la elasticidad necesaria para la distensión vesical durante el llenado. Está firmemente anclada lateralmente a los arcos tendinosos de la fascia pélvica. Según los niveles de DeLancey, la cara anterior de la vagina se sostiene en el nivel I por el paracérvix (ligamentos útero sacros y ligamentos cardinales) y en el nivel II por los arcos tendinosos de la fascia pélvica.⁽²⁷⁾

La vagina es la estructura clave en el soporte de la vejiga debido a su composición única, que consta de tres capas bien definidas: 1) la mucosa vaginal, 2) la muscularis vaginal y 3) la adventicia. Los defectos más significativos del compartimento anterior involucran el nivel II de DeLancey.⁽²⁷⁾

La Colporrafia Posterior, Colpoperineoplastia y la perineorrafia son las técnicas quirúrgicas reconstructivas de la pared posterior.

La histerectomía vaginal no es un procedimiento quirúrgico específicamente destinado a la corrección del prolapso, aunque en la mayoría de las cirugías clásicas del prolapso que afectan al compartimento medio con útero presente, suele ser el primer paso para realizar una adecuada suspensión de la cúpula vaginal al complejo útero sacro-cardinal (culdoplastia de McCall) o, en casos de prolapso de mayor grado, al ligamento sacroespinoso (fijación al ligamento sacroespinoso o técnica de Richter).⁽²⁷⁾

En cuanto a las técnicas quirúrgicas para corrección de prolapso apical se dividen en obliterativas y reconstructivas, con o sin preservación uterina. En cuanto al procedimiento obliterativo, contamos con la Colpocleisis, con indicación en pacientes mayores de edad con enfermedades crónicas y que no tienen actividad sexual. Y en cuanto a los procesos reconstructivos los subdividimos en abordaje abdominal con la Sacrocolpopexia y la pectopexia, y en el abordaje vaginal contamos con cirugía de McCall, fijación al sacroespinoso con técnica de Richter, cirugía de Manchester.^(27, 28)

La sacrocolpopexia ha demostrado ser el gold estandar hablando sobre recurrencias para prolapso apical. (vía laparoscópica o laparotómica). Se han reportado tasas de éxito que van del 74% al 98% para la sacrocolpopexia, demostrando resultados superiores en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

términos de reducción del prolapso recurrente y dispareunia en comparación con la reparación con tejido nativo o los procedimientos con malla vaginal. ⁽²⁹⁾

Complicaciones

En cuanto a las complicaciones preoperatorias, el índice de lesión vesical es del 0.4-1%, el índice de complicaciones ureterales varía entre el 0.1-0.3% y el índice de lesión rectal se encuentra entre el 0.3-0.5%. ⁽³⁰⁾.



Justificación

La atención uroginecológica es esencial debido a la prevalencia de trastornos que afectan la salud pélvica de las mujeres, que incluye condiciones como incontinencia, el prolapso genital y otras disfunciones del piso pélvico.

El prolapso genital afecta a una proporción significativa de pacientes femeninas, especialmente en población envejecida. Según el American College of Obstetricians and Gynecologists, en los Estados Unidos las mujeres presentan un riesgo del 13% a someterse a una cirugía por Prolapso genital. A pesar de su alta prevalencia, el prolapso sigue siendo un tema que requiere atención médica y social debido a sus impactos tanto físicos como psicológicos en las mujeres afectadas. La ACOG anticipa que para el año 2050 el número de mujeres que presenten prolapso genital incrementará el 50% debido al envejecimiento poblacional, lo que apunta a la necesidad de contar con servicios especializados que aborden estas cuestiones de manera integral.

Aunque el prolapso genital no es una patología que ponga en riesgo la vida de la paciente, tiene un impacto muy importante en la calidad de vida de la paciente afectada, desde su impacto físico (dolor pélvico, sensación de abultamiento genital, malestar durante actividad física, sexual), su impacto psicológico (estrés, ansiedad, depresión, afección en la autoestima y autoimagen), su impacto social (malestar físico, disfunción sexual, participación social, actividades cotidianas y laborales) y el impacto económico. Todo esto debido al aumento en la incidencia relacionado propiamente con el envejecimiento poblacional a nivel nacional y mundial.

En cuanto al impacto financiero en la atención médica, la revista mexicana de urología nos reporta una incidencia del 30% de mujeres con prolapso genital entre los 20-60 años, por lo que existe un aumento de consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos, que no se están tratando de forma directa con el servicio especializado de uroginecología en el estado. Agregando también la afección directa en el ámbito laboral con la productividad y al ausentismo laboral que esta patología está condicionando.

En nuestro hospital, se instaure por primera vez un servicio de uroginecología básica para atención especializada de estos casos que afectan la vida diaria de las mujeres en nuestro estado. La integración de la uroginecología en nuestro hospital puede mejorar la coordinación entre diferentes ginecólogos, optimizando el cuidado del paciente. Este

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

enfoque multidisciplinario asegura que se aborden todos los aspectos de la salud de la mujer, desde la salud física hasta la salud mental y emocional.

Por lo que, establecer un servicio de uroginecología no solo es necesario para atender las necesidades de salud específicas de las mujeres, sino que también representa un paso fundamental hacia una atención médica más completa, accesible y sensible a las necesidades de nuestras pacientes.

Basándonos en el cuestionario PFIQ-7, el cual evalúa la repercusión social del prolapso, se pretende estudiar y evaluar la calidad de vida de las pacientes intervenidas quirúrgicamente para corrección del prolapso genital, durante el primer año de la instauración del servicio de uroginecología básica.



Planteamiento del problema

El prolapso genital afecta a un significativo porcentaje de mujeres, particularmente en edades avanzadas, con estudios que sugieren que hasta el 50% de las mujeres pueden experimentar alguna forma de prolapso durante su vida. La Sociedad Española reporta que el 11.8% de las pacientes femeninas son sometidas a tratamientos quirúrgicos por prolapso a lo largo de su vida. La prevalencia de POP en los Estados Unidos aumentará un 50% entre el año 2010 al 2050. La Sociedad Americana de Uroginecología nos reporta que el prolapso genital es una afección prevalente que afecta a una parte importante de las mujeres durante su vida, que oscila entre el 8% y el 40%.

A nivel mundial tenemos una prevalencia del 31%. En Chile nos reporta la Revista Médica Las Condes una prevalencia del 43%. Revistas colombianas nos reportan prevalencia del 29.95%. En nuestro país se nos reporta una prevalencia de prolapso genital del 41% en postmenopáusicas mayores de 60 años y del 40% en mujeres multíparas.

Esta alta prevalencia hace que el prolapso sea una preocupación importante para la salud pública. La condición no solo impacta el bienestar físico de las mujeres, sino que también tiene implicaciones psicológicas, sociales y económicas considerables

En nuestro hospital posterior a la instauración del servicio de uroginecología, se han visto un total de 113 consultas por prolapso durante el periodo de julio 2023 – agosto 2024, de las cuales 53 se han sometido a procedimiento quirúrgico. A diferencia del número de consultas de ginecología en el año 2021, solo se vieron un total de 34 consultas con diagnóstico de prolapso genital, de las cuales 25 fueron sometidas a tratamiento quirúrgico el cual no fue realizado ni diagnosticado por el subespecialista en el área. En el año 2022 fueron un total de 42 consultas por prolapso genital y 18 de estas fueron sometidas a procedimiento quirúrgico, igualmente no diagnosticado ni tratado por el médico subespecialista. Esto nos conlleva y nos implica un sub diagnóstico o subregistro de pacientes, además de un tratamiento no realizado por el especialista en esta área, el cual pudo ser incompleto o deficiente para las pacientes con dicha patología.

Como ya se ha comentado anteriormente, el contar con un servicio de uroginecología en hospitales de referencia ginecológica es esencial para la atención médica ginecológica integral. A pesar de la alta prevalencia de trastornos uroginecológicos en el estado, los hospitales públicos de referencia ginecológica en el estado de Aguascalientes carecen de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un servicio de urología ginecológica. Por lo que es imperativo fomentar la implementación de dichos servicios para proporcionar un enfoque integral para el manejo de las patologías que afectan el sistema urogenital femenino. Además, si hablamos sobre la calidad de vida en las pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos por prolapso genital, tenemos nula investigación sobre estas pacientes atendidas en nuestras instituciones públicas del estado.

En conjunto con la instauración del servicio se inició la vigilancia de la calidad social mediante la encuesta PFIQ-7 (Anexo B). Dicha encuesta es una herramienta con la cual identificamos de qué manera las molestias intestinales, urinarias y vaginales, propias por el prolapso, afectan en sus capacidades para realizar las tareas del hogar, actividades físicas, sus relaciones sociales y en cuanto afectan a su salud emocional. Englobando así, diferentes puntos para evaluar y cuantificar el impacto de los trastornos de suelo pélvico en la calidad de vida de las pacientes. Además, esta encuesta nos permite hacer un seguimiento de la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo, antes y después de los tratamientos. Por lo que es una herramienta útil que facilita la comunicación y la comprensión del impacto de los problemas del suelo pélvico en la vida diaria.

Pregunta de investigación

¿Cómo se afectó la calidad de vida en las pacientes intervenidas quirúrgicamente por prolapso genital en el Hospital de la Mujer Aguascalientes con la instauración del servicio de uroginecología básica?

Hipótesis nula

Se obtuvo una mejoría en la calidad de vida, en aspectos psicológicos, físicos y sociales, sobre las pacientes intervenidas quirúrgicamente por prolapso de órganos pélvicos en el Hospital de la Mujer Aguascalientes en el periodo de julio 2023-agosto 2024 por el nuevo servicio de uroginecología básica.

Hipótesis alterna

No se obtuvo una mejoría en la calidad de vida, en aspectos psicológicos, físicos y sociales, sobre las pacientes intervenidas quirúrgicamente por prolapso de órganos pélvicos en el Hospital de la Mujer Aguascalientes en el periodo de julio 2023-agosto 2024 por el nuevo servicio de uroginecología básica.

Objetivos

Objetivo general.

Evaluar el impacto del tratamiento quirúrgico correctivo del prolapso de órganos pélvicos en la calidad de vida de las pacientes intervenidas en el Hospital de la Mujer Aguascalientes, por el servicio de uroginecología, durante el periodo de julio 2023 a agosto 2024.

Objetivos específicos

1. Aplicar el cuestionario PFIQ – 7 (Anexo 1), antes y después del procedimiento quirúrgico correctivo para prolapso de órganos pélvicos
2. Analizar los cambios en la sintomatología urinaria antes y después del procedimiento quirúrgico.
3. Analizar los cambios en la sintomatología intestinal antes y después del procedimiento quirúrgico.
4. Analizar los cambios en la sintomatología vaginal antes y después del procedimiento quirúrgico.
5. Analizar los cambios en los aspectos físicos antes y después del procedimiento quirúrgico según la clasificación POP-Q.
6. Analizar los cambios en los aspectos psicológicos - mentales antes y después del procedimiento quirúrgico con base al cuestionario PFIQ-7.
7. Analizar los cambios en los aspectos sociales antes y después del procedimiento quirúrgico con base al cuestionario PFIQ-7.
8. Evaluar la eficacia de los tratamientos realizados en las pacientes por el servicio de uroginecología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio.

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo.

Población en estudio

Pacientes programadas para manejo quirúrgico con diagnóstico de Prolapso de órganos pélvicos en el Hospital de la Mujer Aguascalientes en el periodo de julio 2023 a agosto de 2024, operadas por el servicio de uroginecología.

Tipo y tamaño de la muestra.

- A) Tipo de muestreo: No probabilístico / Muestreo por conveniencia
- B) Tamaño de la muestra: Se tomará en cuenta el total de pacientes con diagnóstico de Prolapso de Órganos Pélvicos con tratamiento quirúrgico correctivo en el curso de julio del 2023 a agosto del 2024 en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, obteniendo un total de 53 pacientes. Basándonos en el cuestionario PFIQ-7, se valorará la calidad de vida pre y postquirúrgica.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con Prolapso de órganos pélvicos candidata para manejo quirúrgico
- Pacientes atendidas en el curso de julio del 2023 a agosto del 2024 en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos que no hayan recibido tratamiento quirúrgico.
- Pacientes que no finalizaron su manejo en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Pacientes con enfermedades neurológicas o psiquiátricas que impidan aplicar el cuestionario PFIQ – 7.

Criterios de eliminación

- Pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos las cuales no contestaron al llamado para la realización de la encuesta de calidad de vida postquirúrgica PFIQ-7.



Descripción y operacionalización de las variables:

<i>Variable</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Tipo y característica de la variable</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Unidades</i>
<i>Calidad de vida</i>	Bienestar general de las personas en salud, educación, entorno, relaciones sociales.	Cualitativa nominal politómica	Afección en actividades en el hogar Afección para actividades sociales o de entretenimiento Afección en la salud emocional	Para nada Algo Moderadamente Bastante
<i>Síntomas de incontinencia pre y postquirúrgica</i>	Pérdida involuntaria de orina	Cualitativa nominal politómica	Para nada Algo Moderadamente Bastante	0 1 2 3
<i>Síntomas colorrectales anales pre y postquirúrgica</i>	Molestias colorrectales anales como pérdidas involuntarias de heces o gases, dolor	Cualitativa nominal politómica	Para nada Algo Moderadamente Bastante	0 1 2 3
<i>Síntomas por prolapso genital pre y postquirúrgica</i>	Molestias por prolapso genital como presión, pesadez, protuberancia	Cualitativa nominal politómica	Para nada Algo Moderadamente Bastante	0 1 2 3

	que se sale por la vagina.			
<i>Grado de prolapso prequirúrgico</i>	Prolapso o descenso de un órgano a través de la vagina	Cuantitativa politómica	1 2 3 4	I II III IV
<i>Pared afectada con prolapso</i>	Pared vaginal con el mayor prolapso.	Cualitativa politómica	Anterior Posterior Apical	Anterior Posterior Apical
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la evaluación clínica.	Cuantitativa discreta	< de 50 años ≥ de 50 años	Años
<i>Peso</i>	Es una medida de la fuerza gravitatoria que actúa sobre un objeto	Cuantitativa continua	Kilogramos	Kilos
<i>IMC</i>	Estima el peso ideal de una persona en función de su peso y tamaño	Cualitativa politómica	Menor 18 19-25 25-30 30-35 Mayor 35	Centímetros y kilogramos
<i>Tipo de cirugía</i>	Existen dos tipos de cirugías para prolapso de órganos pélvicos	Cualitativa nominal dicotómica	Reconstructiva Obliterativa	Reconstructiva Obliterativa

	(reconstructiva s y Obliterativa)			
<i>Escolaridad</i>	Tiempo de asistencia a la escuela o a algún centro de enseñanza.	Cualitativa nominal politómica	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura



RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó la recolección de expedientes clínicos de las pacientes operadas por el servicio de uroginecología con diagnóstico de Prolapso genital para la obtención de las variables a estudiar.

Se realizó una base de datos en Excel, donde se incluyeron a todas las pacientes operadas por el servicio de uroginecología con diagnóstico de prolapso genital, su edad, escolaridad, IMC, enfermedades crónicas, su grado de prolapso y pared afectada, el tipo de cirugía correctiva realizada, así como la clasificación POP-Q prequirúrgica y postquirúrgica. Agregamos también, en base al cuestionario PFIQ – 7, si existió una mejoría, empeoramiento o si no hubo cambios sobre la sintomatología urinaria, vagina e intestinal prequirúrgica y postquirúrgica.

INSTRUMENTO EMPLEADO

Se utilizó una recopilación de datos en formato Excel, donde se fue recolectando información sobre las variables a estudiar al revisar los expedientes clínicos físicos y electrónicos.

Los diagnósticos de prolapso genital, el grado de prolapso y la clasificación POP-Q prequirúrgica se obtuvieron de las notas de egreso, principalmente del expediente electrónico y corroborando con expediente físico.

Se realizó una encuesta prequirúrgica a las pacientes candidatas a tratamiento quirúrgico por prolapso genital, basándonos en la calidad de vida, previa información y firma de consentimiento informado, en área de consulta se les pidió contestar el cuestionario de calidad de vida (PFIQ-7) ⁽³¹⁾ (ver Anexo B), con 7 reactivos, los cuales están divididos en 3 dominios (síntomas urinarios, síntomas intestinales y síntomas de prolapso) con opciones múltiples donde se obtendrán un puntaje; *Capacidad para realizar tareas del hogar*, donde para nada equivale a 0 puntos, algo 1 punto, moderadamente 2 puntos, y bastante 3 puntos, donde el mínimo es 0 y el máximo es 3 puntos en cada uno de los 7 reactivos de los 3 dominios, obteniendo un máximo de 21 puntos en cada dominio. Entre mayor

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sea el puntaje mayor el grado de afección a la calidad de vida. Dentro de los reactivos restantes contamos con; *Capacidad para realizar actividades físicas, actividades de entretenimiento, capacidad para viajar, participación en actividades sociales, salud emocional y frustración*. Cada uno de los 7 reactivos cuentan con las opciones múltiples y los puntajes ya comentados.

Esto tomo al paciente contestar alrededor de 15 minutos, al término de este se pasaron los resultados a la hoja de recolección de datos y posteriormente al sistema de cálculo y gráficas para el análisis en Excel.



PLAN DE CAMPO O LOGÍSTICA.

Manual de procesos:

1. Se solicitó de manera oficial el acceso a la libreta de procedimientos por parte del servicio de anestesiología para obtención de las pacientes intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico de prolapso genital, por el servicio de uroginecología para el estudio de julio 2023 a agosto 2024. Además de la obtención de las pacientes intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos en el año de 2021 y 2022
2. Se solicitó de manera oficial el acceso a los expedientes tanto físicos como electrónicos en hospital de la mujer seleccionados para el estudio.
3. Se accedió al sistema electrónico de expediente clínico para corroborar información con relación al expediente físico.
4. Se empleó la cédula de recolección de datos donde se plasmaron las variables a estudiar.
5. Se citó a las pacientes intervenidas quirúrgicamente y se les realizó la encuesta PFIQ – 7, así como nueva revisión ginecológica.
6. Al concluir la recolección de los datos, se entregó de manera ordenada los expedientes al encargado de archivo de cada unidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realiza un análisis estadístico descriptivo mediante la aplicación SPSS, expresando los resultados en frecuencia, porcentajes, media y desviación estándar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio cumple con los principios científicos y éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, enmendada en Tokio en 1975 por la Asociación Médica Mundial. También se ajusta a la Ley General de Salud con relación a la investigación sin riesgo, tal como se establece en su artículo 100. Se respeta la confidencialidad de las pacientes y se protege la información de manera adecuada, evitando cualquier exposición a riesgos o daños innecesarios. Estos aspectos son fundamentales para justificar la investigación médica y contribuir a la solución de problemas de salud. Además, el estudio cuenta con la autorización del comité local de bioética e investigación.

Para desarrollar el presente trabajo se tomó en cuenta los principios éticos pertinentes, haciendo hincapié a la autonomía, privacidad y beneficios de los pacientes. Los nombres de los pacientes y la información obtenida se utilizaron de forma confidencial y con fines académicos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos

Médico residente, personal administrativo y de archivo clínico, asesores clínicos y metodológicos.

Recursos materiales

Base de datos, papel, laptop, pluma

Recursos financieros

No aplica



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Septiembre 2024	Octubre 2024	Noviembre 2024	Diciembre 2024
Revisión De Protocolo	Realizado			
Recolección De Datos		Realizado		
Resultados Y Gráficas			Realizado	
Impresión Final				

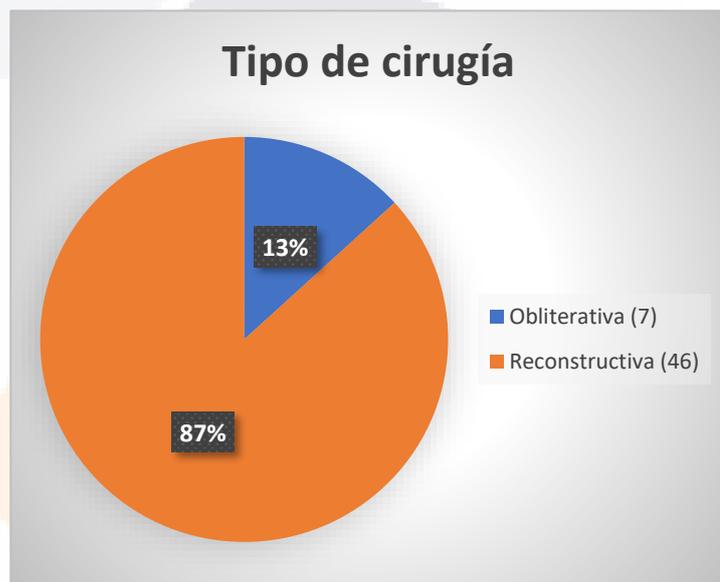


Resultados

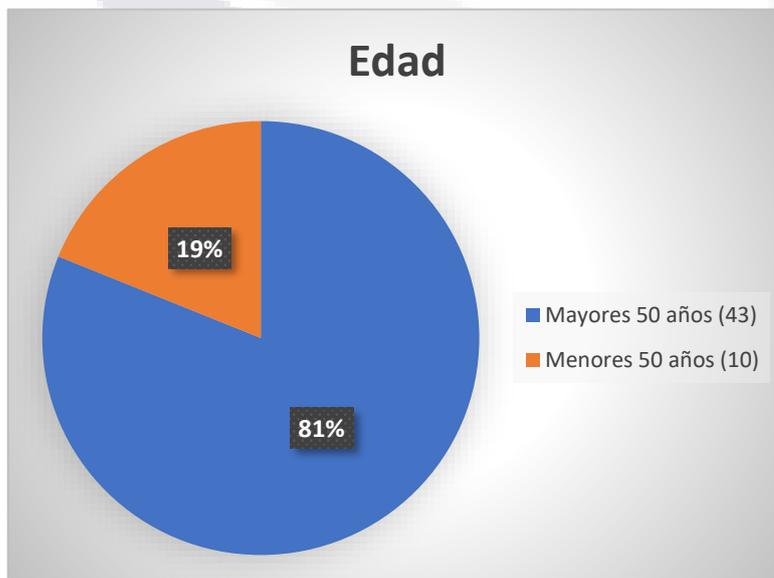
En este estudio se analizó un total de 53 pacientes, que fueron sometidas a procedimiento quirúrgico correctivo para prolapso de órganos pélvicos, en el hospital de la Mujer de Aguascalientes, las cuales fueron las candidatas para la realización de la encuesta de calidad de vida PFIQ-7 pre y postquirúrgica para nuestra investigación, durante el mes de julio 2023 al mes de agosto 2024.

Grafica 1 – Tipo de cirugía

De las 53 cirugías totales realizadas de julio 2023 a agosto 2024, 7 cirugías fueron de tipo obliterativo (colpocleisis) siendo el 13% de los procedimientos realizados, y 46 cirugías (87%) fueron de tipo reconstructivo (colporrafias anteriores, posteriores, perineorrafia y traquelectomías).

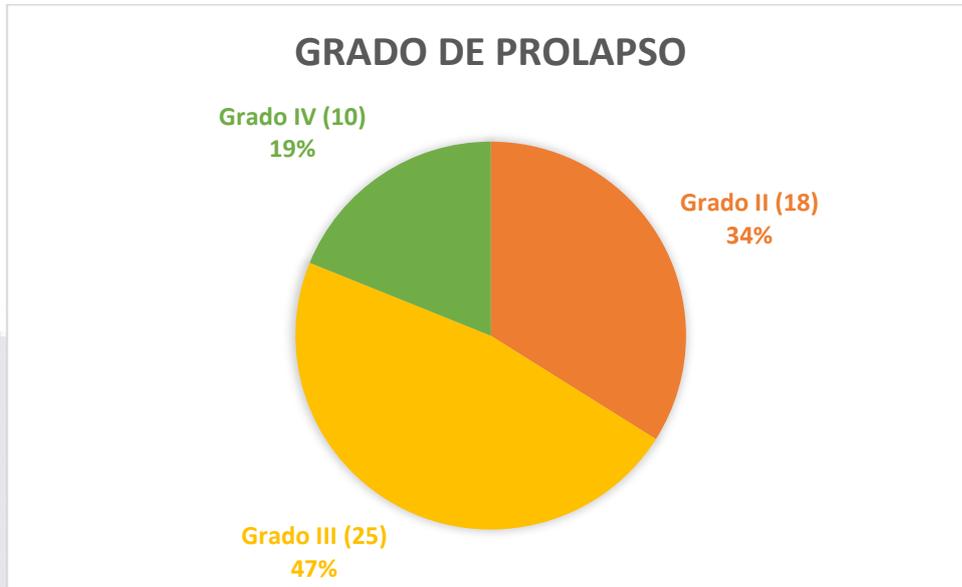


Gráfica 2 - Edad



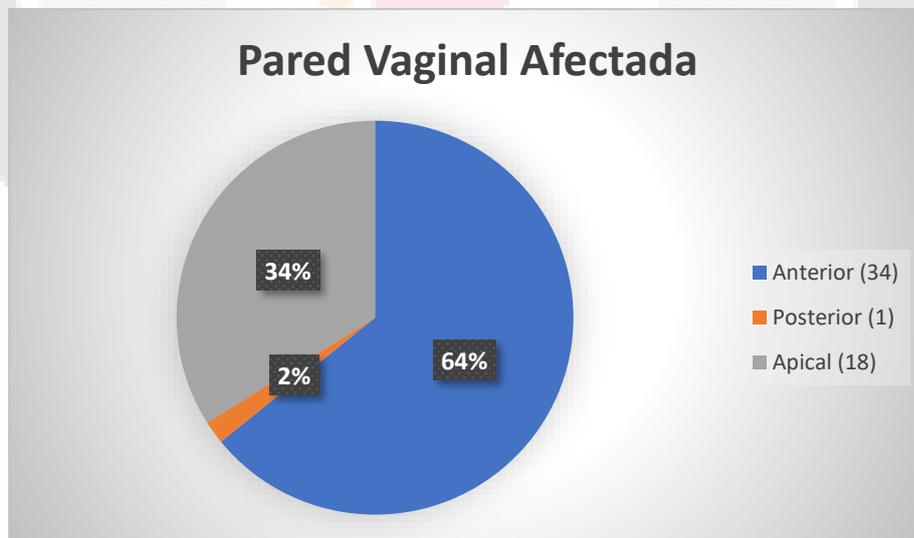
Dentro de la variable relacionada con la edad de todas las pacientes postquirúrgicas analizadas, la media de edad fue de 58 años, con un rango de 31 y 76 años. Siendo las mayores de 50 años, la edad más frecuente, el 81%, 43 pacientes.

En cuanto a la variable del grado de prolapso, 25 presentaron prolapso grado III (47%), 18 grado II (34%) y 10 grado IV (19%), siendo el prolapso grado III el más intervenido quirúrgicamente durante el periodo analizado.



Gráfica 3 – Grado de prolapso

Sobre la variable de la pared vaginal principalmente afectada con prolapso genital, fue la pared anterior, con un total de 34 pacientes (64%), 18 con prolapso apical (34%) y solo 1 con prolapso de la pared posterior (2%).



Gráfica 4 – Pared vaginal afectada por POP.

Dentro de la valoración de los antecedentes personales no patológicos, en la escolaridad se observó que un 57% de las pacientes curso solamente con primaria, el 35% curso con secundaria. El 6% cuenta con bachillerato, y solamente otro 2% cuenta con licenciatura.

Tabla 1 – Escolaridad

Variables	n=53
Escolaridad n (%)	
Primaria	30 (57%)
Secundaria	19 (35%)
Bachillerato	3 (6%)
Licenciatura	1 (2%)

En relación con los antecedentes personales patológicos, 47% % curso sin ninguna comorbilidad. Y el 53% presentó comorbilidades, Hipertensión Arterial (13%), Diabetes Mellitus tipo 2 (4%) y mixta (36%).

Tabla 2 – Comorbilidades

Variables	n=53
Comorbilidades, n (%)	
Hipertensión arterial crónica	7 (13%)
Diabetes Mellitus	2 (4%)
HAS y DM2	19 (36%)
Sin comorbilidad.	25 (47%)

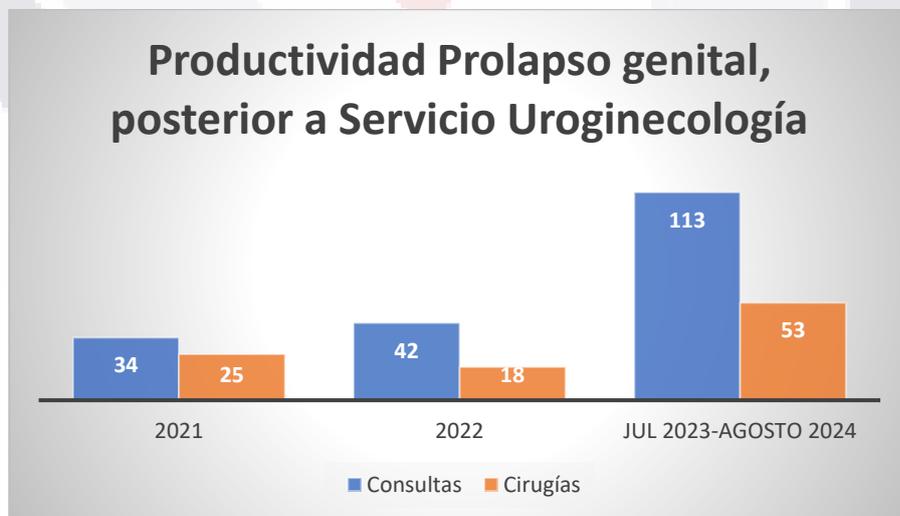
En relación con el índice de masa corporal, el 45% de las pacientes presenta grado de obesidad, el 40% se encuentra en sobrepeso, y solo el 15% se encuentra en estado

saludable de acuerdo con su peso y talla. El IMC promedio fue de 30, con un mínimo de 22 y un máximo de 40.9.

Tabla 3 - IMC

Variables	n=53
IMC, n (%)	
Saludable	8 (15%)
Sobrepeso	21 (40%)
Obesidad	24 (45%)

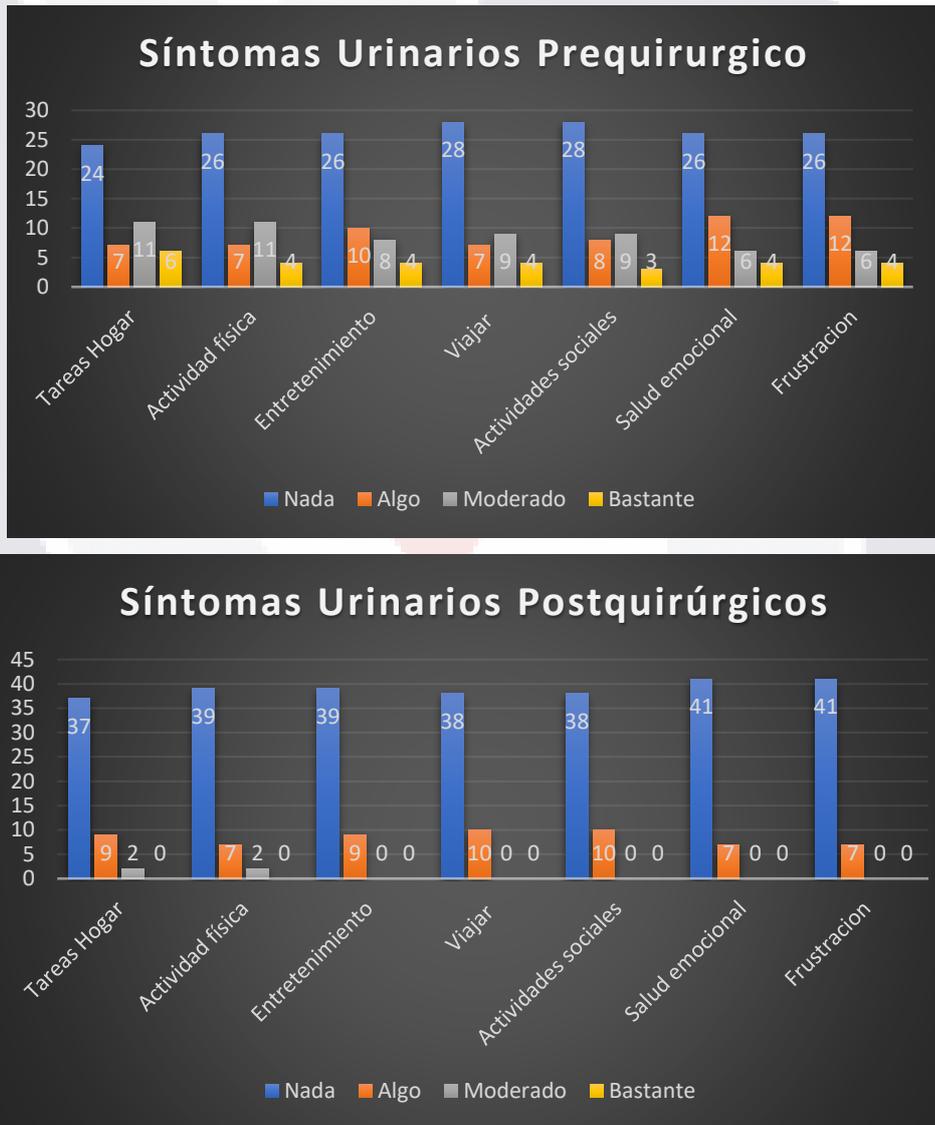
Se realizó el comparativo de consultas y cirugías realizadas posterior a la instauración del servicio de uroginecología con respecto a los años 2021 y 2022. Obteniendo que durante el periodo de julio 2023 a agosto 2024 en el servicio de uroginecología se llevaron a cabo 113 consultas con el diagnóstico de prolapso genital, y se realizaron 53 cirugías correctivas para dicho diagnóstico. A diferencia del número de consultas realizadas en el año 2021 por todos los médicos en turno en el área de ginecología, se vieron un total de 34 consultas y se realizaron 25 procedimientos quirúrgicos correctivos. Al igual en el año 2022 fueron un total de 42 consultas y 18 procedimientos quirúrgicos correctivos, y de las cuales ninguna fue realizada por el médico subespecialista.



Gráfica 5 – Productividad de consultas y cirugías por POP.

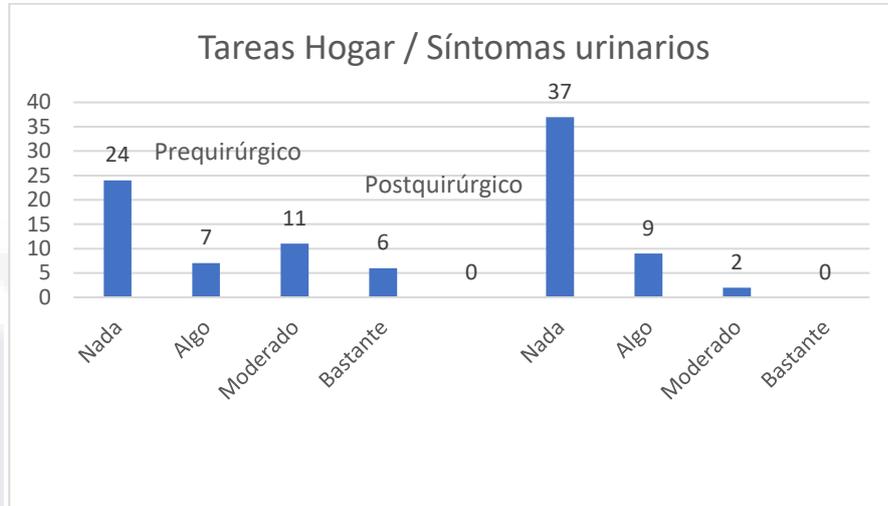
En cuanto a la encuesta PFIQ – 7, un total de 48 de las 53 pacientes de nuestro estudio completaron las dos encuestas de calidad de vida (prequirúrgica y postquirúrgica), las pacientes restantes se les realizó el llamado para completar la encuesta PFIQ – 7, pero no acudieron a la realización de esta. Encontramos los siguientes resultados.

En cuanto a la variable de síntomas urinarios (incluimos síntomas de urgencia miccional, incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia), se observó que, con la cirugía correctiva de prolapso genital, 22 pacientes presentaron mejoría postquirúrgica en cuanto a sintomatología urinaria previa a la intervención (46%). 3 pacientes presentaron síntomas urinarios de novo postquirúrgico (urgencia miccional) (6%). Y 23 pacientes se mantuvieron sin cambios en cuanto a sintomatología urinaria (48%).



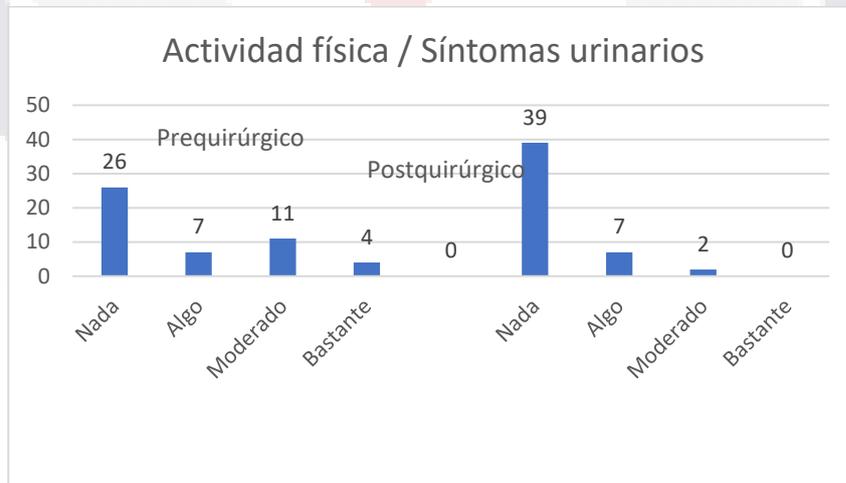
Gráfica 6 – Síntomas urinarios Pre y Post quirúrgicos. Resultados PFIQ – 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la afección de la sintomatología urinaria con relación a la capacidad para realizar tareas del hogar (cocinar, limpiar la casa, hacer la lavandería), fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0016.



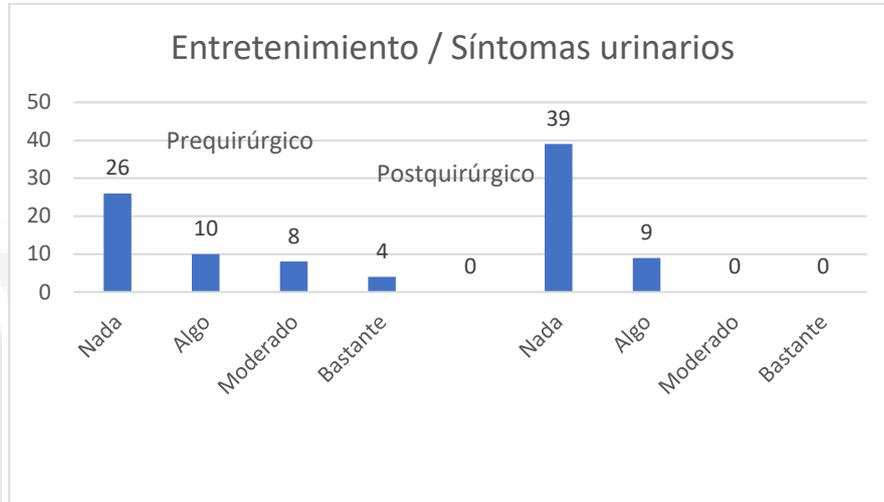
Gráfica 7 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar tareas del hogar Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la afección de la sintomatología urinaria con relación a la capacidad para realizar actividades físicas como caminar, nadar o hacer otro ejercicio, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.005.



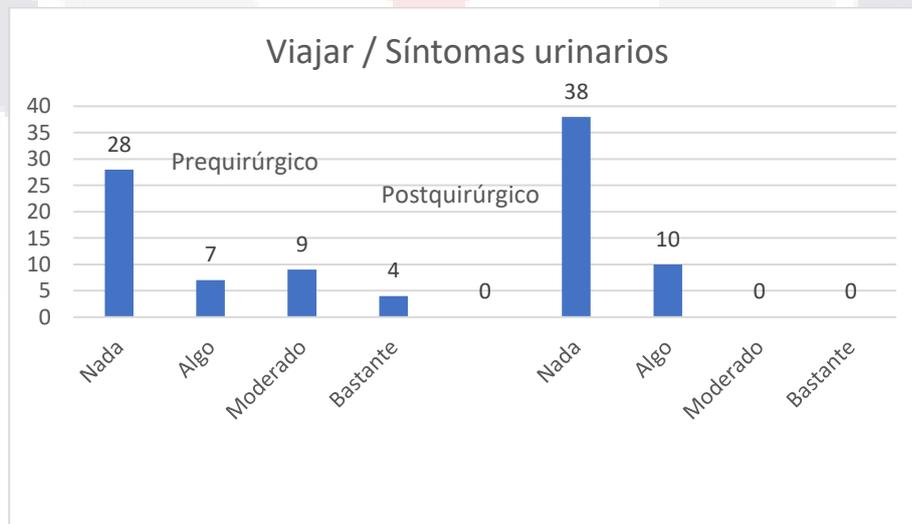
Gráfica 8 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar actividad física Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la afección de la sintomatología urinaria con relación a la capacidad para realizar actividades de entretenimiento como ir al cine, a un restaurante, a un concierto, reuniones, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0021.



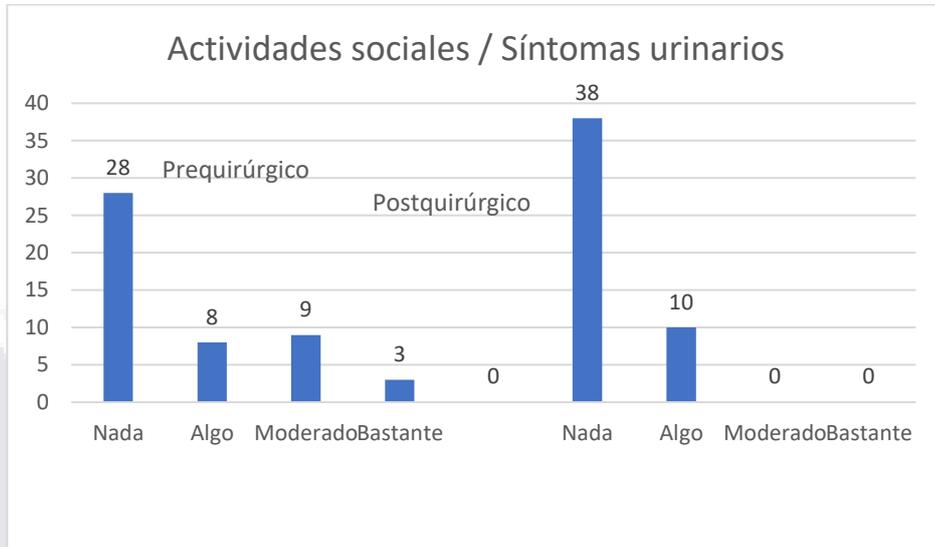
Gráfica 9 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar actividades de entretenimiento Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la afección de la sintomatología urinaria con relación a la capacidad para viajar en automóvil, autobús, avión por una distancia mayor de 1 hora lejos de casa, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0017.



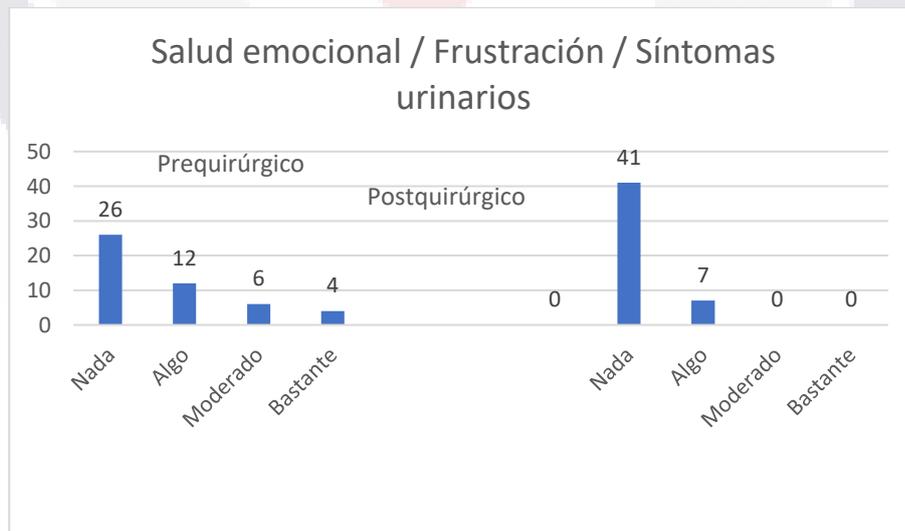
Gráfica 10 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar viajes mayores a 1 hora Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la afección de la sintomatología urinaria con relación a la capacidad para participar en actividades fuera de su casa, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0032.



Gráfica 11 – Síntomas urinarios sobre capacidad para realizar sus actividades sociales Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la afección de la sintomatología urinaria con relación a la salud emocional (ansiedad, depresión, nerviosismo, etc) y frustración, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0021.



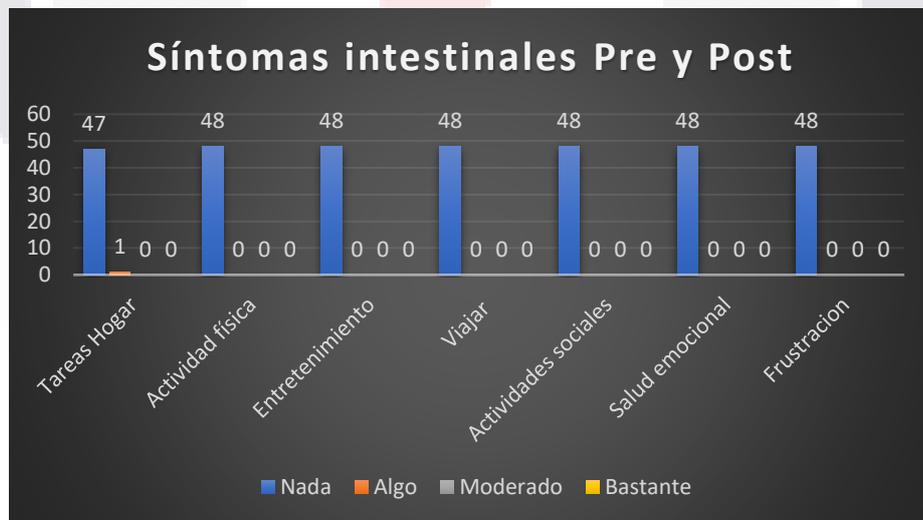
Gráfica 12 – Síntomas urinarios sobre afección en la salud emocional Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7.

En cuanto a la variable de síntomas intestinales se observó que no hay relación de significancia entre calidad de vida prequirúrgica y postquirúrgica, según la percepción de los pacientes, debido a que ninguna de nuestras pacientes presentó alguna modificación en relación con sintomatología intestinal.

Tabla 4 – resultados PFIQ – 7 Síntomas intestinales prequirúrgicos y postquirúrgicos

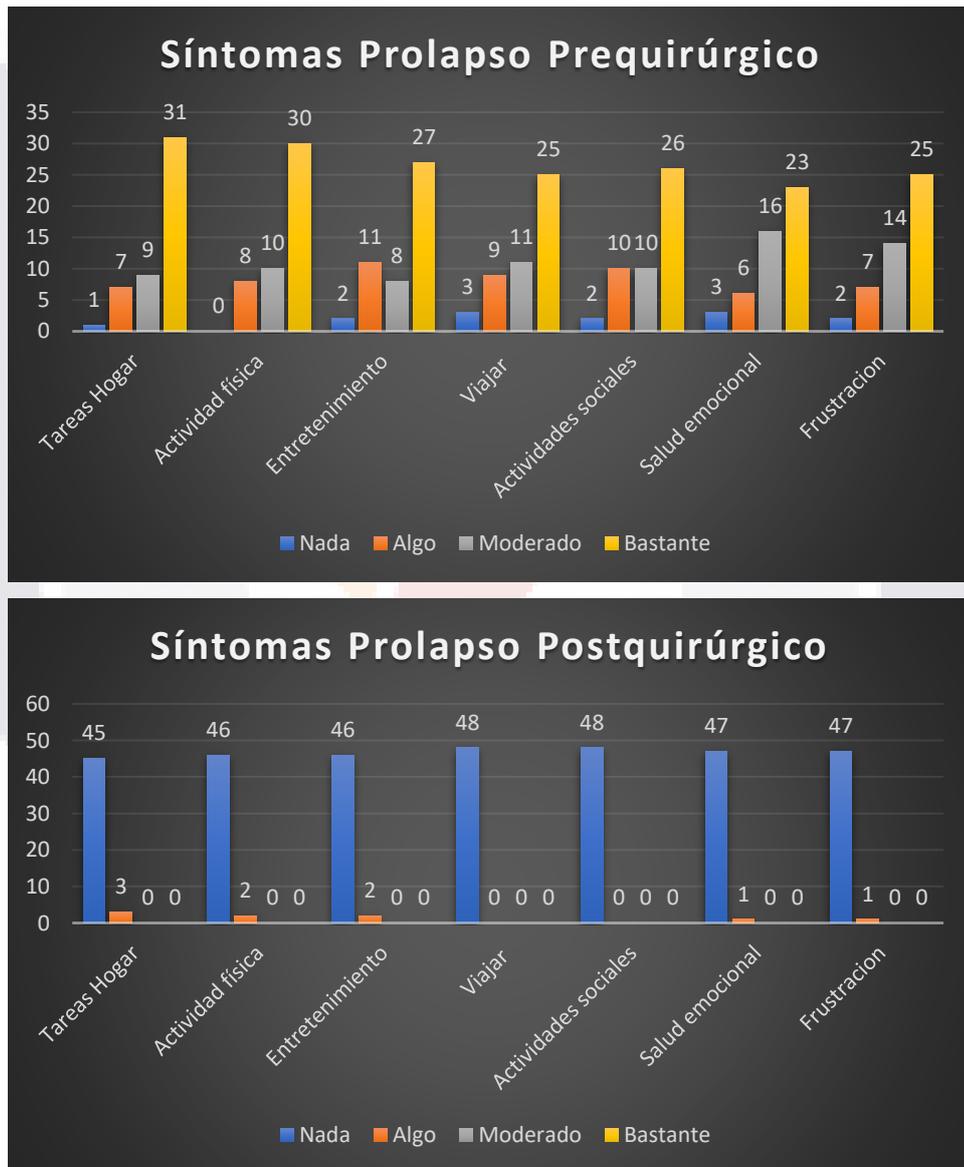
Síntomas intestinales prequirúrgico					
	Nada	Algo	Moderado	Bastante	
Tareas Hogar	47	1	0	0	0
Actividad física	48	0	0	0	0
Entretención	48	0	0	0	0
Viajar	48	0	0	0	0
Actividades sociales	48	0	0	0	0
Salud emocional	48	0	0	0	0
Frustración	48	0	0	0	0

Síntomas intestinales Postquirúrgicos					
	Nada	Algo	Moderado	Bastante	
Tareas Hogar	47	1	0	0	0
Actividad física	48	0	0	0	0
Entretención	48	0	0	0	0
Viajar	48	0	0	0	0
Actividades sociales	48	0	0	0	0
Salud emocional	48	0	0	0	0
Frustración	48	0	0	0	0



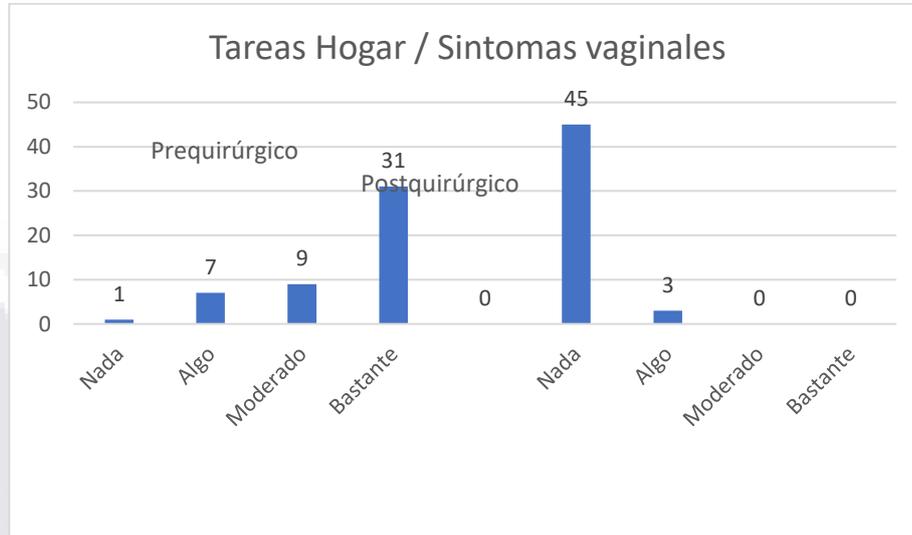
Grafica 13 – Resultados PFIQ – 7. Síntomas intestinales pre y post quirúrgicos

Donde se observó una importante relación de significancia estadística, fue precisamente en la variable de síntomas propios del prolapso genital (abultamiento genital, pesadez y presión pélvica, necesidad de reducción de prolapso). La cual es la sintomatología principal por la cual nuestras pacientes acudieron a atención médica en un inicio. El 100% de nuestras pacientes evaluadas presentó mejoría de la sintomatología vaginal, así como una mejora en la calidad de vida en los aspectos físicos, sociales, personales y emocionales que valora la encuesta PFIQ – 7.



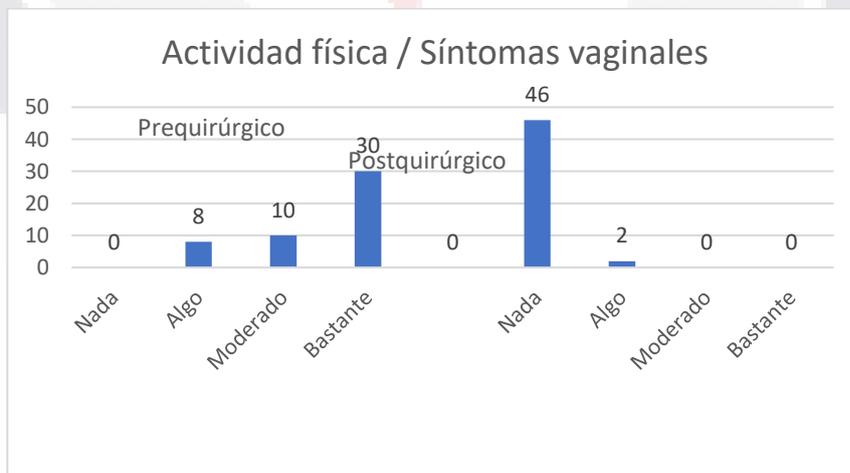
Grafica 14 – Resultados PFIQ – 7. Síntomas vaginales pre y post quirúrgicos

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la sintomatología vaginal con relación a la capacidad para realizar tareas del hogar (cocinar, limpiar la casa, hacer la lavandería), fueron estadísticamente significativos con una p de 0.003.



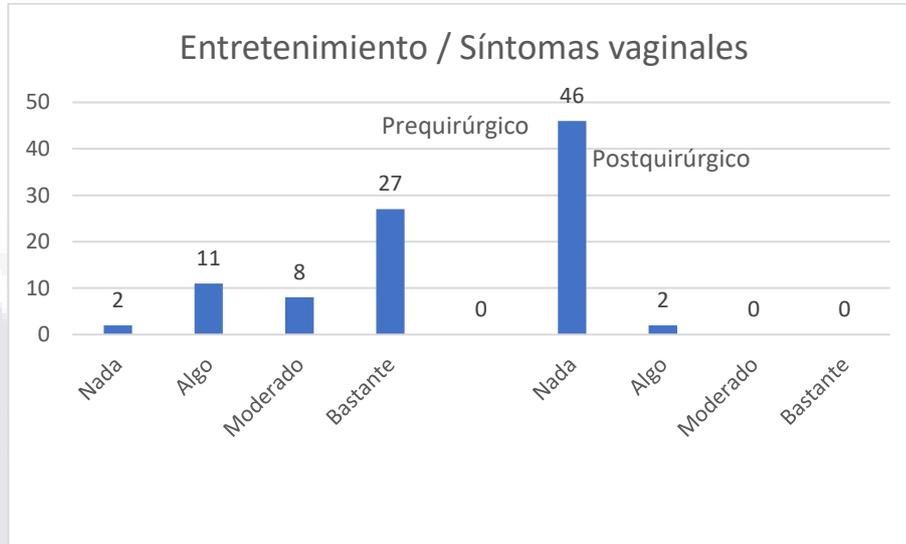
Gráfica 15 - Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar tareas del hogar Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la sintomatología vaginal con relación a la capacidad para realizar actividades físicas como caminar, nadar o hacer otro ejercicio, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0005.



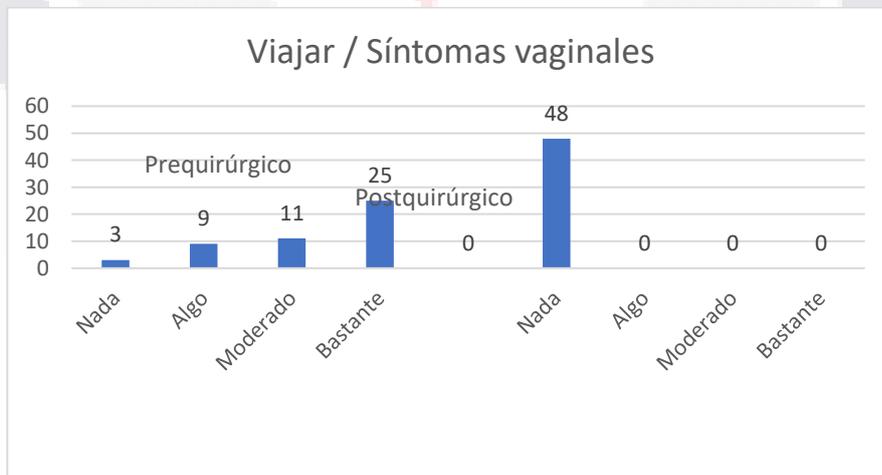
Gráfica 16 – Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar actividad física Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la sintomatología vaginal con relación a la capacidad para realizar actividades de entretenimiento como ir al cine, a un restaurante a un concierto, reuniones, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.000081.



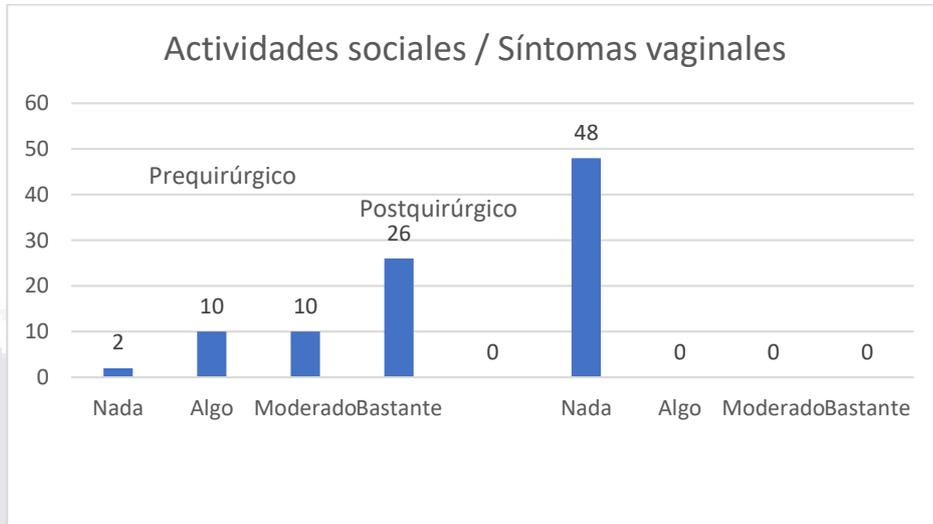
Gráfica 17 – Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar actividades de entretenimiento Pre y Post quirúrgico en base PFIQ - 7

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la sintomatología vaginal con relación a la capacidad para viajar en automóvil, autobús, avión por una distancia mayor de 1 hora lejos de casa, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0000012.



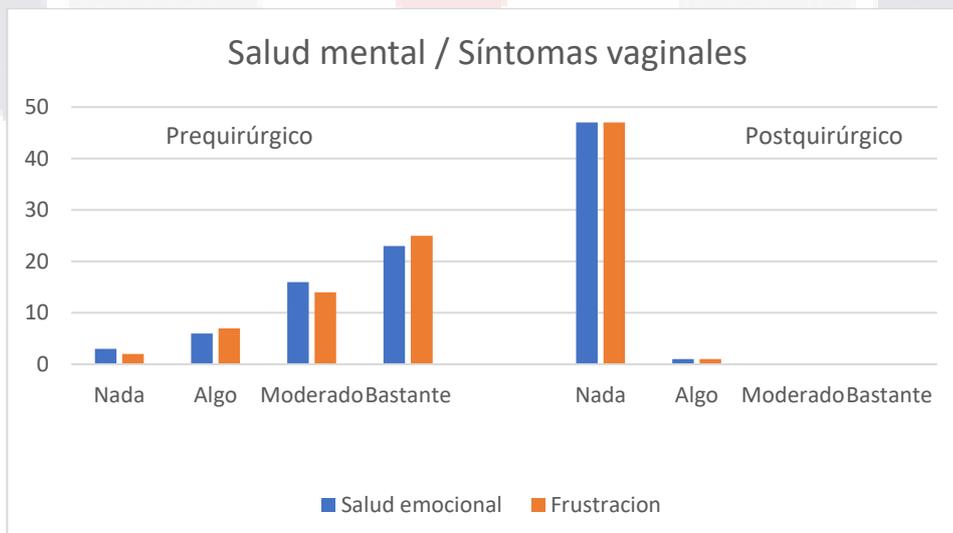
Gráfica 18 – Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar viajes mayores a 1 hora Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la sintomatología vaginal con relación a la capacidad para participar en actividades fuera de su casa, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0000027.



Gráfica 19 – Síntomas vaginales sobre capacidad para realizar sus actividades sociales Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a la postquirúrgica en cuanto a la sintomatología vaginal con relación a la salud emocional (ansiedad, depresión, nerviosismo, etc) y frustración, fueron estadísticamente significativos con una p de 0.0000059.



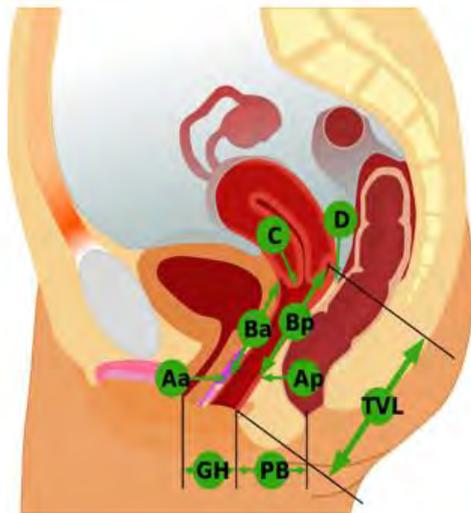
Gráfica 20 – Síntomas vaginales sobre afección en la salud mental Pre y Post quirúrgico en base PFIQ – 7.

La calidad de vida prequirúrgica con relación a las postquirúrgica en los parámetros evaluados de síntomas urinarios y síntomas de prolapso genital, fueron estadísticamente significativos con una $p < 0.001$.

La manera objetiva con la cual evaluamos el éxito de la cirugía fue con base a la clasificación POP – Q, preoperatoria y postoperatoria, en las consultas de seguimiento postquirúrgico, donde encontramos que el 100% de nuestras pacientes intervenidas quirúrgicamente presentaron una mejoría anatómica del grado de prolapso.

Como ya se explicó en el marco teórico, la clasificación POP – Q es una medición que incluye 3 puntos fijos y 6 puntos dinámicos situados 3 en la pared anterior y 3 en la pared posterior, que se incluyen en una gradilla, los cuales, con base al punto de referencia, que es el himen (punto 0), se expresa en centímetros con + o – si se encuentran por encima (- negativo) o por debajo (+ positivo) del himen (... +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3, -4 ...).

Imagen 2. Clasificación POP - Q



Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cervix o Cúpula C
Hiato genital Gh	Cuerpo perineal Pb	Longitud vaginal total Tvl
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Formix posterior D

Cada una de nuestras 53 pacientes intervenidas cuenta con su POP – Q pre y postquirúrgico individualizado y valorado por el servicio de uroginecología, con el cual se estableció el diagnóstico prequirúrgico, y posteriormente en sus citas de seguimiento corroboramos su POP – Q postquirúrgico.

De las 18 pacientes con un prolapso genital grado II estas fueron algunas de sus gradillas pre y postquirúrgicas valoradas.

Imagen 3 – POP Q pre y postquirúrgico de pacientes con Prolapso de órganos pélvicos Grado II

M.G.S.Z			A.R.V.		
POP PRE QX			POP PRE QX		
0	0	-1	+1	+1	0
3	3	6	4	1	3
-2	-2	x	-1	0	-3
POP POST QX			POP POST QX		
-2	-2	-2	-3	-3	-6
3	3	5	3	3	6
-2	-2	x	-3	-3	X
G.S.V.			J.C.M.		
POP PRE QX			POP PRE QX		
-1	-1	+1	0	0	-3
4	2	7	3	3	6
-1	-2	X	-2	-2	-4
POP POST QX			POP POST QX		
-3	-3	-9	-3	-3	-5
4	2	9	3	3	5
-1	-2	X	-3	-3	X

De las 25 pacientes con un prolapso genital grado III estas fueron algunas de sus gradillas pre y postquirúrgicas valoradas.

Imagen 4 – POP Q pre y postquirúrgico de pacientes con Prolapso de órganos pélvicos Grado III

M.P.M.S

POP PRE QX		
+3	+5	+2
4	2	8
-2	-2	-3

POP POST QX		
-3	-3	-7
3	3	8
-2	-2	X

M. G. R. G.

POP PRE QX		
+3	+4	+5
4	2	8
-2	-2	-3

POP POST QX		
-3	-3	-7
3	3	7
-3	-3	X

J.S.C.

POP PRE QX		
+3	+3	-3
3	3	6
-2	-2	-4

POP POST QX		
-3	-3	-5
3	3	5
-3	-3	X

F.S.G.

POP PRE QX		
+2	+2	0
5	2	8
-2	-2	-4

POP POST QX		
-3	-3	-6
4	3	6
-2	-2	X

D.J.L.

POP PRE QX		
+3	+4	-2
5	2	11
+1	0	-4

POP POST QX		
-3	-3	-9
3	3	9
-2	-2	X

E.L.M.

POP PRE QX		
+3	+6	+2
5	2	9
-2	-3	-1

POP POST QX		
-2	-2	-5
3	4	5
-2	-2	X

De las últimas 10 pacientes con un prolapso genital grado IV estas fueron algunas de sus gradillas pre y postquirúrgicas valoradas.

Imagen 5 - POP - Q pre y postquirúrgico de pacientes con Prolapso de órganos pélvicos Grado IV.

M.A.B.D.

POP PRE QX		
+3	+12	+12
6	2	8
+3	+12	X

POP POST QX		
-2	-2	-2
4	4	2
-2	-2	X

M.J.M

POP PRE QX		
+3	+10	+12
5	2	9
+3	+10	X

POP POST QX		
-3	-3	-3
3	4	3
-3	-3	X

V.E.M.M.

POP PRE QX		
+3	+5	+6
4	2	6
+3	+5	X

POP POST QX		
-2	-2	-3
3	3	3
-1	-2	X

M.R.G.H.

POP PRE QX		
+3	+10	+10
4	2	8
+3	+8	X

POP POST QX		
-2	-2	-2
4	3	2
-2	-2	X

Discusión

El prolapso genital es un problema de salud muy común en el mundo. Tenemos una prevalencia mundial del 31%, en Sudamérica (Colombia y Chile) se mantiene una prevalencia entre el 29%-41%. En nuestro país la prevalencia de prolapso de órganos pélvicos es del 40%.^(32, 33, 34)

La definición de calidad de vida es compleja, pero se concuerda que es una medida del bienestar general de las personas, abarca desde aspectos de salud, relaciones sociales, entorno y la satisfacción personal y emocional. El prolapso genital tiene un gran impacto en la calidad de vida de las pacientes, en cuanto a su interrelación social, emocional, ocupacional, doméstica, sexual. Esto conlleva a cambiar su estilo de vida, producir fobias, vergüenza social y discapacidad funcional⁽³⁵⁾.

En 1996, Carolyn L. Nygaard et al., desarrollaron el PFIQ-31 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-31), que fue diseñado para evaluar el impacto de los trastornos del suelo pélvico en la calidad de vida de las mujeres. Posteriormente, en el año del 2005, el cuestionario fue modificado a una versión abreviada con 7 secciones, el PFIQ – 7. Esta versión más breve mantuvo la confiabilidad del instrumento original, pero siendo más práctico para uso clínico y de investigación.

En un estudio realizado por Sims et al. (2015), se observó que el PFIQ-7 es útil cuando se necesita una herramienta rápida para evaluar a gran número de pacientes, pero el PFIQ-31, al ser más detallado, puede identificar áreas específicas de impacto en la calidad de vida que el PFIQ-7 no cubre completamente.⁽³⁶⁾

Otros estudios, como el de Rosen et al. (2014), encontraron que ambas herramientas se correlacionan bien entre sí, ambos cuestionarios tienen una alta fiabilidad interna, pero el PFIQ-31 ofrece una imagen más precisa y completa de los efectos del prolapso en las mujeres, especialmente en aquellos casos con síntomas más complejos o severos.⁽³⁷⁾

Las 53 pacientes de nuestro estudio son candidatas para realizar dicho cuestionario, de las cuales 48 pacientes, el 91% completaron los dos cuestionarios (pre y postquirúrgico), y 5 pacientes no respondieron al llamado de la encuesta. Dicho cuestionario permite tener una medida objetiva de la mejoría que presentan las pacientes en su calidad de vida cuando son sometidas a un procedimiento quirúrgico para corrección de prolapso de órganos pélvicos.

La variación de calidad de vida, por síntomas vaginales propios del prolapso genital, preoperatoria en relación con la posoperatoria fue estadísticamente significativa con una $p < 0.001$.

Al igual observamos que la variación de calidad de vida por síntomas urinarios preoperatoria en relación con la posoperatoria fue estadísticamente significativa con una $p < 0.001$

Recabamos los resultados y nos percatamos el bienestar que presentan las pacientes luego de someterse al procedimiento quirúrgico para corrección del prolapso genital, sin embargo, es necesario seguimiento a largo plazo para determinar si tal beneficio se mantiene en el tiempo.

Moosavi SY et al, (2020) observó que el 30% de las pacientes pueden desarrollar incontinencia urinaria de novo posterior a cirugía correctiva por prolapso de órganos pélvicos,⁽³⁸⁾ en nuestro estudio discrepamos ya que solamente el 6% de nuestras pacientes desarrollaron sintomatología urinaria de novo.

Moosavi SY et al, (2020) también observaron que el 10-30% de las mujeres con prolapso de órganos pélvicos severo (grado III o IV) se quejan de sufrir con incontinencia urinaria de esfuerzo⁽³⁸⁾, lo cual concuerda ya que en nuestro estudio aproximadamente el 25% de nuestras pacientes presentaron sintomatología urinaria con esfuerzos.

Vergeldt et al, (2015) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2019) mencionan que la obesidad es un factor de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio, el 40% de nuestras pacientes presento sobrepeso y el 45% presento obesidad.^(6,7)

Schulten, Sascha con el American Journal of Obstetrics & Gynecology (2022), realizaron un metaanálisis sobre los factores de riesgo para un prolapso de órganos pélvicos primario y la recurrencia. Donde destaca que la incidencia de prolapso genital primario aumenta significativamente en mujeres mayores de 50 años, en comparación con la obtenida en este estudio que fue del 81% las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico correctivo para prolapso genital. Así como también el índice de masa corporal mayor o igual a 30 se encontró como uno de los principales factores de riesgo, en comparación con este estudio que el 45% de nuestras pacientes presentan un índice de masa corporal mayor o igual a 30.^(5,6)

En cuanto al grado de escolaridad, se encuentra en el metaanálisis de Schulten, Sascha. 2022, Que una forma más alta de educación protege directamente con el prolapso de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

órganos pélvicos primario. En comparación con nuestro estudio, el 92% de nuestras pacientes tienen solamente una escolaridad básica, primaria (57%) y secundaria (35%).⁽⁵⁾

Espitia-De La Hoz JF et al, (2022) menciona que la pared anterior es la más afectada por la prevalencia, de hasta un 40%, y directamente sobre la recurrencia del prolapso genital. Esto se puede explicar porque los defectos del compartimento anterior se acompañan de defectos del compartimento medio, y se correlaciona con pérdida de soporte apical, el cual depende de los ligamentos cardinales y útero sacros, por lo que una colpografía anterior tradicional no reforzará el soporte vaginal apical.^(27, 34).

Reconocemos algunas limitaciones en esta revisión, primero por las tasas de recidivas a los 2 años postquirúrgicos, se tendría que realizar un nuevo seguimiento de las pacientes y volver a realizar la encuesta de calidad de vida posterior a los dos años postquirúrgicos. Es importante considerar un estudio a futuro sobre la recurrencia de prolapso genital en pacientes postquirúrgicas, valorar si el grado de prolapso influye en nuestras pacientes y si el tipo de cirugía afecta directamente en las recurrencias presentadas. Basándonos en el metaanálisis de Schulten, Sascha del American. (2022) el estadio III o IV preoperatorio fue un factor de riesgo estadísticamente significativo para la recurrencia de POP en comparación con el estadio \leq II ($n = 5$, OR agrupado, 2,68; IC del 95 %, 1,93–3,73).⁽⁵⁾

Por otra parte, este estudio representa la primera investigación sobre la calidad de vida de nuestras pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por prolapso genital, además del primer año de instauración del servicio de uroginecología en el estado, abriendo puertas a futuros proyectos que involucren el análisis de estas y más variables, con las modificaciones pertinentes a las limitaciones que presentamos.

CONCLUSIÓN

En esta investigación, junto con los resultados obtenidos en las encuestas de calidad de vida, nos han evidenciado que el tratamiento quirúrgico para prolapso genital, que se ha llevado a cargo por el nuevo servicio de uroginecología básica, conlleva mejoras significativas en la calidad de vida de las pacientes. A través de la encuesta PFIQ-7 y de la valoración clínica con la clasificación del POP-Q postquirúrgico, se ha observado de manera subjetiva y objetiva, que la intervención quirúrgica por el nuevo servicio de uroginecología no solo alivió los síntomas físicos, sino que también restauró la funcionalidad social, personal y el bienestar emocional de las pacientes.

Este estudio resalta la importancia de contar con un servicio de uroginecología en un hospital de referencia ginecológica, para así tener un adecuado diagnóstico y manejo para dichas patologías.

Los hallazgos obtenidos con la instauración del nuevo servicio de uroginecología en el hospital de la Mujer en Aguascalientes, sugieren que debe ser considerada como un servicio esencial y de base en nuestro hospital, para el correcto manejo de las patologías uroginecológicas. Además, sugiere que se brinden los recursos necesarios para la correcta funcionalidad de este nuevo servicio y así abarcar el tratamiento y seguimiento de sus patologías.

Con la instauración completa del nuevo servicio, sería una opción viable y efectiva para todas las pacientes que sufren de alguna condición uroginecológica, con el objetivo de brindar el tratamiento adecuado para mejorar su calidad de vida integral.

En cuanto a las pacientes candidatas a manejo quirúrgico con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos, enfatizamos la necesidad de considerar además de los aspectos físicos y funcionales, los aspectos emocionales, en el tratamiento integral.

Debido a las recidivas de los tratamientos quirúrgicos por prolapso de órganos pélvicos, que se muestran en las literaturas, se recomienda continuar la investigación y seguimiento postquirúrgico, con estudios longitudinales que evalúen los resultados a largo plazo e identifiquen factores que puedan influir en el éxito del tratamiento realizado.

GLOSARIO

Prolapso de órganos pélvicos: Se refiere al descenso o caída de uno o más órganos pélvicos (útero, vejiga, recto o intestino delgado) hacia la vagina debido a la debilidad o daño en los tejidos de soporte del suelo pélvico. Esto puede causar síntomas como incontinencia urinaria, dificultad para vaciar la vejiga, sensación de presión o incomodidad vaginal.

Uroginecología: Es una subespecialidad de la ginecología que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de trastornos que afectan el sistema reproductivo femenino y el sistema urinario, especialmente aquellos relacionados con el prolapso de órganos pélvicos, la incontinencia urinaria, y otros problemas del suelo pélvico.

PFIQ – 7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7): Es un cuestionario utilizado para evaluar el impacto de los trastornos del suelo pélvico en la calidad de vida de las mujeres. Consiste en 7 preguntas que se centran en cómo los problemas del suelo pélvico afectan aspectos como la actividad diaria, la sexualidad y el bienestar emocional. Es una herramienta útil en la evaluación clínica de mujeres con disfunciones del suelo pélvico.

POP – Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification): Es un sistema estandarizado para clasificar y evaluar el grado de prolapso de los órganos pélvicos. Se utiliza durante la exploración física para medir y describir la severidad del prolapso en relación con la vagina y los órganos internos, facilitando la toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado.

Pared vaginal anterior: Es la parte de la pared vaginal que se encuentra en contacto con la vejiga y la uretra.

Pared vaginal posterior: Es la parte de la pared vaginal que está en contacto con el recto.

Pared vaginal apical: Es la parte superior de la vagina, que está relacionada con el útero y el cuello uterino. El prolapso apical puede implicar el descenso del útero o la cúpula vaginal en mujeres que han tenido una histerectomía.

Síntomas urinarios: Se refiere a cualquier signo o molestia relacionada con el tracto urinario, como incontinencia urinaria, urgencia, frecuencia, retención urinaria o sensación de vaciamiento incompleto.

Síntomas vaginales: Incluyen sensaciones como presión, bultos, o molestias dentro de la vagina

Síntomas intestinales: dificultad para evacuar, sensación de evacuación incompleta.

Pesarios: Dispositivos médicos, generalmente hechos de silicona, que se colocan en la vagina para proporcionar soporte a los órganos pélvicos en caso de prolapso.

Histerectomía vaginal: Es un procedimiento quirúrgico en el que se extirpa el útero a través de la vagina.

Colporrafia anterior: Es una cirugía en la que se sutura la pared vaginal anterior para corregir el prolapso de la vejiga (cistocele). Este procedimiento se realiza para restaurar el soporte de la vejiga y mejorar los síntomas urinarios asociados.

Colporrafia posterior: Es una intervención quirúrgica en la que se sutura la pared vaginal posterior para corregir el prolapso del recto (rectocele). Su objetivo es mejorar los síntomas intestinales y restaurar el soporte de los órganos pélvicos.

Colpocleisis: Es un procedimiento quirúrgico en el que se cierra parcial o totalmente la vagina. Se realiza generalmente en mujeres que no son sexualmente activas y tienen un prolapso grave, con el fin de aliviar los síntomas sin necesidad de reconstrucción vaginal compleja.

Perineorrafia: Es una cirugía reconstructiva que consiste en la reparación de los músculos y tejidos del periné, que pueden haberse debilitado o dañado durante el parto o por el envejecimiento. Se utiliza para restaurar la función y el soporte del suelo pélvico.

Culdoplastia de McCall: Es un procedimiento quirúrgico realizado para corregir el prolapso apical (del útero o la cúpula vaginal) mediante la fijación de la vagina a los ligamentos útero sacros. Esta técnica se utiliza a menudo en mujeres que han tenido una histerectomía

Sacrocolpopexia: Es una cirugía en la que se coloca una malla para suspender la cúpula vaginal a los ligamentos sacros, con el objetivo de corregir el prolapso vaginal apical. Es un tratamiento eficaz para mujeres que han tenido una histerectomía y presentan prolapso de la cúpula vaginal.

Técnica de Richter: Es un procedimiento quirúrgico utilizado para corregir el prolapso vaginal mediante la fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso. Es una opción para mujeres que tienen un prolapso vaginal avanzado y desean una cirugía mínimamente invasiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. Prog Obstet Ginecol. 2020;63(1):11-24. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf
2. Pelvic organ prolapse. (2019). The American College of Obstetricians and Gynecologists / American Urogynecologic Society, 134(5), e126-e142. <https://doi.org/10.1097/aog.00000000000003519>
3. DeLancey JO. Anatomy and biomechanics of genital prolapse. Clin Obstetric Gynecology 1993; 36: 897-909.
4. Ramanah R, Berger MB, Parrate BM, DeLancey JO. Anatomy and histology of apical support: a literature review concerning cardinal and uterosacral ligaments. Int Urogynecological Journal 2012; 23: 1483-94.
5. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. Schulten, Sascha F.M. et al. American Journal of Obstetrics & Gynecology, Volume 227, Issue 2, 192 – 208. Agosto 2022
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pelvic organ prolapse. [Internet]. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2019 Nov [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/11/pelvic-organ-prolapse>
7. Vergeldt, TFM, Weemhoff, M., IntHout, J. et al. Factores de riesgo de prolapso de órganos pélvicos y su recurrencia: una revisión sistemática. Int Urogynecol J 26 , 1559–1573 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>
8. Tegerstedt G, Miedel A, Maehle Schmidt M, Nyren O, Hammarstrom M. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: a population-based approach. American Journal Obstetric Gynecologic; 194: 75-81
9. Cattani, L., Decoene, J., Page, AS. et al. Pregnancy, labour and delivery as risk factors for pelvic organ prolapse: a systematic review. Int Urogynecol J 32, 1623–1631 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04724-y>

10. Kisby, Cassandra K. MD, MS*; Vermunt, Jane MD, ChB, MSc. Impact of Severe Obesity on Major Perioperative Complications for Prolapse Surgery. *Urogynecology* 30(7): p658-664, July 2024. DOI: 10.1097/SPV.0000000000001444
11. Delancey JO. Cirugía para cistocele III: ¿todos los cistoceles implican descenso apical?: Observaciones sobre causa y efecto. *Revista internacional de uroginecología*. 2012; 23 :665–7.
12. DeLancey JO. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016 Oct;28(5):420-9. doi: 10.1097/GCO.0000000000000312. PMID: 27517338; PMCID: PMC5347042.
13. Nazemi, Azadeh , Shapiro, Catalina , Nagpal, Shavy , Rosenblum, Nirit , Brucker, Benjamin M. , Prolapso de órganos pélvicos en el síndrome de Ehlers-Danlos , Informes de casos en urología , 2023 , 6863711, 5 páginas, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/6863711>
14. Kciuk, O., Li, Q., Huszti, E. et al. Síntomas del suelo pélvico en mujeres cisgénero con síndrome de Ehlers-Danlos: un estudio de encuesta internacional. *Int Urogynecol J* 34 , 473–483 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05273-8>
15. Raju, Rubin. Linder, Brian J. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier. 2021; 96: 3122-3129. doi: 10.1016/j.mayocp.2021.09.005
16. Chen, CCG, Cox, JT, Yuan, C. et al. Conocimiento de los trastornos del suelo pélvico en mujeres que buscan atención primaria: un estudio transversal. *BMC Fam Pract* 20 , 70 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0958-z>
17. Tayrac R, Deval B, Fernandez H, Mares P. Development of a linguistically validated French version of two short-form, condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36: 738-48.
18. Fattouh B, Hermieu JF, Cour F, Wagner L, Jacquelin B, de Tayrac R, French linguistic validation of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – IUGA revised (PISQ-IR). *Prog Urol* 2013; 23: 1464-73.
19. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of females pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10-7

20. Hans Peter Dietz, Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 54, 2019, Pages 12-30, 1521-6934, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.006>.
21. Sarpietro G, Foti PV, Conte C, Matarazzo MG. Role of Magnetic Resonance Imaging in Pelvic Organ Prolapse Evaluation. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Nov 24;59(12):2074. doi: 10.3390/medicina59122074. PMID: 38138177; PMCID: PMC10744532.
22. Dain L, Auslander R, Rosen T, Segev Y, Goldschmidt E, Abramov Y. Urodynamic findings in women with pelvic organ prolapse and obstructive voiding symptoms. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 111: 119-21.
23. Rahn DD, Richter HE, Sung VW, Hynan LS, Pruszynski JE. Effects of preoperative intravaginal estrogen on pelvic floor disorder symptoms in postmenopausal women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 Sep;229(3):309.e1-309.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2023.05.023. Epub 2023 May 25. PMID: 37244454; PMCID: PMC10683373.
24. Lone F, Thakar R, Sultan AH, Karamalis G. A 5 years prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 114: 56-9
25. Vaginal Pessary Use and Management for Pelvic Organ Prolapse. *Urogynecology* 29(1):p 5-20, January 2023. | DOI: 10.1097/SPV.0000000000001293
26. Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1096-100
27. Revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva. "Descripción de técnicas quirúrgicas" SEGO: 2021.
28. I. Torras, C. Ros, M. España. Tratamiento quirúrgico del prolapso apical. *Hospital Clinic. Barcelona*. 2022; 15 (2): 38-49
29. Zhao, Jinchai MD; Liu, Yibin MD; Cui, Lili MD; Sun, Xianghang MD; Meng, Li MD; Zhao, Yi MM; Zhou, Xiaoyuan MM; Huang, Xianghua MD. Clinical Efficacy of Modified Nonmesh Sacral Colpopexy for Pelvic Organ Prolapse. *Urogynecology* 30(7):p 649-657, July 2024. | DOI: 10.1097/SPV.0000000000001441
30. Diwadkar GB, Barber MD, Feiner B, Maher C, Jelovsek JE. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2009, 113(2Pt1): 367-73).

31. Bump, R. C., Mattiasson, A., Bø, K., Brubaker, L., DeLancey, J. O. L., & Kelleher, C. (1999). The Pelvic Floor Impact Questionnaire: Development and validation of a multidimensional questionnaire for assessing pelvic floor disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 93(3), 373-381.
32. Macotela-Nakagaki KA, Suárez PH, Valente-Acosta B, et al. Relación entre incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Ginecol Obstet Mex.* 2013;81(12):711-715.
33. Hans Peter Dietz, Rodrigo Guzmán Rojas. Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes.* Volume 24, Issue 2. 2013; Pages 210-217, [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70152-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70152-4).
34. Espitia-De La Hoz JF. Prevalence and characterization of pelvic organ prolapse in women from Quindío, Colombia. 2016-2019. *Rev. Fac. Med.* 2022;70(3):e90175. English. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.90175>.
35. Contreras Ortiz O; Coya Núñez F. "Calidad de vida. Disfunción del Diafragma Pelviano femenino". Buenos Aires 2004.
36. Sims, T., et al. (2015). "Comparison of the PFIQ-7 and PFIQ-31 in evaluating pelvic organ prolapse: A validation study." *Journal of Urology*.
37. Rosen, M., et al. (2014). "Comparative effectiveness of the PFIQ-7 and PFIQ-31 in assessing pelvic floor disorders." *International Urogynecology Journal*.
38. Moosavi SY, Samad-Soltani T, Hajebrahimi S, Sadeghi-Ghyassi F, Pashazadeh F, Abolhasanpour N. Determining the risk factors and characteristics of de novo stress urinary incontinence in women undergoing pelvic organ prolapse surgery: A systematic review. *Turk J Urol.* 2020 Nov;46(6):427-435. doi: 10.5152/tud.2020.20291. Epub 2020 Sep 22. PMID: 32976089; PMCID: PMC7608534.

ANEXOS

Anexo A. Cédula recolección de datos de paciente

HOJA DE CAPTURA						
NOMBRE	_____					
EDAD	_____			NO EXP	_____	
PESO	_____	TALLA	_____	IMC	_____	
SINTOMAS DE INCONTINENCIA		PRE	_____	POST	_____	
ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS			DM2		_____	
			HAS		_____	
			NINGUNA / OTRAS		_____	
ESCOLARIDAD	_____					
DIAGNOSTICO PREQUIRÚRGICO	_____					
POPQ PRE				POPQ POST		
TIPO DE CIRUGIA	a) Reconstructiva			b) Obliterativa		
PUNTUACION PFIQ-7 PRE	SINTOMAS URINARIOS	_____				
PUNTUACION PFIQ-7 POST	SINTOMAS URINARIOS	_____				
PUNTUACION PFIQ-7 PRE	SINTOMAS INTESTINALE	_____				
PUNTUACION PFIQ-7 POST	SINTOMAS INTESTINALE	_____				
PUNTUACION PFIQ-7 PRE	SINTOMAS VAGINALES	_____				
PUNTUACION PFIQ-7 POST	SINTOMAS VAGINALES	_____				

Anexo B. Instrumento. Cuestionario PFIQ - 7

PFIQ - 7 Instrucciones: Algunas mujeres descubren que los síntomas de la vejiga, del intestino o vaginales afectan sus actividades, sus relaciones y sus sentimientos. Para cada pregunta, coloque una **X** en la respuesta que mejor describa cuánto se han visto afectadas sus actividades, relaciones o sentimientos por los síntomas o afecciones de la vejiga, intestinos o vaginales **durante los últimos 3 meses**. Asegúrese de marcar una respuesta en **las 3 columnas** para cada pregunta.

¿De qué manera afectan normalmente los síntomas o afecciones relacionados → → → con lo siguiente, su ↓	<i>Vejiga u orina</i>	<i>Intestino o recto</i>	<i>Vagina o pelvis</i>
1. ¿Capacidad para realizar tareas del hogar (cocinar, limpiar la casa, hacer la lavandería)?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
2. ¿Su capacidad para realizar actividades físicas como caminar, nadar o hacer otro ejercicio?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
3. ¿Actividades de entretenimiento como ir al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
4. ¿Su capacidad para viajar en automóvil o en bus por una distancia mayor de 30 minutos lejos de casa?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
5. ¿Participar en actividades sociales fuera de su casa?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
6. ¿Su salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
7. ¿Sentirse frustrada?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante

Anexo C. Consentimiento informado



Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El gigante de México
COMERCIO Y CALIDAD 2022-2024



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El prolapso de órganos pélvicos se define como el descenso de uno o más órganos a través de la vagina, desde su posición anatómica habitual. Es un problema común que afectan a millones de mujeres en el mundo. Durante el periodo de julio 2023 se instauró por primera vez el servicio de uroginecología básica en el hospital de la mujer en Aguascalientes, donde se realizaron procedimientos quirúrgicos anatómicos, funcionales y reconstructivos para dicha patología.

El presente estudio está encaminado a valorar la calidad de vida de las pacientes sometidas a procedimiento quirúrgico correctivo, prequirúrgico y postquirúrgico, basándonos en la encuesta PFIQ – 7.

Hasta julio de 2023 no se contaba con dicho servicio en nuestro hospital. La atención o pasaba desapercibida o no se trataba y las pacientes que se trataban, no eran manejadas por el sub-especialista. Así mismo no se había implementado un análisis de la calidad de vida para valorar los resultados postquirúrgicos de dichas pacientes con patología de prolapso de órganos pélvicos.

El objetivo de esta ficha de consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación una clara explicación, así como de su rol en ella como participantes.

La meta de este estudio es describir los resultados postquirúrgicos obtenidos con la instauración del servicio de uroginecología básica, enfocándonos en la calidad de vida de aquellas pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico para corrección de prolapso de órganos pélvicos.

Esta participación es estrictamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede en cualquier momento durante su participación manifestarla. Puede revocar dicho consentimiento en cualquier momento comunicándolo de manera oportuna a los investigadores.

Agradecemos su participación

Yo _____ con número de expediente _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informada de la meta de este estudio.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno en mi persona

Nombre de la participante

Firma de la participante

