



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4
LUIS CASTELAZO AYALA**

**MORBILIDAD DE LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL EN
TRATAMIENTO CON PESARIO**

R-2016-3606-5

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE SUBESPECIALIDAD EN:

UROLOGÍA GINECOLÓGICA

PRESENTA

Dra. Blanca Esthela Muñoz Ramírez

TUTOR DE LA TESIS

Dra. Edna Cortés Fuentes

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. en C. Eunice López Muñoz

Ciudad de México, Junio 2016.





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.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informo que el **Dra. Blanca Esthela Muñoz Ramírez**, residente de la subespecialidad en Urología Ginecológica ha concluido la escritura de su **tesis y otorgo la autorización para su presentación y defensa de la misma.**

Encargado de la Dirección de la UMAE No. 4 Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala", IMSS.

DR. OSCAR MORENO ÁLVAREZ

Director de Enseñanza e Investigación, UMAE No. 4 Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala", IMSS.

Dr. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHEQUER.

Tutor de Tesis

DRA. EDNA CORTÉS FUENTES

Asesor metodológico

DRA. EN. C. EUNICE LÓPEZ MUÑOZ

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por darme la vida y colocarme en el tiempo y lugar adecuados en los cuales me encuentro en estos momentos.

A mis padres por su apoyo, comprensión y tolerancia por forjarme un carácter y ser quien soy, además de hacer de mí una mujer de bien.

A José Juan que siempre ha sido mi compañero de vida desde que inicié esta gran travesía que hoy culmina, crecer conmigo, ser el gran amor de mi vida y motivación para luchar hombro con hombro y poder ofrecernos mutuamente una vida mejor.

A mis hermanos que siempre guardaron en su vida mi presencia aunque muchas de las veces no pude estar con ellos, pero a pesar de ello los amo.

A mis maestros que siempre me tomaron en cuenta para ser bendecida por cada uno de sus conocimientos y de todos ellos soy un reflejo.

A la Dra. Edna Cortés por que forjó en mi la inquietud y el amor por esta gran escuela de Urología Ginecológica, por enseñarme cada técnica innovadora, a ella mi gran admiración y respeto.

A la grata y oportuna sorpresa del apoyo incondicional y desinteresado de la Dra. Eunice López Muñoz, quien al verme en una situación realmente difícil, ella hizo posible lo imposible.

Al Dr. Juan Carlos Martínez Chequer que sin duda le agradezco la oportunidad de volver a mi casa, a mi hospital para culminar de manera exitosa mi subespecialidad; autoridad más que admirada y respetada por mi persona, personalidad indomable pero justa, reservada pero decisiva, sin duda la persona que me ha inspirado para no caer y no desertar en los intentos.

Por último a la vida porque amo ser quien soy.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Agradecimientos	3
Índice	4
Abreviaturas	7
Resumen	8
Marco teórico	9
Planteamiento del problema	17
Justificación	18
Objetivo	19
Material y métodos	20
Diseño del estudio	20
Ubicación y población de estudio	20
Criterios de selección	20
Criterios de exclusión	20
Variables de estudio y escala de medición	21
Tamaño de muestra y muestreo	24
Estrategia de trabajo	25
Recolección de datos	26
Análisis de datos	26
Aspectos éticos	27
Recursos, financiamiento y factibilidad	28
Resultados	30
Discusión	46
Conclusión	49
Referencias	50
Anexos	54

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Algoritmo de procedimientos	25
Figura 2. Distribución de la edad	30
Figura 3. Grupos de edad	31
Figura 4. Distribución del peso	31
Figura 5. Distribución de la talla	32
Figura 6. Distribución del IMC	32
Figura 7. IMC según la OMS	33
Figura 8. Número de partos reportados	34
Figura 9. Distribución de puntos del diagrama de R. Bump	36
Figura 10. Tipo de pesario utilizado	38
Figura 11. Medida de pesario en pulgadas	39
Figura 12. Síntomas durante el seguimiento	40
Figura 13. Cultivo de control en pacientes con pesario	40
Figura 14. Frecuencia de germen aislado en exudado vaginal	41
Figura 15. Presencia de complicaciones asociadas a uso de pesario	42
Figura 16. Terapia con estrógenos locales	42

Figura 17. Incontinencia urinaria más prolapso de órganos pélvicos	43
Figura 18. Tipo de incontinencia urinaria con POP	43
Figura 19. Abandono de tratamiento conservador por tratamiento quirúrgico	44
Figura 20. Cirugía realizada en pacientes con abandono de pesario	45

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Definición de variables	21
Tabla 2. Clasificación de la obesidad por la OMS	33
Tabla 3. Edad, peso, talla, IMC y edad de menopausia	34
Tabla 4. Frecuencia de antecedentes gineco obstétricos	35
Tabla 5. Puntos del diagrama de R. Bump	36
Tabla 6. Estadio del prolapso de órganos pélvicos	37

ABREVIATURAS

POP: Prolapso de órganos pélvicos
CPOP: Cuantificación de prolapso de órganos pélvicos
ICS: Sociedad Internacional de Continencia
WHI: Women´s Health Initiative
IUGA: Sociedad Americana de Uroginecología
HG: Hiato vaginal
CP: Cuerpo perineal
LVT: Longitud vaginal total
Cm: centímetros
IMC: índice de masa corporal
Kg: Kilogramos
a.C: antes de Cristo
IU: Incontinencia urinaria
IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo
IUM: Incontinencia urinaria mixta
IUU: Incontinencia urinaria de urgencia

MORBILIDAD DE LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL EN TRATAMIENTO CON PESARIO

Muñoz-Ramírez Blanca Esthela¹, López-Muñoz Eunice², Cortés-Fuentes Edna¹.

¹Servicio de Urología Ginecológica, ²Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva, UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.

RESUMEN

Antecedentes: El prolapso de órganos pélvicos (POP) afecta el 40% de las mujeres postmenopáusicas y tiene efecto sobre la función vesical, intestinal y la calidad de vida. Constituye la segunda afección más frecuente (10 hasta un 70%) en los trastornos de la disfunción del piso pélvico antecedida por la incontinencia urinaria. La importancia de considerar al POP como un problema de salud pública es por que abarca el 3.2% del presupuesto para la salud, por ejemplo, en Europa se estima que se gastan hasta 210 millones de euros en esta patología, además de tener implicaciones a largo plazo ocasionando depresión, afectación en la calidad de vida e infección de vías urinarias de repetición. Existe evidencia que con el uso del pesario se reportan tasas de éxito del 71 al 90% con respecto a los síntomas de sensación de cuerpo extraño y presión vaginal. Estos resultados satisfactorios se observan desde su colocación, por lo tanto, los pesarios tienen una alta tasa de éxito y complicaciones mínimas y pueden ser usados de manera segura en el prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria. Dicha herramienta terapéutica temporal está al alcance de las pacientes, siendo reversible su uso en el momento que la paciente opte por un tratamiento definitivo o sus factores de comorbilidad permitan dar un tratamiento radical a la patología presentada. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de comorbilidad, evolución, aceptación y apego al tratamiento conservador del prolapso de órganos pélvicos con el uso de pesario en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", IMSS. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se efectuó la revisión de 60 expedientes clínicos de pacientes, que correspondieron a todas las pacientes con prolapso genital tratadas con pesarios vaginales durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 1 de enero de 2015. Se efectuó la recolección de datos demográficos y clínicos (evolución, apego al tratamiento, aceptación y complicaciones asociadas). Se realizó estadística descriptiva con tablas y gráficos de frecuencias para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. **Resultados:** Se estudiaron un total de 60 pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos en tratamiento conservador con pesario, la edad media fue de 74.75 años con $DE \pm 7.9$, el peso fue de 61.75 Kg y una $DE \pm 9.6$, la talla promedio de 1.50 m con $DE \pm 0.059$. El IMC se encontró alterado en el 70% de la pacientes. La multiparidad fue frecuente en este grupo de pacientes, quienes reportaron de 3 a 4 partos. con respecto al estadio de POP presentado con mayor frecuencia fue el IIIb. El pesario más utilizado fue el Gellhorn en un 90% de las pacientes, la medida reportada con mayor frecuencia fue de 2 ½ pulgadas en un 58.3%. La leucorrea fue la sintomatología mayormente observada en un 8.3%, en donde sólo el 13% desarrollaron formas bacterianas en el cultivo vaginal, siendo el patógeno más frecuente la *E.coli*. La complicación más frecuente fue la erosión de la mucosa vaginal en un 12%. El 27% de las pacientes presentaron POP en asociación con incontinencia urinaria (IU). El tipo más frecuente de IU fue la incontinencia urinaria de urgencia en un 50%. El abandono del tratamiento conservador se observó en el 12% por la asociación con IU y por decisión de la paciente para tratamiento quirúrgico definitivo. **Conclusión:** El uso de pesario vaginal como tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos es seguro, con baja frecuencia de complicaciones y mostrando adecuada aceptación de las pacientes para la utilización del mismo a largo plazo.

MORBILIDAD DE LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL EN TRATAMIENTO CON PESARIO

ANTECEDENTES

El prolapso de órganos pélvicos (POP) afecta el 40% de las mujeres postmenopáusicas y tiene efecto sobre la función vesical, intestinal y la calidad de vida, siendo este la segunda afección más frecuente en los trastornos de la disfunción del piso pélvico antecedida por la incontinencia urinaria de un 10 hasta un 70%. (1,2)

De acuerdo con el reporte del “*Sub-comité de Estandarización de la Sociedad Internacional de Continencia*” (ICS), el POP es definido como el descenso de uno o más órganos pélvicos: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, el ápex de la vagina (cérvix/útero) o la cúpula vaginal posterior a histerectomía (3). El prolapso puede estatificarse del I al IV de acuerdo al sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (CPOP), pudiendo observarse prolapsos de las paredes vaginales anteriores, apicales y posteriores. Lo más habitual es encontrar una combinación de descenso en los tres compartimientos. El nombre específico que se le da a cada representación clínica de los prolapsos depende del órgano prolapsado por encima de la pared vaginal correspondiente. El prolapso de órganos pélvicos puede ocurrir con asociación de incontinencia urinaria y otras disfunciones del tracto urinario inferior y en ocasiones puede enmascarar la incontinencia (4).

Casi 60 millones de mujeres en el mundo presentan algún factor de riesgo para desarrollar POP. Uno de los factores de riesgo identificados es el estado posmenopáusico, sin embargo, aproximadamente 1 billón de mujeres en el mundo, se encuentra en periodo posmenopáusico sin atención de salud, incluyendo tratamiento para el POP, ya que este no se ha catalogado como una enfermedad sino como una alteración propia del tejido de sostén de los órganos (4).

Se ha reportado que el POP afecta el 40% de las mujeres postmenopáusicas y

tiene efecto sobre la función vesical, intestinal y la calidad de vida de estas mujeres (5). Dado este incremento en su detección, se cree que la corrección quirúrgica del POP aumentará hasta un 48% para el 2050 (6).

La importancia de considerar al POP como un problema de salud pública es por que abarca el 3.2% del presupuesto para la salud, por ejemplo, en Europa se estima que se gastan hasta 210 millones de euros en esta patología, además de tener implicaciones a largo plazo ocasionando depresión, afección en la calidad de vida e infección de vías urinarias de repetición (7).

Por otro lado, en Estados Unidos se realizan aproximadamente 300,000 cirugías al año asociadas a POP, lo que equivale a 22.7 por cada 100,000 mujeres, implicando un gasto de 1000 millones de dólares (8). Proyecciones para el año 2050 estiman que el número de casos de POP aumentará al doble, en el peor de los escenarios (9).

En un estudio de *Women's Health Initiative* (WHI) se mencionan algunos de los factores de riesgo asociados a esta patología, por ejemplo, es más frecuente en mujeres de grupo poblacional caucásico que afroamericano, su frecuencia se eleva del 16 al 20% al incrementarse la edad de las pacientes y el antecedente de al menos un parto duplica el riesgo y posteriormente con cada parto el riesgo aumenta del 10 al 21% (siendo mayor aun el riesgo en mujeres que tuvieron atención de parto instrumentado) (10). Un estudio de cohorte prospectivo realizado por *The Oxford Family Planning* con 17,000 mujeres a las cuales se les dio seguimiento durante 17 años, reportaron que el primer hijo eleva 4 veces el riesgo de POP y a partir del segundo se incrementa el riesgo aunque en menor magnitud que con el primer hijo (11).

Otro factor de riesgo observado es la obesidad, la cual se relaciona con aumento de la presión intra abdominal y del riesgo de POP hasta un 17% (12).

En cuanto a la edad, Luber y cols. reportaron que esta patología es observada con más frecuencia entre los 70 y 79 años, aunque ha llegado a observarse en mujeres en edad reproductiva a partir de los 30 años (13). Olsen y cols. informaron que 11% de las mujeres a los 80 años de edad requerirán de una cirugía para

POP y 30% adicional necesitará una reintervención quirúrgica. Además se menciona que del 6 al 12% de las mujeres que se someten a histerectomía, en algún momento cursarán con prolapso de cúpula vaginal (15).

Según reportes de la *International Continence Society* (ICS) el 48% de las pacientes con POP en estadios I-II no buscan atención médica y sólo el 2% en estadio III-IV la buscan. Incluso, se ha estimado que más del 50% de las mujeres que tuvieron un parto vaginal tienen algún grado de POP, aun cuando sólo el 10-20% de ellas busca atención médica para sus síntomas (14).

En otro estudio realizado por Handa y cols. se describió la historia natural de la enfermedad en 412 mujeres con prolapso de órganos pélvicos (prolapso anterior, posterior o uterino) después de la menopausia, con un seguimiento anual y tratamiento con terapia hormonal de reemplazo. Ellos reportaron que el 31.8% presentaban prolapso genital total, mientras que la incidencia de prolapso anterior fue de 9.3 por 100 mujeres al año, de prolapso posterior fue de 5.7 por cada 100 mujeres al año y de prolapso uterino fue de 1.5 por cada 100 mujeres al año. Este estudio además sugiere que el POP no siempre es progresivo, ya que se observó regresión espontánea en algunos casos de prolapso en estadios tempranos (16).

La sintomatología es variable, sin embargo, en relación directa con el prolapso genital, se reporta una sensación frecuente de peso o la exteriorización de una tumefacción vulvar que puede acompañarse de sensación de roce o dolor con la marcha y exigen la reintegración de la masa cuando la paciente debe sentarse. Además, pueden existir ulceraciones mucosas con metrorragias o leucorreas (17).

En 1996, Richard Bump presentó un sistema de estandarización que se aprobó por la ICS y por la *Sociedad Americana de Uroginecología* (IUGA). Este sistema emplea referencias anatómicas definidas como puntos fijos de referencia y desalienta el empleo de términos imprecisos. Requiere medir 8 sitios en centímetros para crear un perfil vaginal antes de asignar etapas ordinales. El himen se considera el punto 0 de medición y las mediciones proximales (por arriba

del himen) o superiores son consideradas negativas (18).

La Clasificación POP-Q (Anexo 1), evita el uso de terminología como cistocele o rectocele. En su lugar asigna 2 puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix (C), un punto en relación al fórnix posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (Lvt), medición del hiato genital (Hg) y la medición del cuerpo perineal (Cp) (19).

Los puntos se definen de la siguiente manera:

- **Punto Aa:** Se localiza a 3 cm del meato uretral sobre la línea media hasta la unión uretro vesical. Su rango de posición es de -3 (normal) a + 3.
- **Punto Ba:** Punto más alto del tabique vaginal anterior.
- **Punto C:** Borde más distal del cuello uterino o manguito vaginal.
- **Punto Ap:** Se localiza 3 cm del himen sobre la línea media de la pared posterior vaginal.
- **Punto Bp:** Porción más distal o inclinada de la pared posterior vagina.
- **Punto D:** Fondo de saco posterior o de Douglas, inserción de ligamentos útero-sacros.
- **Hiato Genital (Hg):** De la mitad del meato uretral externo a la línea media posterior del himen.
- **Cuerpo perineal (Cp):** Distancia entre la línea media posterior himeneal al centro de la abertura anal.

Longitud total vaginal (Ltv): Distancia desde el himen hasta el fondo de saco vaginal posterior. Según los hallazgos reportados en la exploración física se determina el estadio de prolapso definiéndose de la siguiente manera:

- **ESTADIO 0:** No existe evidencia de prolapso genital; los puntos Aa, Ap, Ba y Bp se encuentran a -3cm.
- **ESTADIO I:** La parte más distal del prolapso se encuentra mayor a un centímetro con respecto al himen, es decir < -1 cm.
- **ESTADIO II:** La porción más distal del prolapso se encuentra ≥ -1 cm pero \leq

+1 cm.

- **ESTADIO III:** La porción más distal del prolapso se encuentra $> +1\text{cm}$ pero $< +\text{LVT}-2$.
- **ESTADIO IV:** La porción más distal del prolapso se encuentra $> +\text{LVT}-2$.

Aunque varios grupos de investigadores han estudiado las asociaciones entre los factores de prolapso y estilo de vida, hasta la fecha, el papel de las modificaciones de estilo de vida en la prevención o el tratamiento del prolapso no se han investigado.

El entrenamiento de los músculos del piso pélvico es un tratamiento efectivo para la incontinencia urinaria y fecal, sin embargo, su papel en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos aún no se ha establecido (20).

Las personas de edad avanzada con prolapso genital y con múltiples comorbilidades, que no tiene paridad satisfecha y que no desean tratamiento quirúrgico, pueden optar por el tratamiento conservador, con vigilancia periódica para detectar nuevos síntomas como el estreñimiento, obstrucción urinaria, y erosiones vaginales, ya que si esto ocurre se puede optar por otra alternativa de tratamiento (21).

En el tratamiento conservador se debe de hacer énfasis en disminuir los factores de riesgo, además de favorecer la adecuada calidad vaginal con el uso de estrógenos locales.

El uso de pesarios vaginales se puede considerar una de las primeras líneas de tratamiento, ya que a largo plazo puede ser una alternativa segura y eficaz para el tratamiento del prolapso genital, al ofrecer desde su colocación, alivio inmediato de los síntomas, con pocos efectos colaterales del uso de estos dispositivo (22).

Los pesarios se han utilizado para tratar a mujeres con prolapso desde el comienzo de la historia registrada, siendo Hipócrates en 400 a.C, quien describió la reducción del prolapso poniendo una granada empapada en vino en la vagina para la corrección de esta patología. En la actualidad existen aproximadamente 20 modelos diferentes de pesarios hechos de silicona o plástico flexible (23), sin embargo existen escasos reportes en la literatura sobre la efectividad de los

pesarios. No obstante, se recomienda el uso seguro de este dispositivo, cuando se indica adecuadamente, se coloca y se realiza seguimiento de manera correcta. Se ha reportado que el 86% de los Ginecólogos y 98% de los Uroginecólogos utilizan esta alternativa no quirúrgica (24).

A este respecto, Lone y cols. realizaron una comparación entre el uso del pesario y la cirugía para el tratamiento de prolapso de órganos pélvicos basándose en la realización de cuestionarios de calidad de vida durante un año. Se evaluaron 287 mujeres con prolapso sintomático mediante un cuestionario basal y otro al año del tratamiento. En ambos grupos se observó un aumento en la calidad de vida y disminución en la sintomatología urinaria y vaginal, mejoría con respecto a la vida sexual y defecación en las pacientes con cirugía, y no hubo diferencias estadísticas entre el uso de pesario comparado con la cirugía (25).

Ahora bien, los pesarios se pueden clasificar en pesarios de soporte y pesarios con efecto de masa (26). Los pesarios de soporte se apoyan en el fondo de saco posterior y en general se encuentran por encima del hueso púbico y/o suelo pélvico (pesario de anillo y pesario de Shaatz). Por otro lado, el pesario con efecto de masa incluye el cubo, balón y dona. Sin embargo, la combinación de ambos efectos tanto de masa como de soporte se observa en el pesario Gellhorn que es el más comúnmente utilizado.

Los pesarios también pueden ser utilizados para la evaluación preoperatoria de las mujeres con prolapso y proporcionar datos sugestivos de incontinencia urinaria oculta. También se pueden utilizar como tratamiento temporal de los síntomas mientras que las pacientes están en espera de cirugía, ayudando a sanar las erosiones vaginales ocasionadas por grandes prolapsos (27,28,29).

Con el uso del pesario se han reportado tasas de éxito del 71 al 90% con respecto a los síntomas de sensación de cuerpo extraño y presión vaginal, incluso desde su colocación (30).

En un ensayo aleatorizado no se observó diferencia en la satisfacción y alivio de los síntomas entre el uso de pesario de soporte y con efecto de masa (anillo y Gellhorn), de tal manera que el tipo de pesario que se seleccione, debe de ser

individualizado de acuerdo a la comodidad de la paciente y el prolapso presentado, por ejemplo el anillo se puede utilizar en cualquier grado de prolapso y es fácil de insertar con menor molestia, sin embargo, si el prolapso no tiene suficiente soporte con el anillo se puede utilizar un pesario más rígido como el Gellhorn (31).

Los factores que pueden influir en falla del pesario son: longitud total vaginal menor de 6 cm, introito vaginal amplio mayor a 4 dedos, presencia de rectocele, cirugía vaginal previa e incontinencia urinaria de esfuerzo coexistente. El seguimiento y vigilancia del pesario se sugiere cada 2 a 4 semanas para evaluar la adaptación al mismo después de una exitosa colocación. Posteriormente se debe de valorar si la paciente es capaz de mantener y colocar adecuadamente el pesario, así como realizar el retiro y aseo cada semana (el aseo del pesario se realiza sólo con agua y jabón). Esta vigilancia debe llevarse a cabo por el personal de salud hasta por 3 meses e incluso hasta por 1 año (32).

Con respecto a la complicaciones, en un estudio realizado por Hanson y cols. en 1.216 mujeres que usaron pesario, no se reportaron complicaciones en el 88.5%. Las complicaciones más frecuentemente observadas fueron la erosión vaginal y las infecciones en un 8.9 y 2.5% respectivamente.

La erosión se presenta secundaria a isquemia por el contacto del pesario con la pared vaginal, lo que puede provocar descarga de secreción color marrón y mal olor, misma que remite retirando el pesario por 2 a 4 semanas, realizando lavado vaginal y utilizando estrógenos locales (ya que si se deja progresar puede provocar fístulas).

La presencia de cervicovaginitis no se asocia con la aparición de erosiones y se puede presentar hasta en un 32% de las usuarias comparadas con el 10% que no usaron pesario. El uso de estrógenos no parecer tener un efecto protector para la cervicovaginitis, misma que responde a tratamiento con metronidazol oral o vaginal.

Por otro lado, Bai y cols. reportaron que un 71% de las pacientes no presentó complicaciones en el uso del pesario, sin embargo reportaron mal olor con el uso

del mismo, aunque las pacientes decidieron seguirlo usando (33,34).

En cuanto a las complicaciones más severas que se han reportado, se encuentran las fístulas vesicales, intestinales y el encarcelamiento, particularmente en pacientes con descuido del pesario (35).

De esta manera, los pesarios tienen una alta tasa de éxito y complicaciones mínimas, por lo que pueden ser usados de manera segura en el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria. Es una herramienta terapéutica temporal que está al alcance de las pacientes, que es reversible en cuanto a su uso hasta el momento en que la paciente opte por un tratamiento definitivo, o sus factores de comorbilidad permitan dar un tratamiento radical a la patología presentada. Así, los pesarios pueden considerarse como tratamiento de primera línea para el prolapso genital y la incontinencia urinaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el porcentaje de pacientes que presentan prolapso de órganos pélvicos es elevado, dicho padecimiento afecta la calidad de vida de manera importante, hasta provocar el aislamiento e inseguridad en su vida diaria. No sólo la intervención quirúrgica es la opción de tratamiento, existen los pesarios vaginales como medida alternativa para tratar esta patología.

La UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, constituye un centro de referencia para pacientes con alteraciones uroginecológicas, incluyendo el prolapso de órganos pélvicos, por lo que se plantea la siguiente:

Pregunta de investigación

En pacientes con prolapso de órganos pélvicos que recibieron tratamiento conservador con pesario en el servicio de Urología Ginecológica en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015

¿Cuál es la frecuencia de morbilidad, evolución, aceptación y apego a dicho tratamiento?

JUSTIFICACIÓN

En la literatura mundial se ha reportado adecuada evolución clínica de las pacientes con prolapso genital y aceptación del uso de pesarios. Dado que en las mujeres de edad avanzada aumenta la comorbilidad, enfermedades crónicas y riesgos quirúrgicos y no todas las pacientes desean un tratamiento quirúrgico, el uso de pesarios puede constituir una medida segura y adecuada para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos sin necesidad de recurrir a cirugías que pueden ofrecer más riesgos que beneficios y que incluso ponen en riesgo la vida de pacientes con múltiples factores de riesgo. La importancia de este estudio radica en conocer la frecuencia de uso de pesarios, así como la evolución y morbilidad asociada con su uso, ya que actualmente en México no hay un registro de la evolución y seguimiento de las pacientes que se encuentran en tratamiento con pesario vaginal para el prolapso de órganos pélvicos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de morbilidad, evolución, aceptación y apego al tratamiento con pesario vaginal en pacientes con prolapso de órganos pélvicos.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Conocer la frecuencia de uso de pesario vaginal en pacientes con prolapso de órganos pélvicos en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4.
2. Conocer la frecuencia y tipo de morbilidad que presentan las pacientes con prolapso de órganos pélvicos en tratamiento con pesario.
3. Conocer la frecuencia de efectos secundarios en pacientes con prolapso de órganos pélvicos en tratamiento con pesario.
4. Conocer la frecuencia y causas de abandono del tratamiento con pesario en pacientes con prolapso de órganos pélvicos.
- 5.- Conocer las modificaciones en la sintomatología de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos posterior al uso del pesario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Observacional, descriptivo y retrospectivo.

Lugar o sitio de estudio

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Urología Ginecológica y Disfunción del piso pélvico, y la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.

Población de estudio

Pacientes con prolapso de órganos pélvicos atendidas en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con prolapso de órganos pélvicos de cualquier grado tratado conservadoramente con pesario vaginal.
- Pacientes que hayan acudido al servicio de Urología Ginecológica con pesario colocado como tratamiento para seguimiento.
- Pacientes que cuenten con expediente clínico.
- Derechohabientes IMSS.

Criterios de eliminación

- Pacientes con información incompleta o pérdida del expediente clínico.

Tabla 1. Definición de variables y escala de medición.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el momento del estudio.	Cuantitativa continua	Años cumplidos.
Peso	Volumen del cuerpo expresado en kilogramos.	Volumen materno en kilogramos obtenido mediante báscula, al momento del estudio.	Cuantitativa continua	Kilogramos
Talla	Longitud de la parte superior del cráneo a la planta de los pies expresada en metros (m).	Longitud materna en metros medida con estadiómetro al momento del estudio.	Cuantitativa continua	Metros
Índice de masa corporal (IMC)	Relación del peso de un individuo expresado en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla expresada en metros.	Relación del peso materno dividido por el cuadrado de la talla previo al embarazo.	Ordinal	Peso insuficiente= ≤ 18.5 Normopeso= $18.5-24.9$ Sobrepeso Grado I= $25-26.9$ Sobrepeso Grado II= $27-29.9$ Obesidad Tipo I= $30-34.9$ Obesidad Tipo II= $35-39.9$ Obesidad Tipo III (mórbida)= $40-49.9$ Obesidad Tipo IV (extrema)= ≥ 50
Gestas	Número de embarazos.	Número de embarazos al momento del estudio.	Cuantitativa discreta	Número de embarazos
Partos	Finalización de la gestación, en la cual se expulsan el feto, placenta y membranas por vía vaginal.	Número de fetos expulsados por vía vaginal, previos al estudio.	Cuantitativa discreta	Número de partos
Cesáreas	Intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de los productos de la concepción mediante una incisión abdominal.	Número de incisiones abdominales previas en la paciente con el fin de obtener los productos de la gestación.	Cuantitativa discreta	Número de cesáreas
Abortos	Terminación espontánea o provocada de la gestación, o expulsión del producto de la gestación, antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal.	Número de pérdidas gestacionales antes de la vigésima semana.	Cuantitativa discreta	Número de abortos
Embarazo ectópico	Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero.	Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero.	Cuantitativa discreta	Número de embarazos ectópicos
Menopausia	Más de 12 meses desde la última menstruación.	Más de 12 meses desde la última menstruación hasta el momento del estudio.	Cualitativa dicotómica	0= NO 1=SI
Terapia hormonal de reemplazo	Tratamiento hormonal para reducir los síntomas asociados a la menopausia.	Tratamiento hormonal para reducir los síntomas asociados a la menopausia.	Cualitativa dicotómica	0= NO 1=SI
Diagrama Bump	Sistema de estandarización para la clasificación del prolapso de órganos pélvicos.	Sistema de estandarización para la clasificación del prolapso de órganos pélvicos. Puntos de diagrama de R.Bump: Aa: Se localiza a 3 cm del meato uretral sobre la línea media hasta la unión uretro- vesical. Su rango de posición es de -3 (normal) a + 3 punto fijo.	Cuantitativa	cm

Ba: Punto más alto del tabique vaginal anterior. Su rango va de -3 cm a determinar cm que rebasa el himen se precede del signo + punto móvil.

C: Borde más distal del cuello uterino o manguito vaginal Punto medido tomando en cuenta como referencia el himen, por arriba del himen números negativos y por debajo de este números positivos.

Ap: Se localiza 3 cm del himen sobre la línea media de la pared posterior vaginal Su rango va de -3 a +3 cm punto fijo.

Bp: Porción más distal o inclinada de la pared posterior vagina Su rango va de -3cm a determinar cm que rebasa el himen se precede del signo + punto móvil.

D: Fondo de saco posterior o de Douglas, inserción de ligamentos útero-sacros Punto medido tomando en cuenta como referencia el himen, por arriba del himen números negativos y por debajo de éste números positivos.

Hg: De la mitad del meato uretral externo a la línea media posterior del himen. Sin signo positivo o negativo

Cp: Distancia entre la línea media posterior himeneal al centro de la abertura anal. Sin signo positivo o negativo

Lvt: Distancia desde el himen hasta el fondo de saco vaginal posterior Punto medido tomando en cuenta como referencia el himen, por arriba del himen números negativos y por debajo de éste números positivos, única medida valorada sin maniobra de Valsalva.

Tipo de pesario	Tipo de dispositivo de material flexible que tiene la finalidad de corregir el prolapso genital.	Tipo de dispositivo de material flexible que tiene la finalidad de corregir el prolapso genital.	Cualitativa nominal	1= Gellhorn 2= Dona 3= Cubo
Tamaño del pesario	Tamaño del dispositivo de material flexible que tiene la finalidad de corregir el prolapso genital.	Tamaño del dispositivo de material flexible que tiene la finalidad de corregir el prolapso genital.	Cualitativa ordinal	1= 2 1/4 pulgadas 2= 2 1/2 pulgadas 3= 2 3/4 pulgadas 4= 3 pulgadas 5=4 pulgadas 6=5 pulgadas
Sintomatología con pesario colocado	Presencia de síntomas posterior a la colocación del pesario.	Presencia de síntomas posterior a la colocación del pesario.	Cualitativa nominal	0= Asintomática 1=Leucorrea 3=Sangrado transvaginal 5=Dolor

Obstrucción urinaria	Afección en la cual el flujo urinario se bloquea provocando incapacidad para orinar.	Afección en la cual el flujo urinario se bloquea provocando incapacidad para orinar asociada al uso del pesario.	Cualitativa dicotómica	0=NO 1=SI
Exudado vaginal de control con uso del pesario	Realización de toma de muestra de la vagina y cuello mediante un hisopo, previa colocación de especulo estéril que es enviada al laboratorio para su estudio.	Realización de toma de muestra de la vagina y cuello mediante un hisopo, previa colocación de especulo estéril que es enviada al laboratorio para su estudio, posterior a la colocación del pesario.	Cualitativa dicotómica	0=NO 1=SI
Gérmen identificado en el exudado vaginal	Tipo de germen reportado en el estudio de laboratorio al realizar análisis microscópico del exudado vaginal.	Tipo de germen reportado en el estudio de laboratorio al realizar análisis microscópico del exudado vaginal.	Cualitativa nominal	Nombre del microorganismo
Presencia de complicaciones con el uso del pesario	Presencia o no de complicaciones posterior al uso de pesario.	Presencia o no de complicaciones posterior al uso de pesario.	Cualitativa dicotómica	0=NO 1=SI
Cambio de pesario	Necesidad de cambiar el tipo o tamaño del pesario.	Necesidad de cambiar el tipo o tamaño del pesario.	Cualitativa dicotómica	0=NO 1=SI
Estrógenos locales	Uso o no de estrógenos locales.	Uso o no de estrógenos locales.	Cualitativa dicotómica	0=NO 1=SI
Prolapso + incontinencia urinaria	Presencia o no de prolapso de órganos pélvicos asociado con pérdida del control vesical.	Presencia o no de prolapso de órganos pélvicos asociado con pérdida del control vesical.	Cualitativa dicotómica	0=NO 1=SI
Abandono de pesario	Abandono en el uso del pesario	Abandono en el uso del pesario por tratamiento quirúrgico.	Cualitativa dicotómica	0=NO 1=SI

Muestra

Muestreo

No probabilístico de casos consecutivos.

Tamaño de la muestra

Tamaño de muestra por periodo de estudio.

Se incluyeron todas las pacientes con prolapso de órganos pélvicos que hayan recibido tratamiento conservador con pesario vaginal en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de enero de 2015.

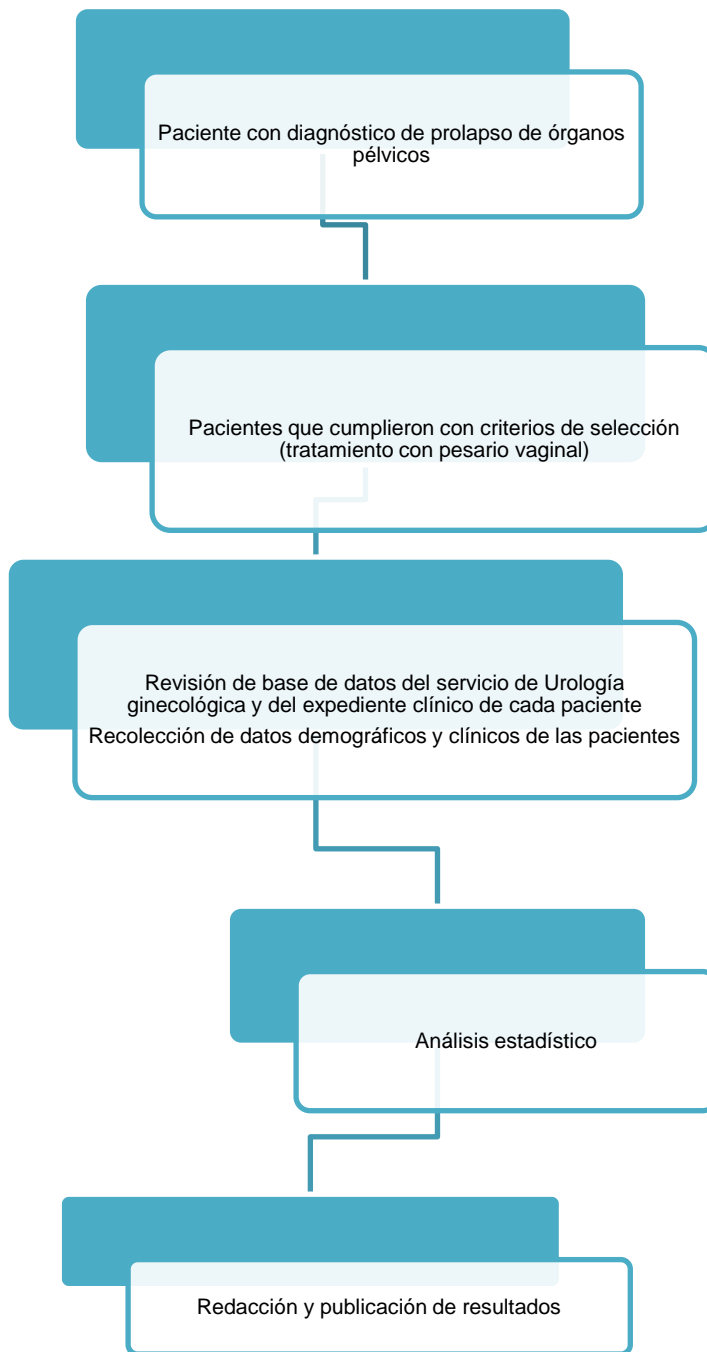


Figura 1. Algoritmo de procedimientos

Análisis Estadístico

Se realizó estadística descriptiva con tablas y gráficos de frecuencias para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Procesamiento de datos.

Se utilizó Software Microsoft Excel 2011 para Mac, Versión 14.4.6 para elaboración de base de datos.

El análisis de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS IBM para Mac, Versión 22.

Instrumento de recolección de datos.

Ver anexo 2.

ASPECTOS ÉTICOS

1. El investigador garantiza que este estudio tiene apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio.
2. De acuerdo al de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, este estudio es considerado sin riesgo ya que sólo se consultaron registros de la base de datos del servicio de Urología Ginecológica y del expediente clínico y electrónico.
3. Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevó a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:
 - a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.
 - b. Este protocolo fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - c. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.
 - d. Este protocolo guardó la confidencialidad de las personas.
 - e. La publicación de los resultados de esta investigación se preservará la exactitud de los resultados obtenidos.
 - f. Al tratarse de un estudio retrospectivo sin riesgo, no requirió consentimiento informado por escrito.
4. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No requirió carta de consentimiento informado.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos

- ***Responsable técnico y tutor principal de la tesis***

Dra. Edna Cortés Fuentes

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.

- ***Investigadores asociados adscritos al IMSS***

Dra. en C. Eunice López Muñoz

Médico Especialista en Genética, Maestra y Doctora en Ciencias Médicas. Investigador Asociado A de la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.

- ***Médico Residente y Tesista***

Dra. Blanca Esthela Muñoz Ramírez

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Residente del sexto año de la subespecialidad en Urología Ginecológica. UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.

Recursos materiales

- Hojas de papel bond y lápices suministrados por los participantes del estudio.
- Equipo de cómputo e impresora de cada uno de los participantes.
- Software para procesamiento de textos y base de datos proporcionado por los participantes del estudio.

Recursos financieros

Este proyecto fue financiado con los recursos personales de los participantes del estudio.

RESULTADOS

En el presente estudio se estudiaron un total de 60 pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos en tratamiento conservador con pesario.

La edad mínima de las pacientes fue de 56 años y la máxima de 89 años con una media de 74.75 años ($DE \pm 7.940$) (Figura 2). Se observó mayor número de pacientes de 70-79 años de edad con un 50% de la muestra (Figura 3).

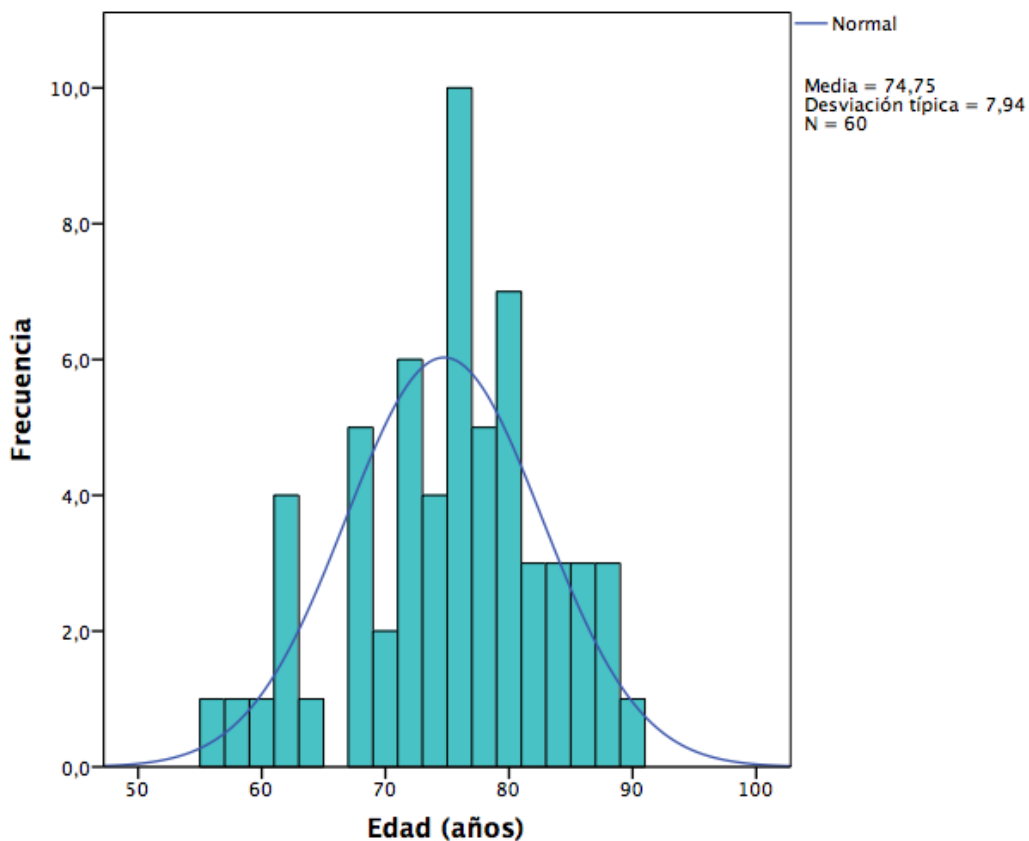


Figura 2. Distribución de la edad.

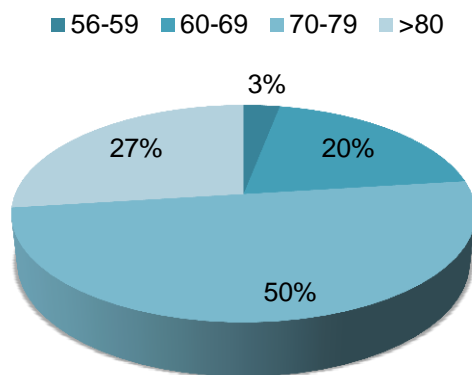


Figura 3. Grupos de edad.

Dado que el peso corporal es uno de los factores de riesgo relacionados con el prolapso de órganos pélvicos, en este grupo de pacientes se documentó dicha variable, encontrando un peso mínimo de 46 kg y un máximo de 89 kg con una media de 61.75 (DE±9.650) (Figura 4).

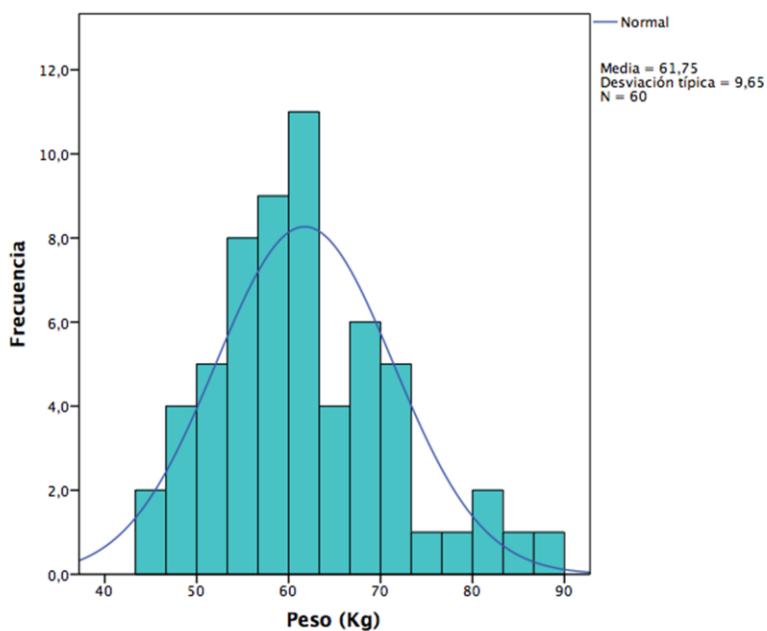


Figura 4. Distribución del peso.

La talla mínima fue de 1.40 m y máxima de 1.70 m, con una media de 1.50 m (DE± 0.0598) (Figura 5).

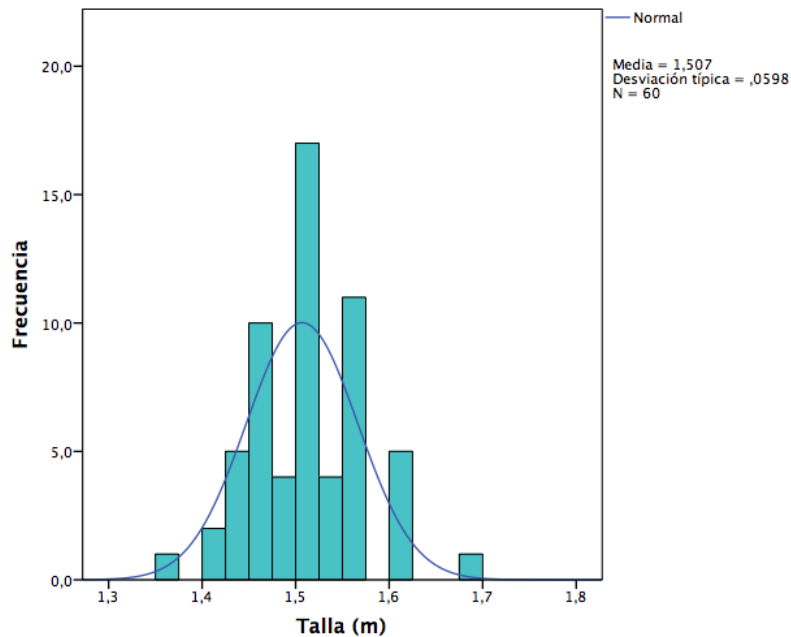


Figura 5. Distribución de la talla.

Al calcular el índice de masa corporal (IMC) se reportó un valor mínimo de 19 Kg/m² y el máximo de 41 Kg/m² (Figura 6).

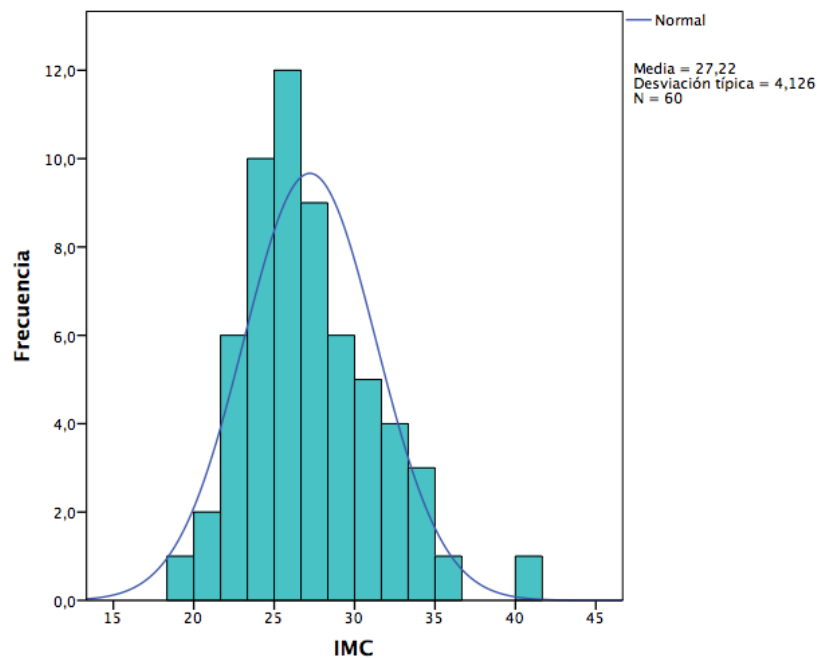


Figura 6. Distribución de IMC (Kg/m²)

De acuerdo a lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Tabla 2), en la muestra estudiada se encontró que 18 (30%) pacientes tenían IMC normal, 28 pacientes (47%) sobrepeso, 12 pacientes (20%) obesidad grado I, 1 pacientes (1.5 %) obesidad grado II y 1 paciente (1.5%) obesidad grado III, la importancia de este dato radica en que el IMC se observó alterado en el 70% de la pacientes, hecho que las predispone a presentar dicha patología (Figura 7).

Clasificación	IMC (Kg/m)	Riesgo asociado a la salud
Normo Peso	18.5-24.9	Promedio
Exceso de Peso	≥ 25	
Sobrepeso o Pre Obeso	25-29.9	Aumentado
Obesidad Grado I o moderada	30-34.9	Aumento moderado
Obesidad Grado II o severa	35-39.9	Aumento severo
Obesidad Grado III o mórbida	≥ 50	Aumento muy severo

Tabla 2. Clasificación de obesidad por la OMS.

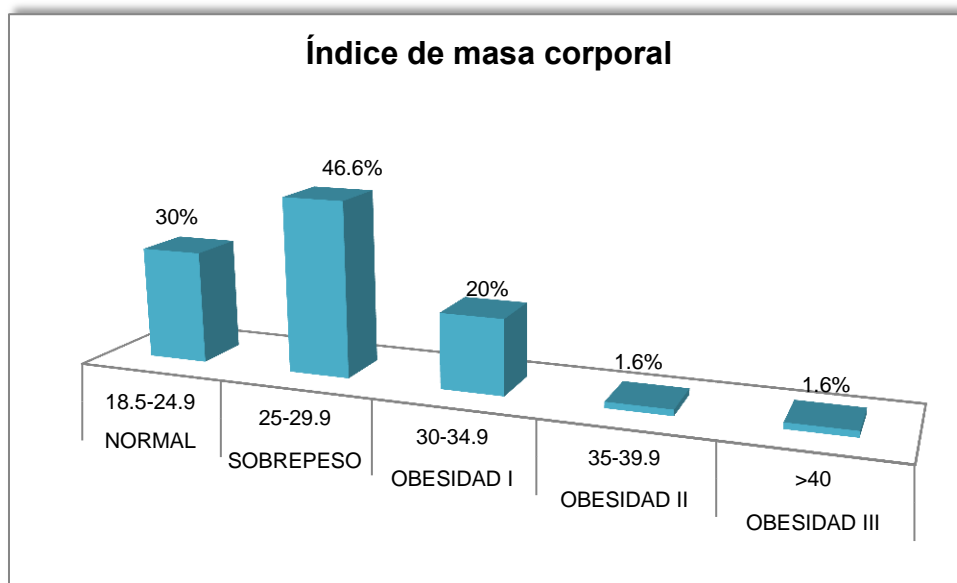


Figura 7. IMC según la OMS en la muestra en estudio.

Con respecto a la edad de menopausia, se observó que la edad mínima en la cual se presentó fue a los 34 años y la máxima de 60 años, resaltando que la edad mínima de menopausia en una de las pacientes se debió a menopausia quirúrgica el resto la presentaron con un promedio de 49.92 años (DE± 5.4) (Tabla 3).

N=60	Mínimo	Máximo	Media	DE±
Edad (años)	56	89	74.75	7.940
Peso (Kg)	46	89	61.75	9.650
Talla (cm)	1.4	1.7	1.507	0.0598
IMC (Kg/m²)	19	41	27.22	4.126
Edad de menopausia (años)	34	60	49.92	5.432

Tabla 3. Edad, peso, talla, IMC y edad de menopausia.

Por otra parte se interrogó el empleo de terapia hormonal de reemplazo y sólo se proporcionaba al 3.3% de las pacientes. Posterior a la colocación del pesario, el 100% de las pacientes recibió estrógenos locales como tratamiento de atrofia genital.

Otro de los factores de riesgo relacionados con la presencia de prolapso de órganos pélvicos es la paridad. El 100% por ciento de las pacientes estudiadas contaban con al menos un parto en su historia obstétrica. En la muestra estudiada, 5 pacientes (8%) eran primíparas y 56 pacientes (92%) eran multíparas, con un rango de un evento hasta 13 eventos obstétricos registrados (Figura 8).

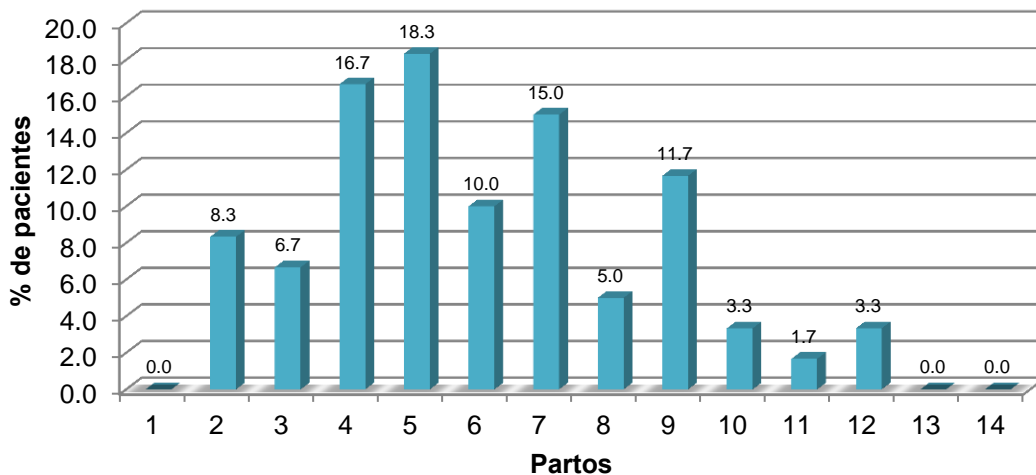


Figura 8. Número de partos reportados.

Del total de las pacientes se observó que todas mostraron por lo menos el antecedente de un parto, 5 (8.3%) de las pacientes refirieron haber tenido un parto, 10 pacientes (16.7%) reportaron 3 partos, 11 pacientes (18.3%) refirieron 4 partos y sólo 2 pacientes (3.3%) reportaron 11 partos (Tabla 4).

	Gestas	Partos	Cesáreas	Abortos	Embarazo ectópico
Núm. eventos	%				
0	0.0	0.0	96.7	68.3	98.3
1	6.7	8.3	0.0	15.0	1.7
2	1.7	6.7	3.3	10.0	0.0
3	15.0	16.7	0.0	1.7	0.0
4	16.7	18.3	0.0	1.7	0.0
5	11.7	10.0	0.0	1.7	0.0
6	18.3	15.0	0.0	0.0	0.0
7	5.0	5.0	0.0	1.7	0.0
8	5.0	11.7	0.0	0.0	0.0
9	8.3	3.3	0.0	0.0	0.0
10	1.7	1.7	0.0	0.0	0.0
11	6.7	3.3	0.0	0.0	0.0
12	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0
13	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0

Tabla 4. Frecuencia de antecedentes gineco obstétricos.

Con respecto al diagrama descrito por Bump para la estandarización y nomenclatura de Prolapso de órganos pélvicos, en nuestro estudio se observaron prolapsos leves hasta severos de la pared anterior y posterior. En la pared anterior correspondiente a los puntos Aa y Ba, la medida menor de los puntos fue de -2 cm y la máxima de +7cm; en los puntos apicales reportados, refiriéndonos al punto C y D, el menor reportado fue de -6 y el mayor de +10 cm; en la cara posterior correspondiente a los puntos Ap y Bp se reportó una medida mínima de -3 cm y una mayor de +9 cm; en los puntos de hiato genital se encontró una medida mínima de 2cm y una mayor de 6cm; cuerpo perineal con un mínimo de 2cm y UN máximo de 4 cm, y la Longitud total de la vagina de 5 cm como medida mínima y 9 cm como medida máxima con un promedio de 6.97 cm. En 10 de las pacientes se

reportó el antecedente de histerectomía, mismo que se representó como el punto D con una X (Tabla 5 y Figura 9).

N=60	Mínimo (cm)	Máximo (cm)	Media	DE±
Aa	-2	+3	1.08	1.555
Ba	-2	+7	2.92	1.862
C	-5	+10	1.62	3.902
HV	2	6	3.77	0.698
CP	2	4	2.58	0.591
LVT	5	9	6.97	0.901
Ap	-3	+3	-1.15	1.549
Bp	-3	+6	-0.85	2.065
D	-6	+9	-1.70	3.099

Tabla 5. Puntos del diagrama de R. Bump.

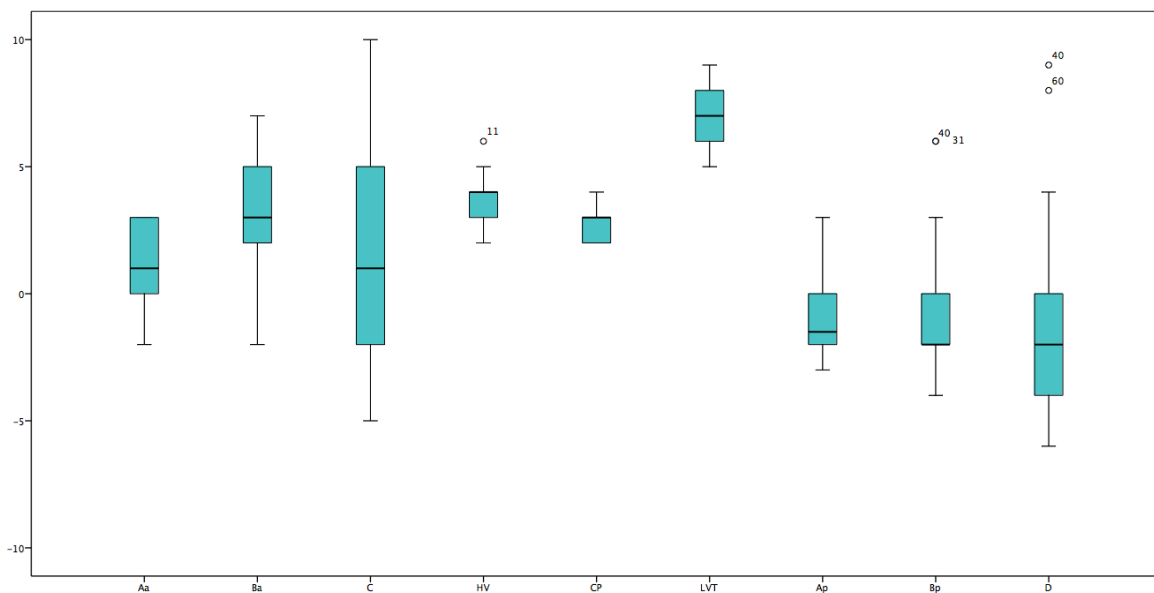


Figura 9. Distribución de los Puntos del diagrama de R. Bump

En el estadio de prolapso genital se observó algún grado de prolapso genital en las 60 pacientes, desde un grado IIBa hasta IV Bp. El mayor número de pacientes se observó en un estadio de prolapso genital de III Ba con 26 de 60 pacientes (43.3%), seguida por un estadio IV C con 18 pacientes (30%), estadio III C con 8 pacientes (13.3%), estadio IV Ba con 3 pacientes (5%), 2 pacientes en prolapsos estadios II Ba y III Bp (3.3%) y una paciente con prolapso genital estadio IV Bp. En este estudio no se identificaron pacientes con reporte de estadios de la pared anterior en el punto Aa. Los prolapsos apicales se observaron desde estadios III en adelante, mientras que en la pared posterior se observaron sólo prolapsos con estadio III. Cabe mencionar que el punto de referencia para indicar el estadio del prolapso es el punto que más se prolapsa, sin embargo esto no excluye que una paciente muestre más de un punto del diagrama con prolapso, es decir, puede mostrar un prolapso de pared anterior pero también apical o incluso posterior. En el expediente clínico se reporta el diagnóstico de acuerdo a la relevancia clínica del punto con mayor prolapso (Tabla 6).

ESTADIO	N	%
II Ba	2	3,3
III Ba	26	43,3
III C	8	13,3
III Bp	2	3,3
IV Ba	3	5,0
IV C	18	30,0
IV Bp	1	1,7
Total	60	100,0

Tabla 6. Estadio del POP.

En el servicio de Urología ginecológica se cuenta con diferentes tipos de pesarios, unos que sirven como relleno y otros que sirven como soporte, en nuestra muestra de estudio se utilizaron en forma conservadora tres tipos de pesarios (Gellhorn, dona y cubo). La mayoría de los pesarios utilizados por las pacientes fueron de tipo Gellhorn en un 90%, seguidas por 8% con dona y 2% con cubo. El tipo de

pesario Gellhorn se elige con mayor frecuencia por tener los dos mecanismos de función tanto de soporte como de relleno, los otros dos tipos pesarios se utilizaron en pacientes con prolapso en estadios mayores (Figura 10).

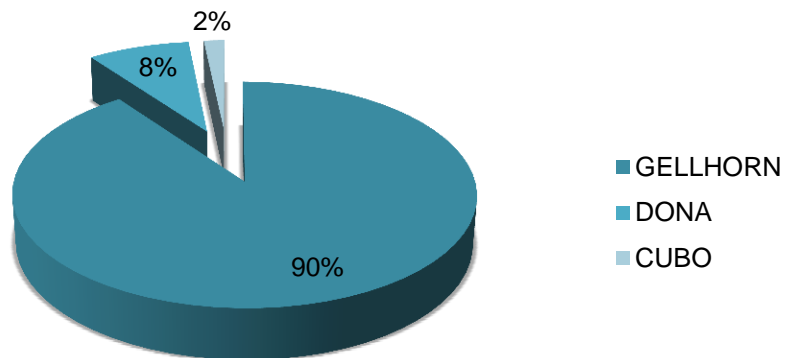


Figura 10. Tipo de pesario utilizado

Con respecto a la medida del pesario que se coloca, no existe en la literatura una manera para determinar la medida que se requiere para la paciente, se elige y se coloca de acuerdo a las dimensiones vaginales propias de cada una de ellas, sin embargo, se realizan pruebas de la medida con un muestrario de pesarios buscando la comodidad y la tolerancia del mismo. Existen diferentes medidas reportadas en pulgadas, en nuestro estudio las pacientes contaron con diferentes medidas de pesario según cada caso particular. Se encontró que 35 de las 60 pacientes tenían un pesario medida 2 ½ pulgadas (58.3%), seguidas por 12 pacientes (20%) con un pesario medida 2 ¼ pulgadas, 9 pacientes con pesario medida 2 ¾ pulgadas (15%), 2 de las pacientes con pesario de 3 pulgadas (3.3%) y el resto con pesario de 4 y 5 pulgadas representando el 1.7% respectivamente (Figura 11).

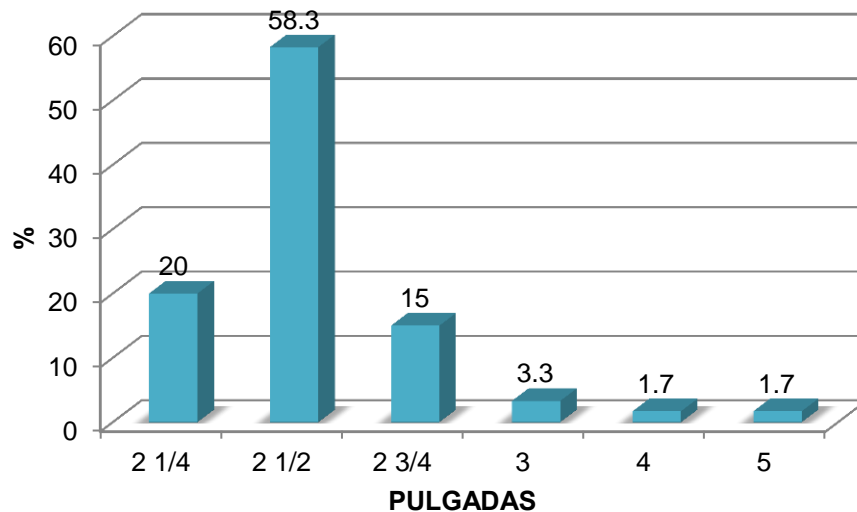


Figura 11. Medida de pesario en pulgadas

En las pacientes de nuestra unidad, la revisión del pesario se realiza cada 2 meses y de acuerdo con los datos recabados para este estudio, se observó que la paciente que mayor tiempo tenía con el pesario era de 5 años, ya que la colocación de dicho dispositivo se realizó el 4 de octubre del 2011.

La revisión del pesario consiste en su extracción, aseo vaginal y genital, y posterior colocación del mismo, valorando previamente alguna eventualidad que pudiera llegar a postergar su colocación.

Los síntomas encontrados posterior a su colocación desde el primer día hasta su última revisión, se reportó que el 86.7% de ellas eran asintomáticas, mientras que en las pacientes que presentaron síntomas, el más frecuente fue la leucorrea en un 8.3%, seguido por dolor y sangrado leve en la revisión posterior en un 3.3% y 1.7% respectivamente. Sólo una paciente reportó obstrucción urinaria aguda posterior a la colocación del pesario, al remitir este síntoma, se colocó nuevamente el pesario sin eventualidades (Figura 12).

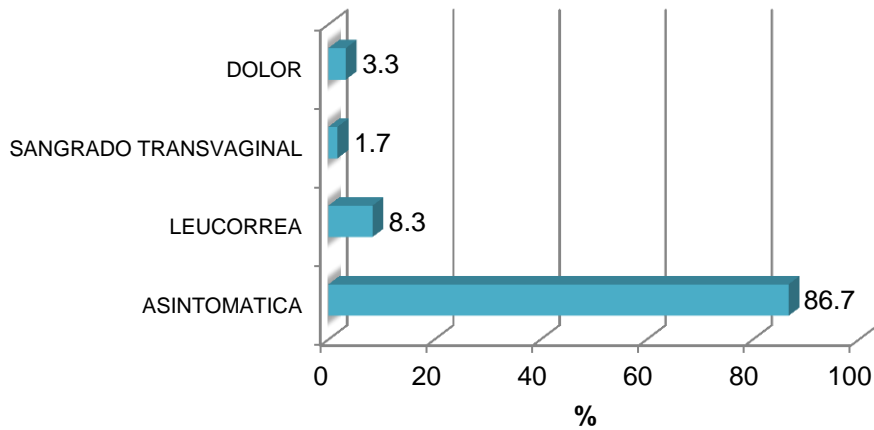


Figura 12. Síntomas posterior a la colocación del pesario.

Como parte rutinaria de la vigilancia del tratamiento conservador con pesario, cada 4 meses se realizan exudados vaginales, además de citología cérvico vaginal antes de la primera colocación. Se reportó que el 85% de las pacientes no presentaron desarrollo bacteriano en sus exudados y cultivos de control, mientras que sólo el 13% de las mujeres con pesario, durante su vigilancia presentaron desarrollo bacteriano, mismo que fue tratado y al obtener un reporte de exudado vaginal negativo, se recolocó el pesario. El 2% de las pacientes no contaban con reporte de exudado vaginal debido a que duraron poco tiempo con el pesario al optar por tratamiento quirúrgico posterior (Figura 13).

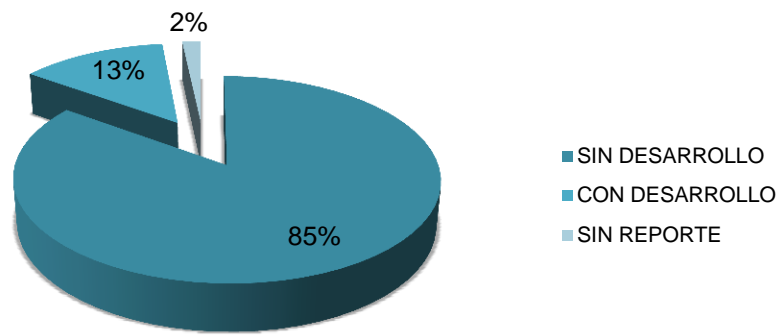


Figura 13. Cultivo de control en las pacientes con pesario

Se observó que en las pacientes con desarrollo bacteriano en los exudados vaginales, las frecuencias de los gérmenes aislados en el exudado vaginal fueron en 50% para *E. coli*, 25% para *Gardnerella vaginalis*, 12.5% para *Enterococcus sp* 12.5% para *Streptococcus B hemolítico*. Dichas cervicovaginitis fueron tratadas de acuerdo a el antibiótico indicado para cada una de ellas, posterior al reporte de dicha infección se omitió la colocación del pesario hasta mostrar un cultivo vaginal sin desarrollo bacteriano y en consecutivo se efectuó la colocación del pesario. (Figura 14).

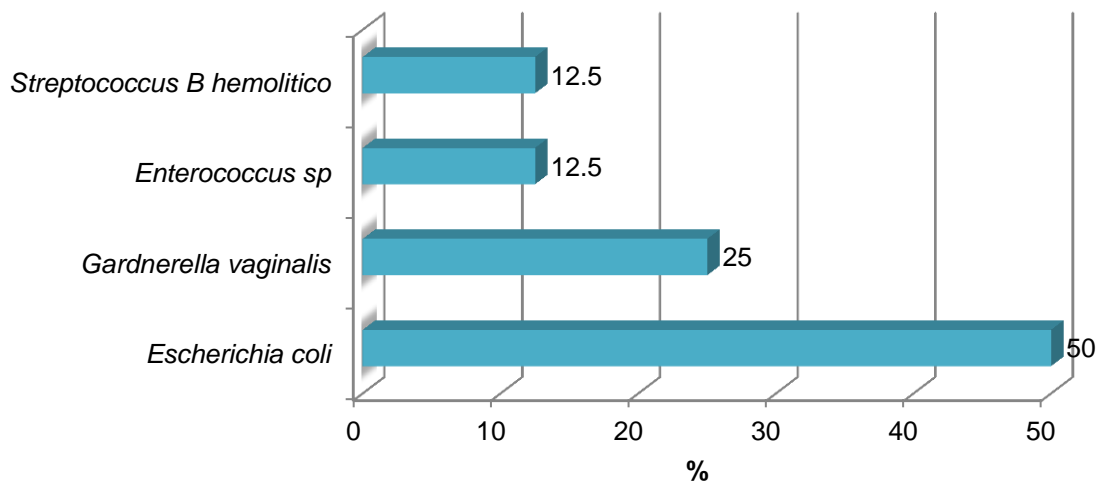


Figura 14. Frecuencia de germen aislado en exudado vaginal de control de pesario

Durante el periodo de estudio las complicaciones asociadas al uso de pesario se reportaron en sólo 7 de las 60 pacientes (12%). La complicación observada fue la presencia de erosión de mucosa vaginal, lo que llevó a efectuar el cambio de pesario en una paciente (1.7%), siendo el motivo de cambio, el tamaño inadecuado del pesario. Posteriormente se colocó nuevamente el pesario para continuar con manejo conservador de prolapso de órganos pélvicos. El 88% de las pacientes no mostró en ningún momento complicaciones bajo este tratamiento. (Figura 15).

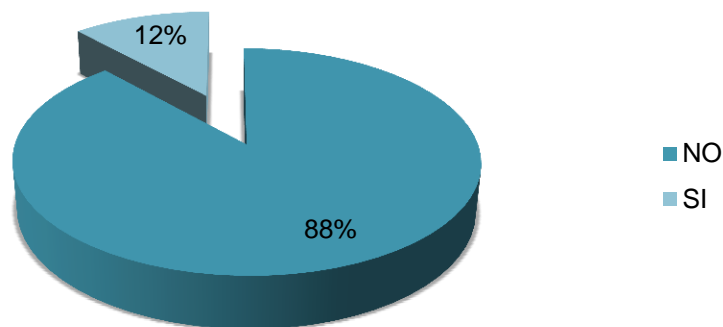


Figura 15. Presencia de complicaciones asociadas al uso de pesario

Las pacientes que se estudiaron presentaron algún grado de atrofia vaginal. Idealmente se deben administrar estrógenos conjugados tópicos por vía vaginal, por lo que en 56 de las pacientes (93%), se administró la terapia antes mencionada; al restante 7% se les indicaron estrógenos conjugados, sin embargo no todas las pacientes los aplican por indicación de otro médico (a pesar de ello se coloca el pesario sin mayor dificultad) (Figura 16).

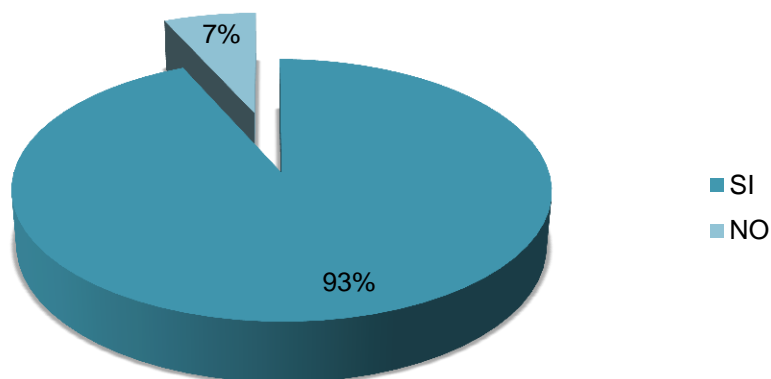


Figura 16. Terapia con estrógenos locales

La asociación de prolapso genital con incontinencia urinaria se encontró en el 27% de las pacientes que muestran prolapso de órganos pélvicos (Figura 17).

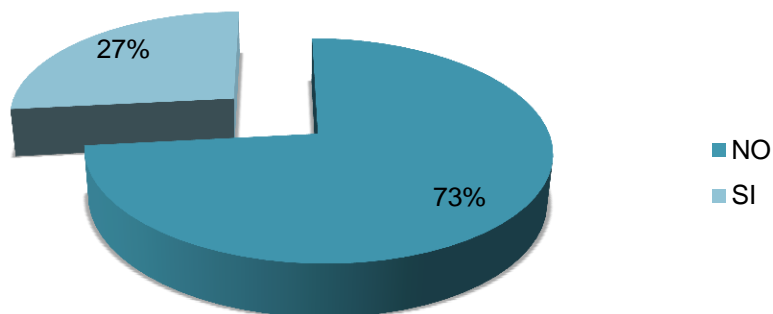


Figura 17. Incontinencia urinaria más prolapso de órganos pélvicos.

La incontinencia urinaria mayormente reportada en las 16 de las 60 pacientes fue la incontinencia urinaria de urgencia, observada en 8 mujeres (50%); se observó incontinencia urinaria de esfuerzo sin afección higiénica ni social en el 25%,

presencia de incontinencia urinaria mixta en el mismo porcentaje del 18.7%; y síndrome de vejiga hiperactiva en un 6.3%. (Figura 18).

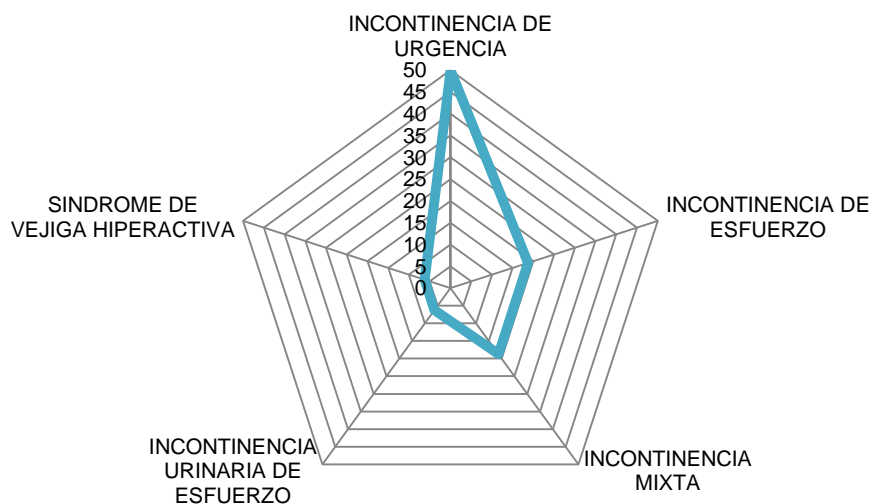


Figura 18. Tipo de incontinencia urinaria con POP.

La indicación para la colocación del pesario se establece de acuerdo a la decisión de la paciente y a la morbilidad que presente. Se encontró abandono de tratamiento conservador en 8 pacientes (12%), siendo la principal razón, la decisión que tomaron las pacientes de someterse a manejo quirúrgico, previa valoración del mayor beneficio que el riesgo presentado (Figura 19).

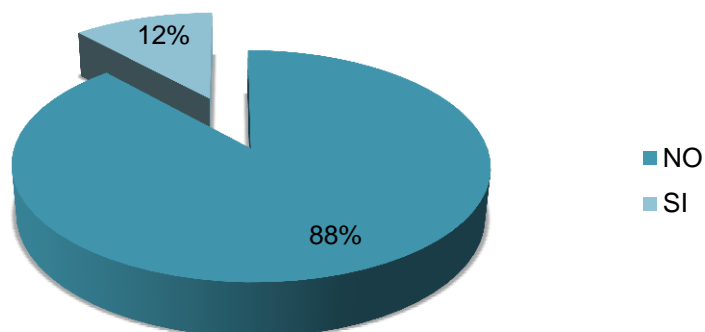


Figura 19. Abandono de tratamiento conservador por tratamiento quirúrgico.

Con respecto a la decisión de abandono de tratamiento conservador la principal justificación se debió al prolapso de órganos pélvicos sumado a una incontinencia urinaria de esfuerzo la cual fue progresiva y que mostró con el paso del tiempo afección higiénica y social. Por lo que se realizaron diferentes técnicas quirúrgicas de acuerdo a la afección individualizada y técnica quirúrgica decidida por cada médico tratante. Se observó que la cirugía con mayor frecuencia realizada en las pacientes que abandonaron el pesario fue la Histerectomía vaginal reconstructiva más colocación de cinta libre de tensión transobturadora en un 37.5% (3 pacientes), seguida por la realización de Histerectomía vaginal reconstructiva en un 25% (2 pacientes); además de colpoplastia anterior, histercolpextomía y operación de Symmonds-Pratt en un 12.5% respectivamente. (Figura 20)

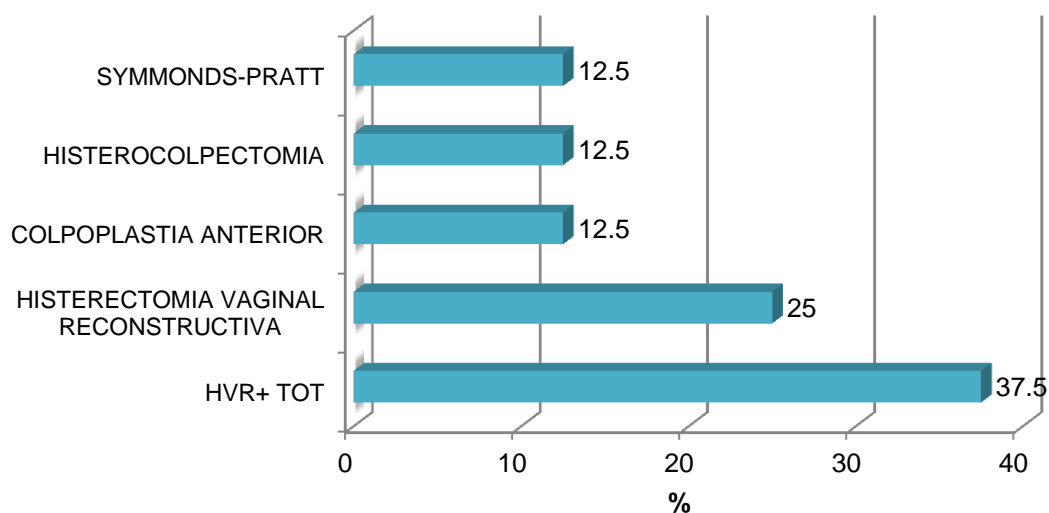


Figura 20. Cirugía realizada en pacientes que abandonaron el tratamiento con pesario.

DISCUSIÓN

En la literatura se reporta por Hendrix y cols. (1) una estadística significativa para el prolapso de órganos pélvicos, siendo el punto álgido de afección, el grupo de pacientes con mayor edad. En nuestra unidad la población con esta afección va en incremento, esta población presenta una morbimortalidad elevada por causas patológicas y degenerativas asociadas a la edad. Tomando en cuenta que la esperanza de vida de las pacientes cada día es mayor, la importancia del diagnóstico y tratamiento de esta patología radica en que día con día se vuelve un problema de salud pública, afectando el estado físico y psicológico de las pacientes con una repercusión importante en la calidad de vida.

En la actualidad no existe literatura nacional que reporte estadísticas para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con pesarios. La edad de presentación de esta patología en nuestro estudio es similar a la reportada en la literatura.

Existe evidencia de la asociación de obesidad con esta enfermedad, situación que fue confirmada en nuestro estudio ya que se observó un porcentaje significativo de pacientes con índice de masa corporal mayor al recomendado por la OMS.

Por otro lado, también la paridad es considerado como uno de los factores predisponentes para el prolapso de órganos pélvicos, hecho que también fue observado en nuestras pacientes, al observar que todas habían presentado al menos un parto en sus antecedentes obstétricos.

El grado de prolapso de órganos pélvicos es directamente proporcional a los síntomas reportados, principalmente la sensación de cuerpo extraño en región vaginal en ocasiones asociado a sintomatología urinaria. En este estudio se observaron prolapsos genitales de la pared anterior, apical y posterior resaltando la importancia de utilizar la nomenclatura mundial propuesta por Richard Bump.

Una vez que fueron colocados los pesarios, el tiempo del uso fue significativo, ya el tiempo de vigilancia reportado pacientes portadoras del pesario fue de por lo menos 3 años.

Wu y cols. (9) sugirieron que el tratamiento quirúrgico no es la única opción de tratamiento para estas pacientes, lo cual es confirmado por nuestro estudio en el cual se confirma la seguridad y eficacia del uso de estos dispositivo que funciona como tratamiento conservador, dada la baja frecuencia de complicaciones y aún cuando estas llegan a presentarse, la rápida solución de las mismas (con el tratamiento adecuado), permite volver a utilizarlos.

Debido al aumento de los costos ante esta enfermedad con el paso del tiempo y el pesario al ser una herramienta terapéutica accesible, puede favorecer su utilización disminuyendo importantemente los riesgos y morbimortalidad asociada al prolapso genital.

Según lo reportado por Wilson y cols (20), los cambios en el estilo de vida pueden llevarse de manera conjunta con el uso del pesario como manejo conservador postergando el tratamiento quirúrgico.

Sería de importancia transcendental en nuestra población, la comparación de manejo quirúrgico con el manejo conservador utilizando pesarios a través de la aplicación de cuestionarios de calidad de vida, para valorar el impacto reportado con respecto al uso de pesarios reportada por Lone y cols. (25).

En nuestra unidad predomina el uso de pesarios tipo Gellhorn ya que tiene el mecanismo de relleno y de soporte lo cual resulta ser más efectivo en nuestras pacientes. La medida que se reportó con mayor frecuencia es el de 2 ½ pulgadas; en la actualidad no existe a nivel mundial alguna fórmula para conocer la medida del pesario que se va a requerir en la paciente, debido a que las medidas de la vagina son específicas e individuales en cada paciente, lo cual sumado a la cavidad virtual de esta estructura anatómica, pudieran dificultar la selección del pesario adecuado. En la actualidad se cuenta con muestrarios de pesarios vaginales los cuales se pueden ir midiendo de acuerdo a la medida requerida.

Las complicaciones asociadas al uso de pesarios reportadas en la literatura son similares a las encontradas en este estudio, principalmente erosión vaginal y cervicovaginitis, las cuales son tratadas y posterior a la remisión de los síntomas o de la complicación, se recoloca el pesario. No se observaron pesarios

encarcelados debido a que la vigilancia bimensual por nuestro servicio es sumamente importante (periodicidad de la vigilancia y cuidados del mismo).

Con el mantenimiento adecuado del pesario, no es necesario realizar adquisiciones de nuevos dispositivos para la misma paciente, actualmente las pacientes portadoras de pesarios en nuestra unidad no han cambiado el pesario original, sólo en una que requirió cambio por medida inadecuada del mismo.

Con respecto a la sintomatología relacionada con el uso del pesario, la leucorrea es uno de los datos clínicos que a los médicos que realizan la revisión les inquieta, sin embargo, en este estudio se demostró que en un porcentaje importante la secreción vaginal es correspondiente al *detritus* saprofito de la paciente, ya que en un lapso de 3 años según los cultivos de control, el porcentaje de desarrollo bacteriano fue relativamente bajo (8.3%), siendo el patógeno más frecuentemente aislado, la *E. coli*.

Según Fernando y cols. (30), la tasa de éxito con el pesario vaginal va del 71 al 90%, similar a la aceptación y éxito que encontramos en nuestro trabajo, en donde el abandono fue de sólo 12%, mismo que se debió principalmente a la concomitancia de incontinencia urinaria de esfuerzo y a la decisión de la paciente por optar por un tratamiento definitivo.

CONCLUSIÓN

- El uso de pesario vaginal como tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos es seguro, mostrando adecuada aceptación de las pacientes para la utilización del mismo.
- No se observaron complicaciones mayores asociadas al uso del pesario.
- Las infecciones vaginales fueron la principal complicación del uso de este dispositivo la cual responde adecuadamente al manejo médico y posterior a la remisión del cuadro de cervicovaginitis no existe contraindicación para la recolocación del pesario.
- Una de las causas del abandono al tratamiento conservador con el pesario es la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo concomitante.
- El pesario vaginal es una herramienta efectiva para el tratamiento a largo plazo del prolapso de órganos pélvicos.
- Este estudio da pauta para la realización de una fórmula para determinar el tamaño de pesario utilizado para las pacientes, la cual sea reproducible para todos los médicos que evalúen este problema de salud.
- Se sugiere la evaluación de la calidad de vida en pacientes con uso de pesario en comparación con pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico como tratamiento del prolapso de órganos pélvicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hendrix S, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the women's health initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1160-1166.
2. Klovning A, Avery K, Sandvik H, et al. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF Vs. the Incontinence Severity Index. *Neurourol Urodyn* 2009;28:411–415.
3. Haylen B, de Ridder D, Freeman RM, et al. International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol* 2010;21:5–26.
4. Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey. Tratamiento del prolapso Genital. Criterio y experiencia regional. *Ginecol Obstet* 2005;73:566-569.
5. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007;369:1027-1038.
6. Wu J, Kawasaki A, Hundley AF, et al. Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:230.e1-5.
7. Martínez-Sagarra OJM, Rodríguez-Toves LA. ¿Por qué una unidad del suelo pélvico? *Arch Esp Urol* 2010;63:752-754.
8. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24:1783–1790.
9. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in US women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol* 2010;114:1278–1283.
10. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Women's Health Initiative. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol* 2004;104:489-497.

11. Mant J, Pintor R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:579-585.
12. De Caro R, Aragona F, Herms A, Morphometric analysis of the fibroadipose tissue of the female pelvis. *J Urol* 1998;160:707-713.
13. Luber K, Boero S, Choe J. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2010;184:1496–1501.
14. Morkved S, Bo K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence. *Br J Sports Med* 2014;38:299-310.
15. Olsen M. Epidemiología del prolapso de órganos pélvicos logrado quirúrgicamente y la incontinencia urinaria, *Obstet Gynaecol* 1997;89:501-506.
16. Handa J, Garrett E, Hendrix S. Progression and remission of pelvic organ prolapse: A longitudinal study of menopausal women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;190:27-32.
17. Samuelsson E, Arne V, Göstta T, Kurt F. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *YMOB* 1999;180:299-305.
18. Bump R, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:10-17.
19. Cohen D. Female Pelvic Organ Prolapse: What you should know [Rev. Med. Clínica. Condes 2013;24:202- 209.
20. Wilson M. Tratamiento conservador de prolapso genital en el Adulto; Tercera Consulta internacional sobre la incontinencia (primera ed.), La publicación de la Salud, París (2005).
21. Keisha A. Pessary Use for the Obstetrician Gynecologist. *Urogynecology* 2011;36:22.

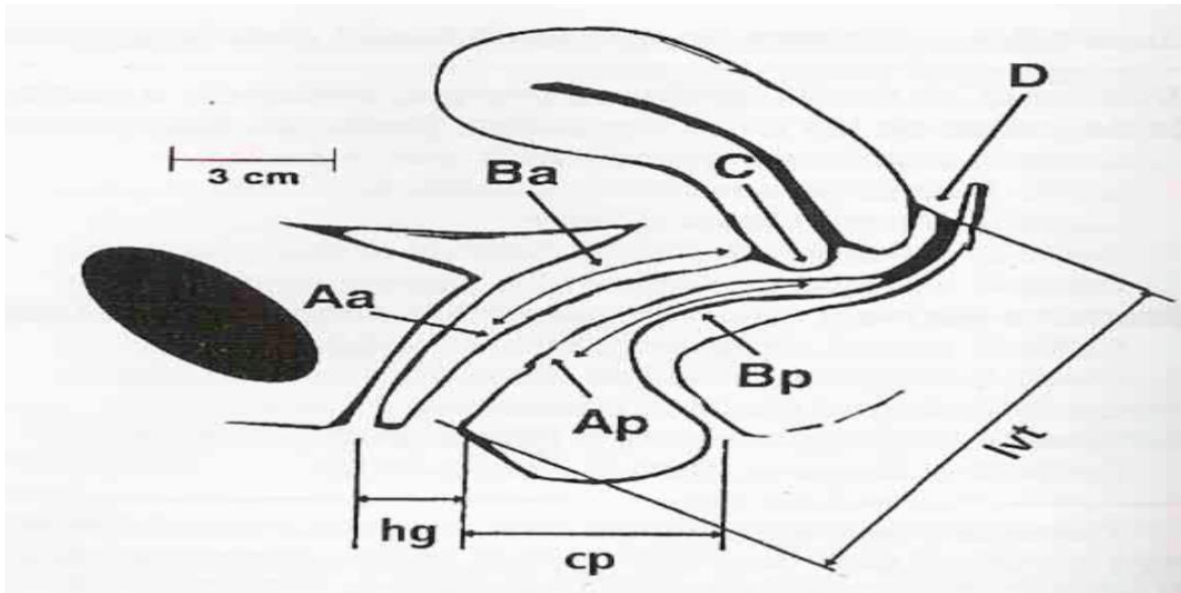
22. Alexandriah N, Alas J, Anger T. Management of Apical Pelvic Organ Prolapse. *Curr Urol Rep* 2015;16:33.
23. Cundiff G. Una Encuesta del Uso del pesario por Miembros de la Sociedad Americana de Uroginecología. *Obstet Gynecol* 2000;95:931-935.
24. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:277–285.
25. Lone F, Thakar R, Sultan AH. One-year prospective comparison of vaginal pessaries and surgery for pelvic organ prolapse using the validated ICIQ-VS and ICIQ-UI (SF) questionnaires, IUGA 2014.
26. Trowbridge E, Fenner DE. Practicalities and pitfalls of pessaries in older women. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50:709–79.
27. Liapis A, Bakas P, Georgantopoulou C. The use of the pessary test in preoperative assessment of women with severe genital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;155:110–113.
28. Lazarou G, Scotti RJ, Mikhail MS. Pessary reduction and postoperative cure of retention in women with anterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15:175–178.
29. Liang C, Chang YL, Chang SD. Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse. *Obstet Gynecol* 2004;104:795–800.
30. Fernando R, Thakar R, Sultan AH. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2006;108:93–99.
31. Cundiff G, Amundsen CL, Bent AE, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:405–408.
32. Magali R. Technical Update on Pessary Use. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(Suppl):S1–S11.
33. Hanson L, Shulz JA, Flood CG, et al. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics

and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:155–159.

34. Bai S, Yoon BS, Kwon JY, et al. Survey of the characteristics and satisfaction degree of the patients using a pessary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:182–186.
35. Arias B, Ridgeway B, Barber M. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1173–1178.

MORBILIDAD DE LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL EN TRATAMIENTO CON PESARIO

Anexo 1. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento (Prolapso de órganos pélvicos HGM).



http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/guias_gineco/19_prolaps_organos_pelvicos.pdf

MORBILIDAD DE LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL EN TRATAMIENTO CON PESARIO

Anexo 2. Hoja de recolección de datos.

Hoja de Captación de datos.

Nombre: _____ Afiliación _____ Edad _____

Teléfono del paciente (domicilio) _____

G__ P__ C__ A__

Menopausia: _____ Uso de Terapia hormonal de reemplazo: Si__ No__

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Fecha de colocación del pesario: _____

Tiempo de uso del pesario: _____

BUMP

Aa	Ba	C
HV	CP	LVT
Ap	Bp	D

GRADO DE PROLAPSO

I _____ II _____ III _____ IV _____

Aa _____ Ba _____ C _____ Ap _____ Bp _____ D _____

Tipo de pesario _____ Tamaño de pesario _____ pulgadas

Satisfacción con el uso del pesario: SI ____ NO ____

Incontinencia urinaria: SI ____ NO ____ Tipo: _____

1.- Sensación de incomodidad a la colocación del pesario SI ____ NO ____

Complicaciones:

COMPLICACIÓN	MESES DE USO	EPISODIOS	
Infección vaginal			GÉRMEN:
Erosión			
Obstrucción Urinaria			
Obstrucción fecal			
Fistulas			LOCALIZACION:
Encarcelamiento			

Aparición de incontinencia oculta: SI ____ NO ____

Sintomatología de incontinencia urinaria de urgencia: Disminuyó ____ Se mantuvo igual ____ Empeoró ____

Abandono de tratamiento: SI ____ NO ____ Causa: _____



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante
COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **31/05/2016**

DRA. EDNA CORTÉS FUENTES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

MORBILIDAD DE LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL EN TRATAMIENTO CON PESARIO

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3606-5

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606