



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”

**IMPACTO DE LA CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE PROLAPSO
GENITAL RECURRENTE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS
PACIENTES DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 4 LUIS
CASTELAZO AYALA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA

AUTOR:

DR. EDGAR PATRICIO GUAMÁN GONZÁLEZ

TUTOR:

DRA. EDNA CORTÉS FUENTES

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHÉQUER



MÉXICO DF
2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez
Director General
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer
Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Dra. Edna Cortés Fuentes
Asesor de Tesis
Jefe servicio de Urología Ginecológica
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Sitio donde se desarrolló el tema:

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Tutor:

Dra. Edna Cortés Fuentes

Jefe del Servicio de Urología Ginecológica

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Asesor metodológico:

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Autor:

Dr. Edgar Patricio Guamán González

Residente de segundo año de la Especialidad en Urología Ginecológica.

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer, y Dra. Edna Cortés Fuentes
por su confianza, dedicación y apoyo para la
realización de esta tesis.

Al Servicio de Urología Ginecológica y departamento de Archivo Clínico
del hospital, por las facilidades otorgadas para la
elaboración del presente trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida y permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres por ser ejemplos dignos de superación, fortaleza y entrega. Por sus consejos, comprensión, amor y apoyo en los momentos difíciles, porque en gran parte gracias a ellos, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mis hermanos por que siempre han estado junto a mí brindándome su apoyo, y por ser parte fundamental de mi vida.

ÍNDICE

	Página
Resumen	7
Marco teórico	9
Justificación	14
Planteamiento del problema	15
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Hipótesis	17
Metodología	18
Resultados	20
Discusión	22
Conclusiones	25
Bibliografía	26
Anexo 1 Formulario de recolección datos	29
Anexo 2 Cuestionario Calidad de Vida P-QoL	30
Anexo 3 Tablas y Gráficos	35

RESUMEN

Título: Impacto de la cirugía para corrección de prolapso genital recurrente sobre la calidad de vida de las pacientes de la UMAE hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala.

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un problema de salud que afecta a millones de mujeres en todo el mundo, se estima que el riesgo de tener alguna intervención por ésta causa a la edad de 80 años es de un 11,1% y que el riesgo de re-operación es de un 30%. La calidad de vida de las mujeres se ve afectada independientemente del grado de severidad del prolapso. La International Continence Society (ICS) y la International Urogynecology Association (IUGA), recomiendan la inclusión de medición de calidad de vida en todos los estudios de incontinencia urinaria o prolapso, evidenciando su evaluación como un resultado esencial después de cualquier intervención en el área.

Objetivo: Evaluar el impacto de la cirugía para corrección de prolapso genital recurrente sobre la calidad de vida de las pacientes.

Materiales y métodos: Se trató de un diseño observacional, prospectivo, longitudinal, comparativo. La recolección de los datos se realizó mediante la técnica de revisión documental, de los expedientes clínicos existentes en el Hospital UMAE Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, durante el periodo del 1 de mayo del 2014 a 31 de diciembre del 2014. Una vez identificados los expedientes, se llenó el formulario que consta en el anexo 1. Además se recolectó la información del “Cuestionario P –QoL Calidad de Vida – Prolapso” (Anexo 2), el cual fue contestado por las pacientes una vez que se las identificó con el diagnóstico preoperatorio de prolapso genital recurrente en la consulta externa, y posteriormente a los 6 meses del posoperatorio durante su control en consulta externa de urología ginecológica. La información se introdujo en una base de datos electrónica para su procesamiento estadístico.

Resultados: Un total de 35 pacientes cumplieron los criterios de selección del estudio. La variación de la calidad de vida preoperatoria en relación a la posoperatoria en todos los parámetros evaluados fue estadísticamente significativa con una $p < 0.001$, así la mediana en relación al puntaje total de calidad de vida preoperatoria fue 583, y la posoperatoria fue 138, en relación a la percepción de salud general la mediana preoperatoria fue 50 y la posoperatoria fue 25, en el impacto del prolapso preoperatorio fue 67 y el posoperatorios fue de 0, en cuanto a limitaciones del rol preoperatorio fue 83 y el posoperatorio fue 0, en relación a limitaciones físicas preoperatoria fue 83 y la posoperatoria fue 0, la limitaciones social obtuvieron una mediana preoperatoria de 78 y posoperatoria de 11, en cuanto a las relaciones personales preoperatorias fue 100 y la posoperatoria fue 33, las emociones preoperatorias fue de 89, y las posoperatorias 44, en relación al sueño y energía preoperatorio fue de 33 y el posoperatorios fue 17 y la severidad preoperatoria fue 42 mientras que la posoperatoria fue de 0.

La edad más frecuente en la que se realizó a cirugía para corrección de prolapso genital recurrente, fue entre los 51 a 70 años con un porcentaje del 80%. La mayoría de pacientes presentó sobrepeso 51% y obesidad en el 26%. La alteración acompañante más frecuente fue incontinencia urinaria mixta con el 43%. El grado de POP preoperatorio más frecuente fue III Ba y IV C cada uno con el 20%. La presencia de nueva recurrencia objetiva fue del 14%. Siendo el grado más frecuente II Ba con el 6%. El tiempo de aparición de la nueva recurrencia fue 6 meses en el 11% y 3 meses en el 3%. El tipo de cirugía más frecuente que se realizó para corrección de prolapso genital recurrente fue colocación de material protésico en el 27% (colposacropexia 9%, Elevate Anterior 9%, Elevate Posterior 6% y Calistar Posterior 3%); seguido de histerectomía vaginal reconstructiva (HVR, histerectomía vaginal más colpoplastia anterior y posterior) en el 23%; colpoplastia anterior en el 14%; colpoplastia anterior, posterior y fijación de cúpula vaginal a ligamentos uterosacros en el 14%; colpoplastia anterior, posterior y fijación de cúpula vagina a ligamentos sacroespinosos 11%; y colpoplastia posterior en el 11%.

Conclusiones:

La cirugía para corrección de prolapso genital recurrente mejora la calidad de vida de las pacientes.

Se presentó un 14 % de nueva recurrencia objetiva del prolapso genital sin repercusiones negativas sobre la calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un problema de salud que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Una mujer tiene un riesgo estimado en toda la vida del 11% para someterse a una cirugía por disfunción del piso pélvico (1). El éxito de un procedimiento para corrección de prolapso genital va a depender de la evaluación preoperatoria y del tratamiento específico para el defecto encontrado, ya que se tienen estadísticas que el 30% de las pacientes operadas, requerirán una segunda intervención (2,3).

La etiología es compleja y multifactorial, y se relaciona con la pérdida del soporte fibromuscular de la región pélvica. El piso pélvico es un sistema dinámico y complejo que da soporte a las vísceras pélvicas y la vagina. El soporte del piso pélvico femenino depende de una serie de elementos que incluyen el aparato óseo, muscular y nervios, sin embargo se reconoce que una vez afectada la tonicidad y soporte del componente muscular, el rol más importante lo ejercerá la fascia endopélvica, la cual será sometida a tensión y puesta a prueba toda vez que el debilitamiento fibromuscular este comprometido (2,3). Las disfunciones del piso pélvico dependen de diferentes condiciones que aumentan el riesgo, las cuales se pueden agrupar en factores predisponentes, estimuladores, promotores y descompensadores. (4).

Factores riesgo para disfunción del piso pélvico

Factores predisponentes	Factores estimuladores	Factores Promotores	Factores descompensadores
Sexo Neurológico Anatómico Colágeno Muscular Cultural Ambiental	Parto Lesión neurológica Lesión muscular Radiación Ruptura de tejido Cirugía radical	Constipación Profesión Recreación Obesidad Cirugía Enfermedad pulmonar Tabaquismo Menopausia Infecciones Medicamentos	Envejecimiento Demencia Debilidad Enfermedades Medioambiente Medicamentos

En 1996 Bump et al., describieron la normalización por la International Continence Society (ICS) de la terminología del POP. Se evalúa el prolapso en cada segmento y se mide con respecto al himen que es una referencia anatómica fija. Se localizan 6 puntos: 2 en pared vaginal anterior (Aa, Ba), 2 en la porción superior de la vagina (C, D) y 2 en la pared posterior de la vagina (Ap, Bp). Las posiciones anatómicas de los 6 puntos definidos de medición deben encontrarse varios centímetros por encima o proximales al himen (numero negativo), o varios centímetros por debajo o distales al himen (numero positivo), con el plano del himen definido como 0. Los estadios del POP se asignan de acuerdo a la porción más sobresaliente del prolapso. Estadio 0 sin prolapso. Estadio I, la porción más distal del prolapso está a más de 1 cm

por sobre el himen. Estadio II, la porción más distal del prolapso está entre -1 y +1 cm con respecto al himen. Estadio III, la porción más distal del prolapso está mayor a 1 cm del himen pero a menos de 2 cm de la longitud vaginal total (LVT). Estadio IV, la porción más distal esta igual o mayor a la LVT- 2 cm (5,6).

Existen diversos tratamientos para el POP, se le puede proponer a la paciente la observación de su prolapso cuando éste es asintomático. Tratamiento conservador, la rehabilitación pelviperineal podría ser una alternativa en estados iniciales de POP y como terapia coadyuvante en estadios más avanzados. Los pesarios, sigue siendo una buena alternativa a ofrecer, dado su bajo costo, facilidad de uso y bajo riesgo de complicaciones, son indicados cuando la paciente rechaza la cirugía, cuando existe contraindicación quirúrgica por otras condiciones o a la espera de su cirugía en caso de prolapsos muy avanzados. El tratamiento quirúrgico se realiza en pacientes en las cuales existe una alteración en la calidad de vida, ya que la paciente debe aceptar los riesgos y complicaciones inherentes al procedimiento ofrecido (4). En cirugía de reparación de compartimiento anterior, el resultado utilizando técnicas tradicionales como la plicatura de la línea media o la reparación del sitio específico son una buena alternativa, ya que reportan un éxito cercano al 90% (4,7). En un estudio publicado en 2001 demostró fallas de acuerdo a criterios estrictamente anatómicos de acuerdo a National Institutes of Health (NIH) entre un 40 – 60% (4,8). Se recomienda el uso de mallas en el compartimiento anterior sólo cuando el prolapso de éste es mayor a un estadio II, cuando es recidivante, cuando no se encuentra fascia para reparar o además se asocia a un aumento de la presión intraabdominal (4, 9). Si existe compromiso apical en pacientes con prolapso del compartimiento anterior, se le deberá realizar alguna de las técnicas de reconstrucción del ápice vaginal, además de la reparación del compartimiento anterior, ya que si esto no se realiza, el riesgo de recidiva es mucho mayor (4, 10).

En prolapsos del compartimiento posterior, las técnicas quirúrgicas tradicionales ofrecen una excelente alternativa de cura. Al comparar la reparación por vía vaginal del sitio específico con la plicatura en la línea media, se mostró que los resultados son similares. El éxito es cercano al 90%. Al utilizar implantes biológicos los resultados empeoran (54% de cura) y al utilizar mallas sintéticas el éxito es similar a las técnicas clásicas, sin embargo las complicaciones inherentes al uso de las mallas es sobre el 10% (4, 11, 12). Según la última revisión del Cochrane Database, no existe evidencia suficiente para recomendar el uso de mallas en la reparación del compartimiento posterior (4,13). El compartimiento apical nos ofrece mayor cantidad de alternativas en su reparación y en general con buenos resultados. La sacrocolpopexia tanto por vía abdominal como laparoscópica es el gold standard. La suspensión sacroespinosa, reporta buenos resultados de suspensión del compartimiento apical, sin embargo, dado que ésta cambia

el eje vaginal hacia los costados, el riesgo de aparición de prolapso del compartimento anterior es de aproximadamente un 30% (4,14). La suspensión a los ligamentos úterosacros alto por vía vaginal, también reporta un éxito sobre el 90%, sin embargo el riesgo de acodadura de uréteres y obstrucción de estos demostró que era cercano al 11% (4, 15). Finalmente los procedimientos obliterativos como la colpocleisis de Le Fort o la Colpectomía parcial siguen siendo una alternativa a ofrecer, estas técnicas sólo se pueden realizar en pacientes de edad avanzada las cuales se encuentran sin actividad sexual y que no deseen tenerla en el futuro. Su éxito supera el 90% teniendo tasa de complicaciones muy bajas (4, 16, 17).

RECURRENCIAS

Desde el año 2001 en adelante, el NIH Standardization Workshop, consideró como éxito de tratamiento sólo parámetros anatómicos, por lo tanto las pacientes sometidas a cirugía que quedaban en estadio 0 se consideraban curadas, mejorías eran aquellas pacientes que quedaban en estadio I, por sobre 1 cm del himen, y las persistencias/recurrencias o fallas eran las pacientes que quedaban en estadio II o mayores, sin importar la sintomatología de ellas (4, 18). En el año 2009 estos conceptos cambian dado que el Pelvic Floor Disorders Network, incorpora otros elementos, así la definición de cura se considera a la ausencia de síntomas por bulto genital, el éxito anatómico lo considera estadio II desde el himen hacia arriba y la ausencia de retratamiento por la misma condición (4, 19). En pacientes sometidas a cirugías por POP, ésta definición es la propuesta a utilizar en la actualidad para definir el éxito de tratamiento.

Con técnicas tradicionales el riesgo de requerir reintervención es del 30-40%, con una media de intervalo entre la primera y la segunda cirugía de 12,5 años. La no fijación de la neocúpula vaginal a una estructura tendinosa realmente indemne permite que el riesgo de falla terapéutica sea de aproximadamente del 80% (2, 20).

Una revisión sistemática en Cochrane en el 2009, compara la sacrocolpopexia abdominal vs la colpopexia sacroespinal por vía vaginal, y demuestra una superioridad de la técnica abdominal, en cuanto a que hay una tasa inferior de prolapso de cúpula vaginal (3 de 84 pacientes frente a 13 de 85; RR 0,23, IC del 95%: 0,07 a 0,77). Aunque la tendencia hacia una menor tasa de reintervención con la sacrocolpopexia, no fue estadísticamente significativa (RR 0,46, IC del 95%: 0,19 a 1,11). También se encontró menos dispareunia postoperatoria (7 de 45 pacientes frente a 22 de 61; RR 0,39, IC del 95%: 0,18 a 0,86) y menos incontinencia urinaria de esfuerzo postoperatoria (14 de 47 frente a 28 de 81 pacientes, RR 0,55, IC del 95%: 0,32 a 0,95) en el grupo abdominal. Las únicas ventajas de la técnica vaginal, fueron la menor duración del procedimiento, menores costos, retorno más rápido a las actividades laborales. En la misma revisión se evaluaron los resultados para el prolapso de la pared vaginal anterior, la reparación anterior estándar, se asoció con más recurrencia de cistocele, que cuando se complementa con

mallas de poliglactina (RR 1,39, IC del 95%: 1,02 a 1,90) o injerto porcino (RR 2,72, IC del 95%: 1,20 a 6,14) (2,21). Así mismo en un RCT realizado por Hiltunen y cols, realizaron una comparación entre la colpografía anterior con o sin colocación de malla de poliglactina, encontraron que la tasa de curación a 1 año, definida como POP estadio 0 o 1, fue significativamente mayor en los casos de realización de colpografía mas malla (61,5% vs 93,3%, $P < 0,001$). Por otra parte, las mujeres a las que se les asoció malla, tuvieron una tasa más alta de aparición de incontinencia urinaria de novo (22% vs 10%, $P < 0,02$) y exposición de la malla (17% vs 0%) (2, 22). Teniendo en cuenta la corrección apical, la colpopexia sacra con malla de polipropileno es el estándar de oro en el tratamiento de este defecto, presenta menor índice de recidiva y restaura mejor la anatomía y orientación del canal vaginal, disminuyendo la dispareunia. Se acompaña de una morbilidad potencial entre 1,2-9 % como hemorragia, lesión ureteral, erosión o extrusión de la malla (2,23). El uso de mallas en los defectos de pared posterior hasta el momento no ha mostrado resultados superiores a las técnicas tradicionales y en el caso de los enteroceles no está suficientemente documentado (21, 22,23).

Ensayos aleatorizados de colocación de mallas transvaginales se han publicado, revelando mejores resultados anatómicos y cuantitativos, sin embargo el impacto sobre la calidad de vida y la tasa de reintervenciones asociadas al fallo del procedimiento inicial no han sido estadísticamente significativos al ser comparadas con la cirugía de corrección del sitio específico para los prolapsos vaginales anteriores y posteriores. El polipropileno macroporo monofilamento - tipo I, es el material más utilizado en la actualidad, porque además de su gran flexibilidad y alta resistencia, características importantes para la adecuada incorporación al tejido y bajas tasas de recidiva, su entramado permite el paso de los macrófagos, principal mecanismo de defensa ante la presencia de bacterias, disminuyendo la tasa de infecciones que presentaba el uso de otros materiales (23). Las contraindicaciones para el uso de las mallas, son claras y específicas, además deben tenerse siempre en cuenta para elegir que paciente será o no candidata a su colocación. Se ha visto que enfermedades del tejido conectivo, enfermedad pulmonar crónica, tabaquismo y prolapso estadio III o IV, son factores de riesgo para recurrencia del prolapso a pesar de la colocación de una malla. No está indicada su colocación en mujeres embarazadas o con deseo de embarazo en futuro, tampoco en mujeres con antecedente de radioterapia pélvica. Así mismo como contraindicaciones absolutas se encuentran una infección local o sistémica concomitante, cirugía colorectal en el mismo tiempo quirúrgico, el uso crónico de esteroides, diabetes no controlada, tabaquismo, o cualquier condición que comprometa el estado inmunológico de la paciente (22).

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida, en pacientes con disfunción del piso pélvico se encuentra alterada, en cuanto a su actividad de interrelación, social, psicológica, ocupacional, doméstica, sexual, etc., hechos que motivan, a cambios en su estilo de vida, como así también evitar situaciones potencialmente embarazosas, que pongan en evidencia la disfunción que padecen, que les produce fobias, vergüenza social, y discapacidad funcional (24). La calidad de vida de las mujeres se ve afectada, independiente del grado de severidad del prolapso. La International Continence Society (ICS) y la International Urogynecology Association (IUGA), recomiendan la inclusión de medición de calidad de vida en todos los estudios de incontinencia urinaria o prolapso, evidenciando su evaluación como un resultado esencial después de cualquier intervención en el área (25, 26). En los últimos años el éxito de las cirugías de piso pelviano ha sido evaluado utilizando instrumentos de medición de calidad de vida específicos y otros generales no específicos (25, 27,28).

En 2004, Digesu et al., desarrolló el “Cuestionario Calidad de Vida- Prolapso” (P-QoL, Prolapse Quality of Life), que evalúa tanto la severidad de los síntomas de prolapso y su impacto en la calidad de vida de las mujeres afectadas. El P-QoL contiene 20 preguntas que abarcan la salud en general, el impacto del prolapso, las limitaciones físicas y sociales, relaciones personales, problemas emocionales, trastornos del sueño o de energía, problemas sexuales y mediciones de gravedad de los síntomas. La validez y fiabilidad de este instrumento fue probado en 235 mujeres (155 sintomática y 80 controles asintomáticos), el 91,5% de los cuales completaron el cuestionario. Las puntuaciones fueron significativamente diferentes entre las mujeres asintomáticas y sintomáticas. Hubo una fuerte correlación entre la gravedad de la puntuación en P-QoL y los hallazgos clínicos en el examen vaginal. Estos resultados sugieren que este cuestionario puede ser eficaz en la identificación de las mujeres que requieren tratamiento para POP. Es un cuestionario simple, válido y fiable que ha sido traducido y validado en muchos idiomas en todo el mundo. (29,30). Se han realizado estudios para la validación de la versión en español del cuestionario P-QoL, así Flores y cols, estudiaron ciento veintiocho mujeres a las que se aplicó dicho cuestionario para evaluar su factibilidad, validez, y fiabilidad, los resultados concluyeron que es fácil de entender y contestar por parte de las pacientes. Al mismo tiempo, la comparación con la versión original en inglés muestra que es igualmente válido y fiable. Por otra parte, los resultados apoyan al P-QOL como una herramienta apropiada y valiosa para la evaluación de la calidad de vida en pacientes dentro de toda la gama de severidad del POP. El hecho de que ha sido posible adaptarlo para varios países refuerza el alcance de uso P-QOL en estudios internacionales. (31)

JUSTIFICACIÓN

La importancia de conocer el impacto de la cirugía para corrección de prolapso genital recurrente sobre la calidad de vida, se basa en que el POP es un problema de salud que afecta a millones de mujeres en todo el mundo, siendo una de las indicaciones más comunes dentro de las cirugías ginecológicas, por lo tanto se considera la necesidad de valorar el impacto de POP en la calidad de vida de las pacientes que la padecen y evaluar si esta se modifica al realizar la cirugía correctiva para esta patología. Además no contamos con estadísticas en el país, comparables con otros estudios. En nuestro medio acuden un gran número de pacientes por disfunción del piso pélvico, por lo que se considera importante identificar las características clínicas y el impacto en la calidad de vida de las pacientes que son intervenidas por prolapso genital recurrente en este hospital, datos que nos servirán para la identificación oportuna de estas pacientes e identificar el tratamiento adecuado de acuerdo a cada paciente, además permitirá proveer una base de datos para seguimientos a largo plazo de estas pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto de la cirugía para corrección de prolapso genital recurrente sobre la calidad de vida de las pacientes del Hospital UMAE Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de la cirugía para corrección de prolapso genital recurrente sobre la calidad de vida de las pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Aplicar a las pacientes el “Cuestionario P –QoL Calidad de Vida – Prolapso” (Anexo 2), antes y después de la cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.
- Evaluar el cambio en la calidad de vida antes y después de la corrección quirúrgica para prolapso genital recurrente.
- Identificar nuevas recurrencias de prolapso genital en las pacientes sometidas a cirugía por prolapso genital recurrente.

HIPÓTESIS

La cirugía para corrección de prolapso genital recurrente mejora la calidad de vida de las pacientes.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, analítico que se sometió a evaluación del Comité Local de Investigación y Ética de la Investigación en Salud de esta UMAE el cual lo autorizó con el No. R-2015-3606-1.

El universo y muestra comprendió el total de pacientes sometidas a cirugía para corrección de prolapso genital recurrente de acuerdo a los criterios de selección, en el Servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala en el período: 1 de mayo del 2014 a 31 de diciembre del 2014. La recolección de los datos se realizó mediante la técnica de revisión documental, de los expedientes clínicos existentes en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, pertenecientes al periodo indicado. Una vez identificados los expedientes, se llenaron los datos del formulario que consta en el anexo 1. Además se recolectó la información del “Cuestionario P –QoL Calidad de Vida – Prolapso” (Anexo 2), el cual fue contestado por las pacientes una vez que se las identificó con el diagnóstico preoperatorio de prolapso genital recurrente en la consulta externa, y posteriormente a los 6 meses del posoperatorio durante su control en consulta externa de urología ginecológica. Esta información se introdujo en una base de datos electrónica para su procesamiento estadístico, para la tabulación de los datos se utilizó el programa Excel 2010. La validación de datos se efectuó mediante medidas de tendencia central, medias y desviación estándar para variables cuantitativas y para cualitativas son representadas en números absolutos y relativos en gráficas o cuadros. Para realizar la comparación de los resultados obtenidos en la calidad de vida pre y posoperatoria se utilizó pruebas no paramétricas, la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, tomándose para su significancia estadística un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Al ser un estudio que se limitó a la recolección y posterior análisis de información de los expedientes clínicos y cuestionarios de calidad de vida se consideró una investigación sin riesgo, y por ello no requirió de un consentimiento informado, sin embargo se solicitó a la paciente consentimiento informado de tipo verbal, informándole el objetivo del cuestionario, que será repetido a los 6 meses después de la cirugía y que su deseo o no de participar no afectará la atención médica que recibirá, además que puede retirarse del estudio en el momento que lo desee, y que no tendrá utilidad individual por el momento ya que se trata de un proyecto de investigación.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión:** Todas las pacientes a quienes se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

- **Criterios de exclusión:** Pacientes con deterioro cognitivo, demencia, enfermedades neurológicas que impidió aplicar los cuestionarios para obtener su información.

- **Criterios de eliminación:** Pacientes que presentaron una historia clínica incompleta que impidió la recolección de los datos necesarios.

Tipo de estudio: Se trató de un diseño observacional, prospectivo, longitudinal, comparativo.

Variable dependiente:

Variaciones de calidad de vida, se refirió a las modificaciones de la calidad de vida de acuerdo a los resultados del “Cuestionario P –QoL Calidad de Vida – Prolapso” posoperatoria en comparación con la preoperatoria, en pacientes sometidas a cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

Variable Independiente

Diagnóstico clínico de prolapso genital recurrente, se consideró a la presencia clínica de prolapso valorada según el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q), en pacientes que presentaron por lo menos una cirugía previa para corrección de prolapso genital.

RESULTADOS

Un total de 35 pacientes fueron sometidas a cirugía para corrección de prolapso genital recurrente, en el servicio de urología ginecológica de la UMAE hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala en el período 1 de mayo del 2014 a 31 de diciembre del 2014.

La variación de la calidad de vida preoperatoria en relación a la posoperatoria en todos los parámetros evaluados fue estadísticamente significativa con una $p < 0.001$, tomando en cuenta que un puntaje mayor significa mayor compromiso en la calidad de vida, y un valor menor implica que la calidad de vida de la paciente es mejor. Así la mediana en relación al puntaje total de calidad de vida preoperatoria fue 583, y la posoperatoria fue 138. En relación a la percepción de salud general la mediana preoperatoria fue 50 y la posoperatoria fue 25, en el impacto del prolapso preoperatorio fue 67 y el posoperatorios fue de 0, en cuanto a limitaciones del rol preoperatorio fue 83 y el posoperatorio fue 0, en relación a limitaciones físicas preoperatoria fue 83 y la posoperatoria fue 0, la limitaciones social obtuvieron una mediana preoperatoria de 78 y posoperatoria de 11, en cuanto a las relaciones personales preoperatorias fue 100 y la posoperatoria fue 33, las emociones preoperatorias fue de 89, y las posoperatorias 44, en relación al sueño y energía preoperatorio fue de 33 y el posoperatorios fue 17 y la severidad preoperatoria fue 42 mientras que la posoperatoria fue de 0.

La edad más frecuente en la que se realizó a cirugía para corrección de prolapso genital recurrente, fue entre los 51 a 60 años con un porcentaje del 43%, y entre los 61 a 70 años con el 37%, además el 17% corresponde a edades mayores de 70 años y solo 3% entre los 41 a 50 años. El promedio de edad fue de 63 años, con una edad máxima de 87 años y mínima de 45 años.

La mayoría de pacientes presentó sobrepeso 51% y diferentes grados de obesidad con un total del 26% distribuido: el 23% en obesidad leve, 3% obesidad moderada, solo 23% presentó peso normal. El IMC promedio fue de 27.6 kg/m², con un mínimo de 22.6 kg/m² y un máximo de 35.3 kg/m².

El mayor porcentaje de pacientes presentó 5 gestaciones con el 26%, seguido de 4 embarazos con 23%, 3 embarazos con el 20%, 6 embarazo con 14%, 2 embarazos con 8%, 1 embarazo con 6%, y 8 embarazos con 3%.

El 26% de pacientes presentó el antecedente de parto instrumentado, el 20% de desgarros del canal de parto y el 6% macrosomia fetal.

La alteración acompañante más frecuente fue incontinencia urinaria mixta con el 43%, seguida de incontinencia anal con el 37%, incontinencia urinaria de urgencia con el 34 y 8% incontinencia fecal.

El tiempo promedio de aparición del POP recurrente fue de 5 años 10 meses, con un tiempo máximo de aparición de recurrencia de 21 años y un mínimo de 1 mes.

El grado de POP preoperatorio más frecuente fue III Ba y IV C cada uno con el 20%; seguido del III Bp con 14%; II Bp y III C con 11% cada uno; II Ba, IV Ba y IV Bp con 6% cada uno, y finalmente II Aa y II C con el 3% cada uno.

La presencia de nueva recurrencia objetiva fue el 14%, con una recurrencia subjetiva del 11%. Siendo el grado más frecuente II Ba con el 6%, seguido del II C, II Ap y II Bp cada uno con el 3%. El tiempo de aparición de la nueva recurrencia fue 6 meses en el 11% y 3 meses en el 3%.

El tipo de cirugía más frecuente que se realizó para corrección de prolapso genital recurrente fue colocación de material protésico en el 27% (colposacropexia 9%, Elevate Anterior 9%, Elevate Posterior 6% y Calistar Posterior 3%); seguido de HVR en el 23%; colpoplastia anterior en el 14%; colpoplastia anterior, posterior y fijación de cúpula vaginal a ligamentos uterosacros en el 14%; colpoplastia anterior, posterior y fijación de cúpula vagina a ligamentos sacroespinosos 11%; y colpoplastia posterior en el 11%. Además en el 23% de los procedimientos se realizó cirugía anti incontinencia con colocación de cinta suburetral libre de tensión.

DISCUSIÓN

La calidad de vida, en pacientes con disfunción del piso pélvico se encuentra alterada, en cuanto a su actividad de interrelación, social, psicológica, ocupacional, doméstica, sexual, etc., hechos que motivan, a cambios en su estilo de vida, como así también evitar situaciones potencialmente embarazosas, que pongan en evidencia la disfunción que padecen, que les produce fobias, vergüenza social, y discapacidad funcional (24). En 2004, Digesu et al., desarrolló el “Cuestionario Calidad de Vida- Prolapso” (P-QoL, Prolapse Quality of Life), que evalúa tanto la severidad de los síntomas de prolapso y su impacto en la calidad de vida de las mujeres afectadas. La validez y fiabilidad de este instrumento fue probado en 235 mujeres (155 sintomática y 80 controles asintomáticos), el 91.5% de los cuales completaron el cuestionario. Las puntuaciones fueron significativamente diferentes entre las mujeres asintomáticas y sintomáticas. Hubo una fuerte correlación entre la gravedad de la puntuación en P-QoL y los hallazgos clínicos en el examen vaginal. Estos resultados sugieren que este cuestionario puede ser eficaz en la identificación de las mujeres que requieren tratamiento para POP (29,30). Además permiten 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 genital, así en nuestro estudio la variación de la calidad de vida preoperatoria en relación a la posoperatoria en todos los parámetros evaluados fue estadísticamente significativa con una $p < 0.001$, tomando en cuenta que un puntaje mayor significa mayor compromiso en la calidad de vida, y un valor menor implica que la calidad de vida de la paciente es mejor. Así la mediana en relación al puntaje total de calidad de vida preoperatoria fue 583, y la posoperatoria fue 138, resultados que se repitieron en cada uno de los parámetros de calidad de vida evaluados, los que nos indica el gran bienestar que presentan las pacientes luego de someterse a cirugía para corrección de prolapso genital recurrente, sin embargo es necesario seguimiento a largo plazo para determinar si tal beneficio se mantiene en el tiempo.

La incorporación de cuestionarios de calidad de vida (QoL), a la práctica clínica puede ayudar al clínico y al propio paciente a obtener información estandarizada del impacto de la enfermedad, además de obtener información de la respuesta al tratamiento, mediante la percepción de salud permite al médico identificar y priorizar cuales son los problemas más importantes para el paciente, detectar problemas ocultos, valorizar y monitorizar la respuesta al tratamiento y a los cambios clínicos, facilitar la toma de decisiones, mejorar la relación y comunicación entre el médico y el paciente, mejorando la calidad de la asistencia médica (24).

En relación a la recurrencia del prolapso genital, en el año 2009 el Pelvic Floor Disorders Network, considera la definición de cura a la ausencia de síntomas por bulto genital, el éxito anatómico lo considera estadio II desde el himen hacia arriba y la ausencia de retratamiento por

la misma condición (4, 19). En pacientes sometidas a cirugías por POP, ésta definición es la propuesta a utilizar en la actualidad para definir el éxito de tratamiento y es la que se utilizó en nuestro estudio. Con técnicas tradicionales el riesgo de requerir reintervención es del 30-40%, con una media de intervalo entre la primera y la segunda cirugía de 12,5 años. En nuestro estudio el tiempo promedio de aparición del POP recurrente fue de 5 años 10 meses, con un tiempo máximo de aparición de recurrencia de 21 años y un mínimo de 1 mes, además el grado de POP preoperatorio más frecuente fue III Ba y IV C cada uno con el 20%.

La presencia de nueva recurrencia objetiva fue el 14%, con una recurrencia subjetiva del 11%, siendo el grado más frecuente II Ba con el 6%, el tiempo de aparición de la nueva recurrencia fue 6 meses en el 11% y 3 meses en el 3%, sin embargo ninguna de las pacientes que la presentaron deseaba tratamiento quirúrgico ya que consideran que su POP actual no les causa sintomatología importante que interfiera en su calidad de vida. Teniendo en cuenta que el porcentaje de recurrencias aumenta con el tiempo sería importante un seguimiento a largo plazo de estas pacientes para determinar las tasas de nuevas recurrencias y evaluar la efectividad de las diferentes técnicas quirúrgicas a largo plazo.

Una revisión sistemática en Cochrane en el 2009, compara la sacrocolpopexia abdominal vs la colpopexia sacroespínosa por vía vaginal, y demuestra una superioridad de la técnica abdominal, en cuanto a que hay una tasa inferior de prolapso de cúpula vaginal (3 de 84 pacientes frente a 13 de 85; RR 0,23, IC del 95%: 0,07 a 0,77) (2, 21). La no fijación de la neocúpula vaginal a una estructura tendinosa realmente indemne permite que el riesgo de falla terapéutica sea de aproximadamente del 80% (2, 20). Por lo cual en un gran porcentaje de nuestras pacientes se realizó un procedimiento quirúrgico con fijación a una estructura tendinosa para disminuir el riesgo de una nueva recurrencia, así se realizó HVR en el 23% de pacientes, procedimiento en el cual se fijó la cúpula vaginal al complejo ligamentario cardinal-uterosacro, además se realizó fijación de cúpula vaginal a ligamentos uterosacos en el 14% de pacientes; fijación de cúpula vagina a ligamentos sacroespínosos 11%, Colposacropexia 9%, colocación de Elevate Anterior 9%, Elevate Posterior 6% y Calistar Posterior 3%.

Ensayos aleatorizados de colocación de mallas transvaginales se han publicado, revelando mejores resultados anatómicos y cuantitativos, sin embargo el impacto sobre la calidad de vida y la tasa de reintervenciones asociadas al fallo del procedimiento inicial no han sido estadísticamente significativos al ser comparadas con la cirugía de corrección del sitio específico para los prolapso vaginales anteriores y posteriores (23).

La Sociedad de Continencia Urinaria en el último consenso publicado en 2010 recomienda que todo prolapso genital mayor o igual a grado III requiera la realización de una urodinamia previa al tratamiento quirúrgico a fin de buscar incontinencia urinaria oculta (6), debido a que se ha

observado que aproximadamente el 30-40% de las pacientes pueden desarrollar incontinencia urinaria de novo posterior a la cirugía (21). En nuestro estudio en el 23% de los procedimientos se realizó cirugía anti incontinencia con colocación de cinta suburetral libre de tensión, ya sea por presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo ya establecida o por incontinencia urinaria de esfuerzo oculta. Además la alteración acompañante preoperatorias más frecuente que presentaron las pacientes fueron incontinencia urinaria mixta con el 43%, seguida de incontinencia anal con el 37%, lo que demuestra que existe fuerte asociación entre estas patologías con la disfunción del piso pélvico también presente en el prolapso genital, siendo importante su identificación y tratamiento adecuado para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

En el estudio Pelvic Organ Support Study (POSST) hubo un aumento de 100% en el riesgo de prolapso por cada decenio de vida. (1). Lo cual se corrobora en nuestro estudio ya que la edad más frecuente en la que se realizó a cirugía para corrección de prolapso genital recurrente, fue entre los 51 a 70 años con un porcentaje del 80%.

En la población del estudio Women's Health Initiative (WHI), el nivel de instrucción básico y el mayor número de partos vaginales fueron un buen predictor para prolapso estadio II o mayor (4, 32). También está claramente establecido que el riesgo relativo de prolapso genital aumenta en forma significativa con el número de partos nuligesta RR 1; 1 parto RR 4; 2 partos RR 8; 3 partos RR 9; > 4 partos RR 10.7 (4, 33). Datos acordes fueron encontrados en nuestro estudio ya que el mayor porcentaje de pacientes 86%, presentó más de 2 gestaciones.

En el año 2009 Valsky publica que el riesgo relativo de trauma del elevador del ano aumentaba a 2 cuando la circunferencia craneana era mayor a 35cm y 3,4 veces cuando el diámetro era sobre 35,5cm. Por otra parte el riesgo relativo se duplicaba cuando la segunda fase del trabajo de parto era mayor a 90 minutos y aumentaba a 3,5 veces cuando se prolongaba sobre los 160 minutos (4, 34). Estos factores de riesgo obstétricos también fueron identificados en nuestro estudio así el 26% de pacientes presentó el antecedente de parto instrumentado, el 20% de desgarros del canal de parto y el 6% macrosomía fetal.

Se considera a la obesidad como un factor promotor en la fisiopatología del prolapso genital (4), lo cual concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio, así la mayoría de pacientes presentó sobrepeso 51% y obesidad en el 26%.

CONCLUSIONES

- La cirugía para corrección de prolapso genital recurrente mejora la calidad de vida de las pacientes, ya que en todos los parámetros evaluados en el “Cuestionario P –QoL Calidad de Vida” de nuestro estudio se obtuvo puntajes menores en el cuestionario posoperatorio en relación al preoperatorio.
- El grado de POP preoperatorio más frecuente fue III Ba y IV C cada uno con el 20%.
- La presencia de nueva recurrencia objetiva fue el 14%, con una recurrencia subjetiva del 11%. Siendo el grado más frecuente II Ba con el 6%, seguido del II C, II Ap y II Bp cada uno con el 3%.
- El tiempo de aparición de la nueva recurrencia fue 6 meses en el 11% y 3 meses en el 3%.
- La alteración acompañante más frecuente del POP fue la incontinencia urinaria mixta con el 43%, seguida de incontinencia anal con el 37%, incontinencia urinaria de urgencia con el 34% y 8% incontinencia fecal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. F. Gary Cunningham, Williams Ginecología, Prolapso de órganos Pélvicos, primera edición, 2009; 24: 532-555.
2. Roger Capmartin Salinas, Mariana Celemin, Guía de Manejo Prolapso Genital Pontificia Universidad Javeriana Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá-Colombia, 2011.
3. Swift SE. Pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183:277–285.
4. David Cohen S, Prolapso Genital Femenino: Lo que debería saber, *Rev. Med. Clin. Condes* - 2013; 24(2) 202-209.
5. Mark D. Walter, Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis, tercera edición, 2008, 55-61.
6. Bernard T. Haylen. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction, *Int Urogynecol J* (2010) 21:5–26.
7. Chmielewsky L, Walters M, Weber A, Barber M. Reanalysis of a randomized trial of 3 techniques of anterior colporrhyphy using clinically relevant definition success. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:69.e1-8.
8. Weber A, Walters M, Piedmonte M, Ballard L. Anterior Colporrhyphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1299-1305.
9. Davila WG, Baessler K, Cosson M, Cardozo L. Selection of patients in whom vaginal graft use may be appropriate. Consensus of the 2nd IUGA Grafts Roundtable: Optimizing safety and appropriateness of graft use in transvaginal pelvic reconstructive surgery. *Int Urogynecol J* 2012; 23 (Suppl 1):S7-S14.
10. De Lancey JOL. Surgery for cystocele III: do all cystoceles involve apical descent? Observations on cause and effect. *Int Urogynecol J* 2012; 23:665-667.
11. Paraiso MF, Barber M, Muir T, Walters M. Rectocele repair: a randomized trial of three surgical techniques including graft augmentation. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:1762-1771.
12. Kudish B and Iglesia Ch. Posterior Wall Prolapse and Repair. *Clinic Obstet and Gynecol* 2010 Vol 53, Number 1,59-71.
13. Maher C, Feiner B, Baessler K, Glazener M. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version. Cochrane review. *Int Urogynecol J* 2011; 22:1445-1457.
14. Benson J, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1418-22.

15. Barber M, Visco A, Weidner A, Amundsen C, Bump R. Bilateral uterosacral ligament vaginal vault suspension with site specific endopelvic fascia defect repair for treatment of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1402-11.
16. De Lancey J, Morley G. Total Colpocleisis for vaginal meversion. *Am J Obster Gynecol* 1997 Jun; 176(6):1228-32; discussion 1232-5.
17. Descouvieres C, Cohen D, et al. Partial Colpectomy: Surgical alternative in elderly patients with severe in Apical Segment. *IPFDS* 2005.
18. Weber MA, Abrams P, Brubaker L, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* 2001;12:178-186.
19. Barber M, Brubaker L, Nygaard I, et al. Defining Success After Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol* 2009; 114:600-9.
20. Maher C, et al Cochrane Review. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005.
21. Christopher Maher, Kaven Baessler, Cathryn MA Glazener, Elisabeth J Adams, Suzanne Hagen, Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2009.
22. Tylerm Muffly, Matthew D, Barber md Insertion and Removal of Vaginal Mesh for Pelvic Organ Prolapse, *Clinical Obstetrics And Gynecology*. Volume 53, Number 1, 99–114. 2010.
23. Wu MP. The use of prostheses in pelvic reconstructive surgery: joy or toy? *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008 Jun;47(2):151-6.
24. Contreras Ortiz O.; Coya Núñez F. *Calidad de Vida. Disfunción del Diafragma Pelviano Femenino*. Buenos Aires. 2004.
25. Claudia Flores E., Javier Pizarro B. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: Revisión de la literatura *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(3): 175 – 182.
26. Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, Leach G, McGuire EJ, Resnick NM, et al. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol Urodyn* 1997;16:145-7.
27. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:103-13.
28. Barber MD. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:461-5.
29. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16: 176–81.

30. Ahmed AL-BADR. Quality of Life Questionnaires for the Assessment of Pelvic Organ Prolapse: Use in Clinical Practice. *Lower Urinary Tract Symptoms LUTS* (2013)5,121-128.
31. Flores-Espinoza C, Araya AX, Pizarro-Berdichevsky J, Santos V, Ferrer M, Garin O, Swift S, Digesu AG. Validation of the Spanish-language version of the Prolapse Quality of Life Questionnaire in Chilean women. *Int Urogynecol J*. 2014 Sep 16.
32. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic organ prolapse in older women: Prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol* 2004; 104:489-97.
33. De Lancey JOL. The hidden epidemia of pelvic floor dysfunction. Achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1488-95.
34. Valsky DV, et al. Fetal head circumference and length of second stage of labor are risk factors for levator ani muscle injury, diagnosed by 3-dimensional transperineal ultrasound in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(1): 91.e1-91e7.

ANEXO 1:

FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**IMPACTO DE LA CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE PROLAPSO GENITAL RECURRENTE
SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES DE LA UMAE HOSPITAL DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4 LUIS CASTELAZO AYALA
DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.**

FORMULARIO #:.....

NUMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO:.....

- **EDAD:** <30 () 30-40 () 41-50 () 51-60 () 61-70 () > 70 ()
- **ÍNDICE DE MASA CORPORAL**
< 18.5 () 18.5-24.9 () 25- 29.9 () 30-34.9 () 35-39.9 () > 40 ()
- **HISTORIA GINECO-OBSTÉTRICA**
GESTAS () PARTOS () ABORTOS () CESÁREAS () ECTÓPICOS () EMBARAZOS MOLARES ()
PARTO INSTRUMENTADO () DESGARROS DEL CANAL DE PARTO () MACROSOMIA FETAL ()
- **OTRAS ALTERACIONES DEL PISO PÉLVICO ACOMPAÑANTES:**
INCONTINENCIA URINARIA: MIXTA () ESFUERZO () URGENCIA ()
INCONTINENCIA ANAL () INCONTINENCIA FECAL ()
- **TIEMPO DE RECURRENCIA DEL PROLAPSO GENITAL POSTERIOR A PRIMERA CIRUGÍA**
AÑOS..... MESES.....
- **GRADO DE PROLAPSO GENITAL RECURRENTE PREOPERATORIO**
GRADO I ()..... GRADO II ()..... GRADO III ()..... IV ().....
- **PRESENCIA DE NUEVA RECURRENCIA DEL PROLAPSO GENITAL RECURRENTE**
SI () NO ()
EN CASO AFIRMATIVO A QUE TIEMPO Y QUE GRADO DE PROLAPSO PRESENTA:
MESES:
GRADO I ()..... GRADO II ()..... GRADO III ()..... IV ().....
- **TIPO DE CIRUGÍA REALIZADA A LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL RECURRENTE**
.....
- **CALIDAD DE VIDA PREOPERATORIA**
.....
- **CALIDAD DE VIDA POSOPERATORIA**
.....

ANEXO 2:

CUESTIONARIO P-QoL Calidad de Vida – Prolapso

UN PROLAPSO ES UN “BULTO O PROTUBERANCIA” QUE DESCIENDE POR LA VAGINA CAUSANDO INCOMODIDAD O MOLESTIA.

POR FAVOR, COMPLETE ESTE CUESTIONARIO AUN SI USTED SIENTE QUE NO TIENE PROLAPSO.

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ (Día/Mes/Año)

1. **Cómo describiría su estado de salud en este momento? Por favor, marque una de las opciones.**

Muy bueno	<input type="checkbox"/>
Bueno	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>
Muy malo	<input type="checkbox"/>

2. **Cuánto cree usted que su problema de prolapso ha afectado su vida? Por favor, marque una de las opciones.**

No afecta	<input type="checkbox"/>
Un poco	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>

3. Por favor, seleccione si usted tiene alguno de los siguientes síntomas y marque cuánto la afectan?

	0. No aplica	1. No	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho
Ir al baño para orinar con mucha frecuencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgencia: deseo urgente de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinencia por urgencia: pérdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinencia de esfuerzo: pérdida de orina al toser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de un abultamiento / bulto saliendo de la vagina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de peso o presión en la parte inferior del abdomen (panza) que aparece o empeora en el transcurso del día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abultamiento en la vagina que interfiere en el vaciamiento de sus intestinos (ir de cuerpo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestias, incomodidad que empeora cuando está de pie y que se alivia cuando se acuesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flujo de orina pobre (chorro de orina débil).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esfuerzo para vaciar la vejiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goteo de orina después de vaciar la vejiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Por favor, seleccione si usted tiene alguno de los siguientes síntomas y marque cuánto la afectan?

	0.	1.	2.	3.	4.
	No aplica	No	Un poco	Moderadamente	Mucho
Sensación de no haber vaciado completamente los intestinos después de haber defecado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipación: dificultad en vaciar los intestinos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esfuerzo para defecar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abultamiento o protuberancia vaginal que dificulta las relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor lumbar (en la parte inferior de la espalda) que empeora con la molestia vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted ayuda a vaciar los intestinos con sus dedos (cuando defeca)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia usted defeca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abajo se mencionan algunas actividades diarias que pueden ser afectadas por su problema de prolapso. ¿Cuánto la afecta su problema de prolapso?

Quisiéramos que usted responda todas las preguntas siguientes. *Solamente marque la casilla que mejor describe su situación.*

5. Limitaciones en las actividades diarias

	0.	1.	2.	3.
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
Su prolapso ¿cuánto afecta a sus actividades domésticas? (Ej.: limpieza, compras, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prolapso afecta su trabajo o sus actividades diarias normales fuera de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Limitaciones físicas / sociales

	0.	1.	2.	3.
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
¿Su prolapso afecta sus actividades físicas? (Ej.: caminar, correr, practicar deporte, gimnasio, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prolapso afecta su capacidad de viajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prolapso afecta su vida social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prolapso limita su capacidad de ver/visitar amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Relaciones personales

	0.	1.	2.	3.	4.
	No aplica	No	Poco	Moderadamente	Mucho
¿Su prolapso afecta la relación con su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prolapso afecta su vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prolapso afecta su vida familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Emociones

	0.	1.	2.	3.
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
¿Su prolapso la hace sentir deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prolapso la hace sentir ansiosa o nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prolapso la hace sentir mal consigo misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Sueño / energía

	0.	1.	2.	3.
	Nunca	A veces	Frecuentemente	Todo el tiempo
¿Su prolapso afecta su sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted se siente exhausta/cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Usted hace algunas de las siguientes cosas para ayudar su problema de prolapso?

10. Responda aunque usted sienta que no tiene un prolapso

	0.	1.	2.	3.
	Nunca	A veces	Frecuentemente	Todo el tiempo
¿Usa pañales, tampones o ropa interior firme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted empuja su prolapso para arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente dolor o molestias debido a su prolapso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El prolapso le impide estar de pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“Muchas gracias. Revise por favor si ha respondido todas las preguntas”

ANEXO 3: TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1

	PREOPERATORIA Mediana(mínimo-máximo)	POSOPERATORIA Mediana(mínimo-máximo)	p
Percepción Salud General	50 (25-100)	25 (0-50)	> 0.001
Impacto Prolapso	67 (33-100)	0 (0-33)	> 0.001
Limitaciones Rol	83 (0-100)	0 (0-33)	> 0.001
Limitaciones Físicas	83 (0-100)	0 (0-50)	> 0.001
Limitaciones Sociales	78 (11-111)	11 (11-44)	> 0.001
Relaciones Personales	100 (0-133)	33 (0-67)	> 0.001
Emociones	89 (33-133)	44 (33-78)	> 0.001
Sueño/Energía	33 (0-100)	17 (0-50)	> 0.001
Medidas Severidad	42 (0-100)	0 (0-25)	> 0.001
Total Calidad de Vida	583(193-944)	138 (69-367)	> 0.001

Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 2

EDAD (años)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
41-50	1	3%
51-60	15	43%
61-70	13	37%
>70	6	17%
Total	35	100%

Distribución de acuerdo a la edad de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 3

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	8	23%
Sobrepeso	18	51%
Obesidad Leve	8	23%
Obesidad Moderada	1	3%
Total	35	100%

Distribución de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 4

GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	2	6%
2	3	8%
3	7	20%
4	8	23%
5	9	26%
6	5	14%
8	1	3%
Total	35	100%

Distribución de acuerdo al número de gestas de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 5

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto instrumentado	9	26%
Desgarros canal de parto	7	20%
Macrosomía Fetal	2	6%

Distribución de acuerdo a los antecedentes obstétricos de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 6

ALTERACIONES ACOMPAÑANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incontinencia Urinaria Mixta	15	43%
Incontinencia Urinaria de Urgencia	12	34%
Incontinencia Anal	13	37%
Incontinencia Fecal	3	8%

Distribución de acuerdo a la presencia de alteraciones acompañantes de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 7

Promedio Tiempo Recurrencia (años)	Máximo Tiempo Recurrencia (años)	Mínimo Tiempo Recurrencia (años)
5.83	21	0.08

Distribución de acuerdo al promedio, tiempo máximo y mínimo de aparición del POP preoperatorio de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 8

POP PREOPERATORIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IIAa	1	3%
IIBa	2	6%
IIBp	4	11%
IIC	1	3%
IIIBa	7	20%
IIIBp	5	14%
IIIC	4	11%
IVBa	2	6%
IVBp	2	6%
IVC	7	20%
Total	35	100%

Distribución de acuerdo al POP preoperatorio de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 9

RECURRENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Recurrencia Objetiva	5	14%
Recurrencia Subjetiva	4	11%

Distribución de acuerdo a la presencia de nueva recurrencia de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 10

POP RECURRENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IIBa	2	6%
IIC	1	3%
IIAp	1	3%
IIBp	1	3%

Distribución de acuerdo al grado de prolapso recurrente de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente.

TABLA 11

TIEMPO NUEVA RECURRENCIA (meses)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	4	11%
3	1	3%

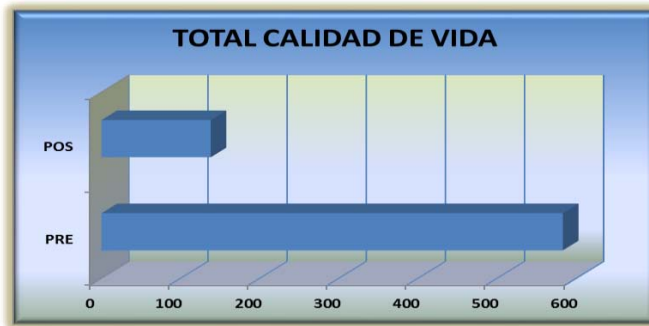
Distribución de acuerdo al tiempo de aparición de nueva recurrencia de prolapso genital.

TABLA 12

TIPO CIRUGÍA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Histerectomía vaginal reconstructiva		8	23%
Colpoplastia anterior		5	14%
Colpoplastia anterior, posterior, fijación cúpula a ligamentos uterosacros		5	14%
Colpoplastia anterior, posterior, fijación cúpula a ligamentos sacroespinosos		4	11%
Colpoplastia posterior		4	11%
Colocación de material protésico	Colposacropexia	3	9%
	Elevate anterior	3	9%
	Elevate posterior	2	6%
	Calistar posterior	1	3%
Total		35	100%

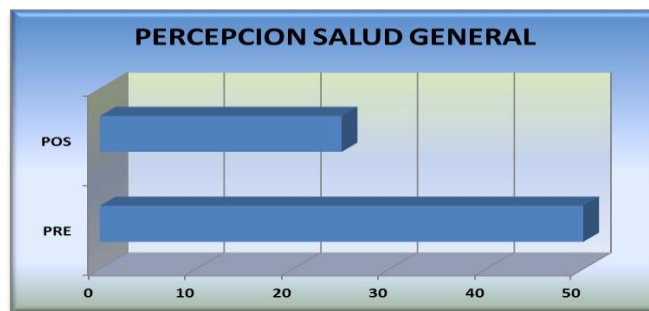
Distribución de acuerdo al tipo de cirugía que se realizó para corrección de prolapso genital recurrente.

GRÁFICO 1



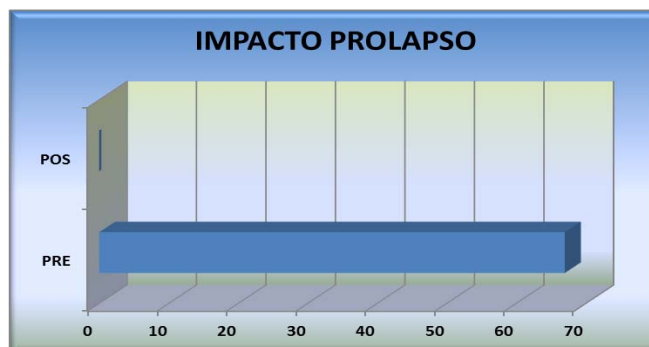
Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 2



Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de percepción de salud general posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 3



Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de impacto del prolapso posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 4



Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de limitaciones de rol posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 5



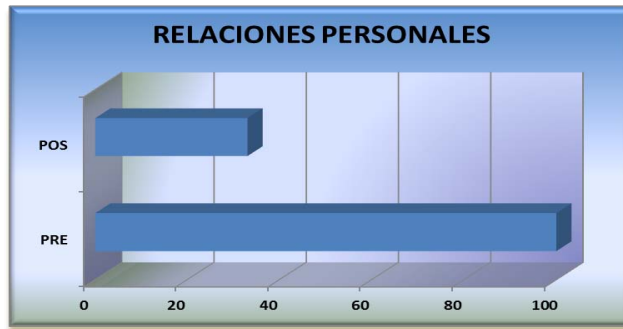
Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de limitaciones físicas posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 6



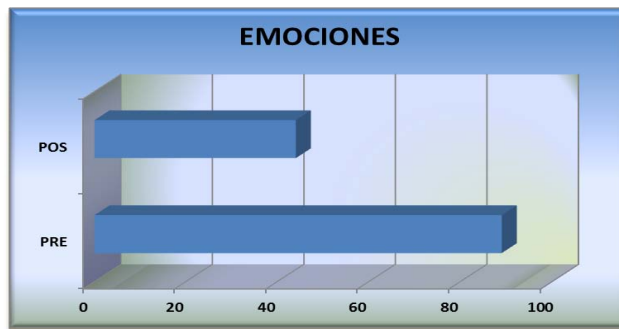
Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de limitaciones sociales posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 7



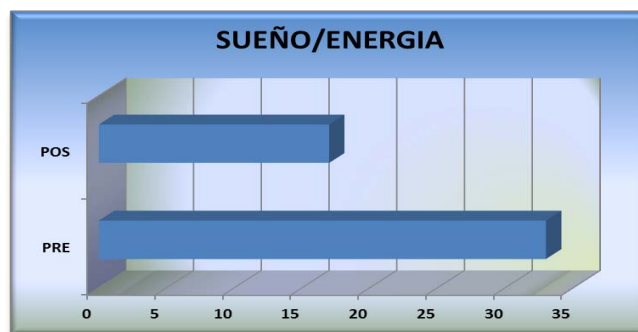
Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de relaciones personales posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 8



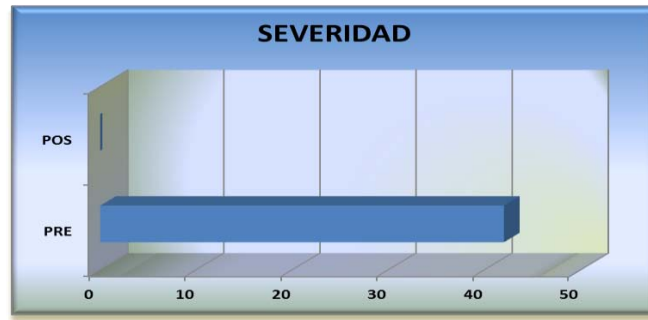
Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de emociones posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 9



Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de sueño y energía posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).

GRÁFICO 10



Distribución de acuerdo a la variación de la calidad de vida en relación al parámetro de severidad posoperatoria en relación a la preoperatoria de las pacientes a las que se realizó cirugía para corrección de prolapso genital recurrente ($p < 0.001$).