



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3**

**CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR
DEL PROLAPSO GENITAL CON PESARIO Y
EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN EL CMN LA RAZA**

Registro: R-2018-3504-037

TESIS

Para obtener el grado de

MÉDICO SUB ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA

Presenta

DRA. AURORA GARZÓN GARCÍA

Asesor de tesis:

Dra. Jazmín Melgoza Arcos

Ciudad de México.

Noviembre del 2018



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.

INVESTIGADOR ASOCIADO IMSS

Dra. Aurora Garzón García

Residente del 2do año de la subespecialidad de Urología Ginecológica avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Sede: Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México.

Matrícula IMSS: 98366191

Domicilio: Calzada Vallejo, esquina Antonio Valeriano S/N, Col. La Raza. Delegación Azcapotzalco. Ciudad de México. Código postal 02990

Correo electrónico: aurora12_87@hotmail.com

INVESTIGADOR TITULAR

Dra. Jazmín Melgoza Arcos

Médico Gineco-Obstetra subespecialista en Urología Ginecológica

Investigador asociado “B” del Sistema de investigadores del IMSS.

Servicio de Urología Ginecológica UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CMN “La Raza”, IMSS.

Matrícula IMSS: 98360777

Domicilio: Calzada Vallejo, esquina Antonio Valeriano S/N, Col. La Raza. Delegación Azcapotzalco. Ciudad de México. Código postal 02990

Correo electrónico: jazarc@hotmail.com

LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Instituto Mexicano del Seguro Social

Servicio de Urología Ginecológica de la Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa De Los Reyes Sánchez” Centro Médico Nacional La Raza

Domicilio: Calzada Vallejo, esquina Antonio Valeriano S/N, Col. La Raza. Delegación Azcapotzalco. Ciudad de México. CP 02990.

Teléfono: 55-57-82-10-88



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3504** con número de registro **17 CI 09 002 136** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA .

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

FECHA **Martes, 17 de julio de 2018.**

DR. JAZMIN MELGOZA ARCOS
P R E S E N T E

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

CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL CON PESARIO Y EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN EL CMN LA RAZA

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de 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:

No. de Registro
R-2018-3504-037

ATENTAMENTE

ROSA MARÍA ARCE HERRERA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3504

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Director de Educación e Investigación en Salud
UMAE HGO No. 3 CMN “La Raza” IMSS

Dra. Verónica Quintana Romero
Jefe de División de Educación en Salud
UMAE HGO No. 3 CMN “La Raza” IMSS

Dr. Juan Antonio García Bello
Jefe de División de Investigación en Salud
UMAE HGO No. 3 CMN “La Raza” IMSS

Dra. Jazmín Melgoza Arcos
Investigador responsable y asesor de tesis
UMAE HGO No. 3 CMN “La Raza” IMSS

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
OBJETIVOS	26
HIPÓTESIS	27
MATERIAL Y MÉTODOS	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN	28
VARIABLES	29
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	33
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	34
PROCESAMIENTO DE DATOS	34
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS	35
ASPECTOS ÉTICOS	36
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	51

RESUMEN

CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL CON PESARIO Y EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN EL CMN LA RAZA

Antecedentes: El prolapso de órganos pélvicos tiene una prevalencia de 25 a 65 por ciento y se asocia a disfunción urinaria, defecatoria, sexual y dolor pélvico crónico. Los pesarios son dispositivos mecánicos de soporte intravaginal que proporcionan alivio inmediato y son apropiados para uso temporal o a largo plazo. Son de diferentes formas y tamaños y están hechos de silicona; material no alergénico, no tóxico, durable, blando, plegable, lavable en autoclave y no retiene olores ni secreciones. Antes de insertarlos, se debe evaluar el prolapso y cuantificar su grado con el sistema de POP-Q. Se ha descrito un éxito hasta del 73% en su uso y las complicaciones son raras. Después de su uso se ha observado resolución de: síntomas del prolapso (cuerpo extraño- presión), síntomas urinarios (incontinencia y dificultad miccional), síntomas intestinales (incontinencia o urgencia fecal, síntomas obstructivos) y mayor frecuencia y satisfacción sexual.

Objetivo: Describir los criterios para el tratamiento conservador del prolapso genital con pesario y conocer la experiencia institucional del tratamiento conservador del prolapso genital con pesario. en el CMN La Raza en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo mediante una serie de casos. Se estudiaron pacientes con prolapso de órganos pélvicos de cualquier grado tratadas con pesario independientemente del tipo empleado, que fueron manejadas en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS en la ciudad de México en el servicio de Urología Ginecológica en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017. A las que se les midió edad, presencia de comorbilidades, grado de prolapso según clasificación de POP-Q mencionada (1-4), tipo de compartimiento afectado (anterior, posterior o apical), indicación para el manejo con pesario, tipo de pesario utilizado, si ameritó cambio del tipo de pesario y cuál fue la segunda opción, tiempo de utilización del pesario (meses), si contaban con citología cervical en el momento de la colocación, el grado de atrofia urogenital (leve, moderada o severa), tiempo de preparación estrogénica

(semanas), presencia de complicaciones, si presentó expulsión o pérdida del pesario y si hubo egreso del servicio por mejoría.

Análisis estadístico: estadística descriptiva con medidas de tendencia central y frecuencia (media, mediana, moda, desviación estándar)

Resultados: 93.36% (53 casos) fueron portadoras de al menos una comorbilidad. Los grados de prolapso más frecuentes dentro de la muestra, fueron el IV C y III C con 25.4% y 23.6% respectivamente; y el compartimiento apical fue el más afectado en el 65.4% de los casos. El pesario tipo dona fue el más utilizado en el 32.7% de las pacientes.

La indicación médica para el uso de pesario correspondió al 78.18% de las pacientes (43 casos). Según el tiempo de uso del pesario en meses el promedio fue de 4.6 ± 2.7 (rango 2 a 17 meses). Se promediaron 0.7 expulsiones del pesario (rango 0 a 4 expulsiones); el 38.18% (21 casos) presentó expulsión del mismo en alguna ocasión.

Las complicaciones se presentaron en 41.82% (23 casos) de las pacientes. Se presentó un promedio de infecciones de 0.9 (rango de 0 a 4).

Todas las pacientes presentaban atrofia urogenital. Con respecto al tiempo en semanas de preparación estrogénica se obtuvo una media de 6.6 ± 4.7 (rango 0 a 28 semanas).

La proporción de mejoría por tratamiento con pesario entre las mujeres de la muestra se presentó en el 61.82% (34 casos).

Conclusiones: La utilización de pesarios como alternativa terapéutica en pacientes sin deseo o contraindicación quirúrgica constituye un pilar fundamental para la mejoría sintomática que provoca el prolapso de órganos pélvicos.

En nuestro estudio se observó un porcentaje de 61.82% de mejoría con egreso del servicio, la cual se observa alrededor de 2 a 4 meses del uso del pesario con una media de 4.6 ± 2.7 meses.

Palabras clave: Pesarios, atrofia urogenital, prolapso de órganos pélvicos, disfunción del piso pélvico.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) o prolapso genital se define según la Sociedad Internacional de Continencia y la Asociación Internacional de Uroginecología como el descenso uno o más de los siguientes elementos anatómicos: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero (cérvix) o ápice vaginal (cúpula vaginal o cicatriz del manguito después de la histerectomía); este descenso ocurriría a nivel del himen o más allá.¹ El descenso puede ser de la pared vaginal anterior (cistocele, uretrocele), del ápice vaginal (prolapso uterino o de la cúpula vaginal), de la pared vaginal posterior (rectocele, perineocele) o de todos los anteriores.²

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una condición común, tiene una prevalencia de 25 a 65 por ciento^{3,4} y se espera que su prevalencia aumente casi un 50% para el 2050.⁵

La reparación quirúrgica es una opción de tratamiento; en EUA aproximadamente 200.000 mujeres al año se someten a cirugía para POP a los 80 años de edad.⁶ Sin embargo algunas mujeres no son candidatas a manejo quirúrgico o prefieren evitarlo, existiendo así el manejo conservador con pesario.

El POP constituye una parte importante de la disfunción del suelo pélvico ya que puede asociarse a diversos procesos como: disfunción urinaria, disfunción defecatoria y disfunción sexual, así como dolor pélvico crónico. Se menciona que hasta el 11,8% de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida y supone hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno.¹

Las etapas o grados se asignan de acuerdo a la porción más severa de prolapso tomando puntos anatómicos de referencia en relación al himen. La posición anatómica de los seis puntos para la medición debe ser en centímetros por encima o proximal al himen (número negativo) o por debajo o distal al himen (número positivo), siendo el plano del himen definido como cero. Se localizan dos puntos en la pared vaginal anterior, dos en la vagina superior y dos en la pared vaginal posterior. Los cinco estadios de prolapso son los siguientes.² **(ver anexo 2)**

0	Sin prolapso
1	La porción más distal del prolapso es < -1 cm (por encima del nivel del himen)
2	La porción más distal del prolapso es >-1 cm pero <+1 cm (<1cm por encima o por debajo del himen)
3	La porción más distal del prolapso es > +1cm pero < (tvI -2)cm (más allá del himen; no sobresale mas de 2 cm menos que la longitud vaginal total)
4	Prolapso completo; la porción más distal del prolapso es > (tvI-2)cm

El uso de dispositivos vaginales para la reducción del prolapso está documentado ya en la primera civilización egipcia. Durante siglos se han usado varios tipos de pesarios para reducir el prolapso de órganos pélvicos. Han sido usados desde comienzos de la historia, siendo ya descritos por Hipócrates en el año 400 a.C. quien colocó granadas para reducir el útero prolapsado y posteriormente por médicos quienes usaron lana, esponjas, corcho y oro; hasta constituir en el siglo XIX la principal modalidad de tratamiento de los trastornos del piso pélvico.⁷

Existen numerosas cirugías para el prolapso que incluyen abordajes vaginales y abdominales con y sin materiales de injerto. El pronóstico quirúrgico depende de la gravedad de los síntomas, la extensión del prolapso, la experiencia del médico y las expectativas del paciente. La cirugía se ha asociado tradicionalmente con una tasa de recurrencia/reintervención de hasta el 30 por ciento después de una cirugía inicial y algunos informan una nueva operación en más del 50 por ciento de los pacientes que se sometieron al menos a dos procedimientos quirúrgicos previos para prolapso.⁷ Las mujeres jóvenes tienen un mayor riesgo de recurrencia del prolapso pero un menor riesgo general de complicaciones de la cirugía en comparación con mujeres mayores a 65 años de edad en las que se ha visto hasta 26 por ciento de complicaciones perioperatorias como hemorragia, edema pulmonar e insuficiencia cardíaca congestiva; sin embargo la tasa de morbilidad perioperatoria general es baja. Los factores de riesgo independientes que son predictivos de una complicación son la duración de la cirugía, la enfermedad arterial coronaria y la enfermedad vascular periférica.⁸

Los procedimientos quirúrgicos pueden ser reconstructivos u obliterantes, los primeros pueden ser por vía vaginal o abdominal mientras que los segundos son por abordaje vaginal; los procedimientos obliterantes (colpocleisis o colpectomía) tienen un riesgo

extremadamente bajo de recurrencia del prolapso, la colpectomía se ha reportado con una tasa de éxito de 90 a 100 por ciento. Los tratamientos reconstructivos pueden ser para el prolapso apical, de pared vaginal anterior o de pared vaginal posterior. La tasa de éxito con la colporrafia anterior para prolapso anterior es de 66 por ciento y del 10 al 30 por ciento de las mujeres tendrán prolapso recurrente. La tasa de éxito de la colporrafia posterior va del 80 al 90 por ciento y la tasa de recurrencia es menor al 20 por ciento. La histerectomía vaginal tiene una incidencia de reintervención dentro de los 10 años después de la cirugía del 7.4 por ciento si no se realizan reparaciones concomitantes del piso pélvico y cuando se asocia a estas reparaciones la incidencia es solo del 2 por ciento. La sacrocolpopexia como tratamiento del prolapso apical conlleva una tasa de curación mayor al 90 por ciento y se reporta una tasa de recidiva del prolapso del 7 por ciento; la suspensión al ligamento sacroespinoso también como manejo del prolapso apical se reporta con una tasa de curación variable del 60 al 97 por ciento.^{9,29}

Los pesarios son dispositivos mecánicos de soporte intravaginal que representan una alternativa viable a las intervenciones quirúrgicas. Pueden proporcionar alivio inmediato de los síntomas del prolapso, y ser apropiados ya sea para uso temporal o a largo plazo ya que, con una adecuada selección de la paciente, los pesarios son bien tolerados.⁸

Los pesarios vienen en diferentes formas y tamaños. La mayoría están hechos de silicona, que es un material no alergénico, no tóxico, durable, blando, plegable, lavable en autoclave y que no retiene los olores ni secreciones. Los pesarios más antiguos y obsoletos están fabricados de goma o látex y no deben usarse.^{9,15}

Se puede ofrecer una prueba de pesario a todas las mujeres con POP. Pacientes quienes se rehúsan a una prueba con pesario generalmente son nulíparas, más jóvenes, tienen un menor grado de prolapso o bien tienen prolapso severo asociado a incontinencia urinaria.¹⁰ Por el contrario pacientes que típicamente escogerán ser usuarias de pesarios a largo plazo son aquellas que tienen 65 o más años de edad, con riesgos quirúrgicos significativos o ambas.¹¹

Se ha descrito un éxito hasta del 73% en pacientes con prolapso de órganos pélvicos sintomático tratadas con pesario. El uso del pesario en mujeres con longitud cervical corta ha sido propuesto como un método efectivo, barato y fácil de implementar para prolongar el embarazo; sin embargo su eficacia no es comprobada por la literatura y sólo algunos estudios han reportado una disminución en el parto espontáneo con el uso del pesario en

embarazos menores a 34 semanas de gestación con un porcentaje de éxito de solo 6 por ciento, por lo cual no se considera una intervención efectiva y las pruebas no respaldan su uso para prolongar la gestación o mejorar resultados neonatales.^{12,30}

Los escenarios clínicos donde se debe considerar su uso incluyen: edad reproductiva, preferencia del paciente por el tratamiento conservador, presencia de comorbilidades médicas graves que hacen a la paciente no candidata a cirugía: mayores de 85 años existe un riesgo estadísticamente significativo aumentado de mortalidad perioperatoria ya que hay predisposición a mayores cambios hemodinámicos intraoperatorios al igual que en pacientes con hipertensión arterial, portadoras de síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño se asocian con hipoxemia, arritmias cardíacas, daño isquémico miocárdico y muerte súbita que están presentes en el 2 por ciento de mujeres sometidas a algún procedimiento quirúrgico, pacientes consideradas de alto riesgo quirúrgico son las portadoras de síndromes coronarios inestables (infarto al miocardio 6 meses previos al evento quirúrgico, angina inestable o severa), insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, arritmias significativas y enfermedad valvular severa; pacientes con hepatopatías ya que se asocian con coagulopatía, desnutrición, ascitis, alteraciones hidroelectrolíticas, disfunción renal y encefalopatía; factores de riesgo relacionados con el sistema endócrino incluyen hipo o hipertiroidismo, diabetes descontrolada, feocromocitoma e insuficiencia suprarrenal, pacientes con insuficiencia renal en estadio avanzado con niveles de potasio sérico superiores a 6mmol/L y/o sobrecarga de volumen tienen una elevada mortalidad quirúrgica. Otras indicaciones para el uso de pesarios son el acceso quirúrgico deficiente a la vagina, la necesidad de retrasar la cirugía durante varias semanas o meses, POP recurrente, ulceraciones vaginales causadas por un POP severo (la reducción del POP y la crema vaginal de estrógeno promueven la cicatrización de las úlceras dentro de tres a seis semanas) antes de la reparación quirúrgica, embarazo actual (manejo de POP e incompetencia cervical) y deseo de embarazo a futuro.^{13,14,31}

Las contraindicaciones para el uso de pesarios incluyen: presencia de erosiones o úlceras cervicales o vaginales, atrofia tisular severa, infección local activa como vaginitis o enfermedad inflamatoria pélvica, presencia de cuerpo extraño expuesto tal como la malla vaginal, sensibilidad al látex o silicona, incumplimiento de la paciente con respecto al seguimiento ya que la erosión no detectada y no tratada podría tener el riesgo de desarrollar una fístula, mujeres sexualmente activas que no pueden remover y reinsertar

el pesario regularmente, presencia de sangrado uterino sin protocolo de estudio, cáncer vaginal o cervical. La cirugía de prolapso previa, histerectomía previa, el prolapso recurrente y la longitud vaginal menor a 6cm pueden influir en el fracaso del pesario. La relación entre el uso de pesario a largo plazo y el cáncer vaginal se reportó por primera vez en 1923 y la irritación crónica de la pared vaginal se reconoció como causante de la enfermedad. Actualmente se ha sugerido que la irritación o inflamación crónica de la vagina por el uso prolongado del pesario, asociado a infecciones virales predispone y contribuye al desarrollo de cáncer vaginal y de cuello uterino. Se ha reportado que en el 10 al 19 por ciento de las pacientes con cáncer vaginal éste se asoció con el uso del pesario y el intervalo medio entre la inserción del pesario y el diagnóstico de cáncer fue de 18 años. Otros mecanismos propuestos incluyen la generación de metaplasia y el subsecuente cambio displásico de la mucosa escamosa.^{11, 13,14,32}

Como ya se mencionó anteriormente tanto en indicaciones como en contraindicaciones se describe al estado estrogénico como fundamental para la colocación de un pesario.

La estimulación estrogénica es responsable de mantener el epitelio vaginal bien epitelizado durante los años reproductivos. El estrógeno actúa sobre sus receptores en vagina, vulva, uretra y el trigono de la vejiga para: mantener el contenido de colágeno del epitelio produciendo engrosamiento y elasticidad, mantener mucopolisacáridos y ácido hialurónico lo cual mantiene húmedas las superficies epiteliales y disminuye la sequedad vaginal, restaurar el pH ácido y microflora vaginal normal y mantener un flujo sanguíneo genital óptimo.¹⁵

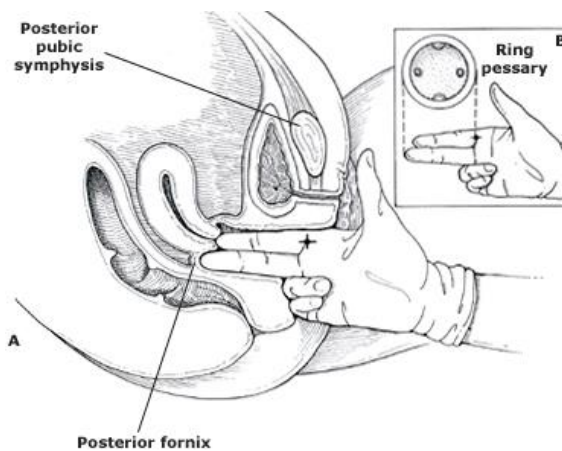
La atrofia vaginal (también llamada atrofia vulvovaginal, urogenital o vaginitis atrófica) se caracteriza por sequedad, inflamación y adelgazamiento del epitelio vaginal y del tracto urinario inferior debido a la pérdida de estrógeno; ocurre principalmente en mujeres en periodo peri o postmenopáusico. La terapia con estrógenos es el tratamiento más efectivo para los síntomas moderados a severos de atrofia vaginal y es beneficiosa para prevenir las abrasiones vaginales en pacientes que serán manejadas con pesarios.¹⁶

Se prefiere la terapia con estrógenos vaginales a dosis bajas (<0.5 g estrógenos conjugados crema) en lugar de la administración sistémica por presentar mayor eficacia y menor riesgo de efectos sistémicos. Los estrógenos conjugados (Premarin, 0.625 mg de estrógenos conjugados / 1 g de crema) cuyas dosis varían de 0.5 a 2.0 g de crema; esto

equivale a 0.3 a 1.25 mg de estrógenos conjugados. En una revisión reciente publicada en la Cochrane se concluye que la administración de estrógenos por vía vaginal aumenta la concentración vaginal de lactobacilos, disminuye el pH vaginal y reduce las infecciones urinarias recurrentes con un nivel de evidencia 1aA y se consideran de primera elección cuando existe atrofia vaginal asociada y siempre ha de considerarse en toda paciente posmenopáusica (nivel de evidencia IV) y como terapia efectiva para el manejo de la atrofia vaginal se considera como un grado de recomendación IA.^{17,18,33,34} Un estudio informó que las mujeres que usaron estrógeno tuvieron más probabilidades de continuar con el uso de pesarios.¹⁹

La presencia de complicaciones por el uso de pesarios son raras; sin embargo pueden llegar a presentar fistulas vesicovaginales y rectovaginales, encarcelación del pesario por uso prolongado sin extracción, atrapamiento de intestino delgado, estreñimiento, hidronefrosis bilateral y sepsis de origen urológico.¹⁴ Otras complicaciones más frecuentes son infecciones del tracto urinario en el 13% y vaginosis bacteriana en el 32%, irritación, erosión en el 10%, úlcera vaginal y además con la reducción de un prolapso puede surgir *de novo* o aumentar una incontinencia de esfuerzo. La descarga vaginal es muy común en las usuarias de pesario y se ha atribuido típicamente a un cambio en la flora bacteriana que resulta del aumento del pH vaginal en la menopausia aunque el pesario por sí mismo podría incitar una respuesta inflamatoria y se ha descrito una prevalencia de dicha descarga del 30%.^{10, 12, 18}

Antes de insertar un pesario, se debe evaluar el prolapso para cuantificar el grado del mismo utilizando el sistema de POP-Q (**Ver anexo 2**); así mismo se debe examinar a la paciente para descartar atrofia, infección y ulceración de la vagina. El examen pélvico debe incluir la cuantificación del prolapso y la evaluación del ancho y la profundidad de la vagina para estimar el tamaño y el tipo de pesario que se utilizará. Se debe hacer un primer cálculo del tamaño del pesario que se necesitará con los dedos para determinar el ancho y largo aproximados de la vagina (desde el fórnix posterior hasta debajo de la sínfisis púbica). En general debe colocarse el pesario más grande que la paciente pueda tolerar con comodidad. Los objetivos del ajuste del pesario son la corrección adecuada del prolapso y el tamaño adecuado del pesario para evitar complicaciones.^{12, 13}



https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/image?imageKey=OBGYN%2F74477&topicKey=OBGYN%2F8081&rank=1~40&source=see_link&search=pessary

El tamaño del introito vaginal, la longitud vaginal y la etapa del prolapso se usan para guiar la selección del tipo y tamaño del pesario. Debido a que el ajuste del pesario es un proceso de prueba y error, un clínico debe tener un amplio inventario de pesarios de diferentes tamaños para lograr el apropiado. Después de insertar el pesario, se pide a la mujer que se esfuerce y tosa repetidamente, que camine y que intente miccionar o evacuar. Un pesario adecuado es cómodo, no causa molestias al paciente, permanece en su lugar con la deambulación y permite la micción y evacuación normales.¹⁴

Los pesarios ofrecen sostén a los órganos pélvicos al crear una obstrucción funcional en el interior de la vagina y se pueden clasificar esencialmente en 2 categorías: de soporte o sostén y de relleno. El pesario de soporte se usa para tratar todas las etapas de POP, mientras que el pesario de relleno se utiliza principalmente para el POP severo. Los de relleno son esencialmente tridimensionales y difieren de los de soporte en que tienen una base grande que soporta la cúpula vaginal o el cuello uterino. Los pesarios de relleno y de mayor tamaño son a menudo necesarios para el prolapso severo (estadio III o IV), especialmente después del prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya que la capacidad vaginal puede aumentar significativamente como resultado de la atrofia del elevador y un introito vaginal agrandado puede permitir que un pesario de soporte gire y sea expulsado. Ambos tipos se mantienen en posición proximal al útero (o al ápice vaginal después de la histerectomía), lateralmente por los músculos elevadores y distalmente por el hueso púbico y el introito vaginal.^{14,18}

Se han descrito más de 100 tipos diferentes de pesarios, con utilización de numerosos materiales.¹⁸

Hay estudios que han reportado que el pesario de Ring o Anillo es el más comúnmente utilizado. Un estudio observacional prospectivo reportó que la mayoría de las mujeres con prolapso en estadio II y III fueron tratadas con éxito con pesarios tipo Ring, mientras que mujeres en estadio IV de prolapso generalmente necesitaron un pesario tipo Gellhorn. La mayoría de las mujeres con prolapso pueden tratarse con tamaños de Anillo 3,4 y 5 y tamaños de Gellhorn de 2.5, 2.75 y 3 pulgadas.^{12,20}

En casos inusuales de prolapso, se puede usar un doble pesario ya que la reducción de un prolapso puede no ser posible si la vagina no puede retener un solo pesario. Se ha descrito la utilización de un pesario tipo Dona y simultáneamente un segundo pesario tipo Gellhorn; no se encontraron complicaciones y se experimentó alivio sintomático.²¹

Con respecto a los defectos de soporte específicos se ha descrito el uso de pesarios en 89% para defectos anteriores, 60% para defectos posteriores, 74% para defectos apicales y 76 % para prolapso completo (grado IV). Los pesarios de soporte son más comunes para defectos anteriores y apicales, mientras que los de relleno son más comunes para defectos posteriores y prolapsos completos (grado IV). Sin embargo, otros autores mencionan que el compartimiento afectado no influye en el éxito del pesario por lo que no debe tenerse en cuenta.^{13, 22}

En el CMN La Raza en el servicio de urología ginecológica se cuenta con el kit de medición de pesarios Milex mediante el cual se realizan las pruebas para obtener el pesario adecuado. Este kit cuenta fundamentalmente con 5 tipos de pesarios los cuales son: 1. Dona, 2. Ring con membrana, 3. Cubo no fenestrado, 4. Plato de incontinencia con soporte y 5. Gellhorn; se cuenta con 4 tamaños diferentes por cada modelo a excepción del tipo Ring con membrana del cual se tienen 6 tamaños diferentes. Los pesarios de Ring con membrana y Ring con soporte incontinencia son considerados de soporte; mientras que los pesarios Dona, Cubo no fenestrado y Gellhorn son de relleno. Cada tipo de pesario tiene los tamaños recomendados más habituales ya que son adecuados para aproximadamente el 85% de las pacientes, para esto se tienen gráficos específicos de tamaño de los pesarios **(Ver anexo 3)**.²⁵



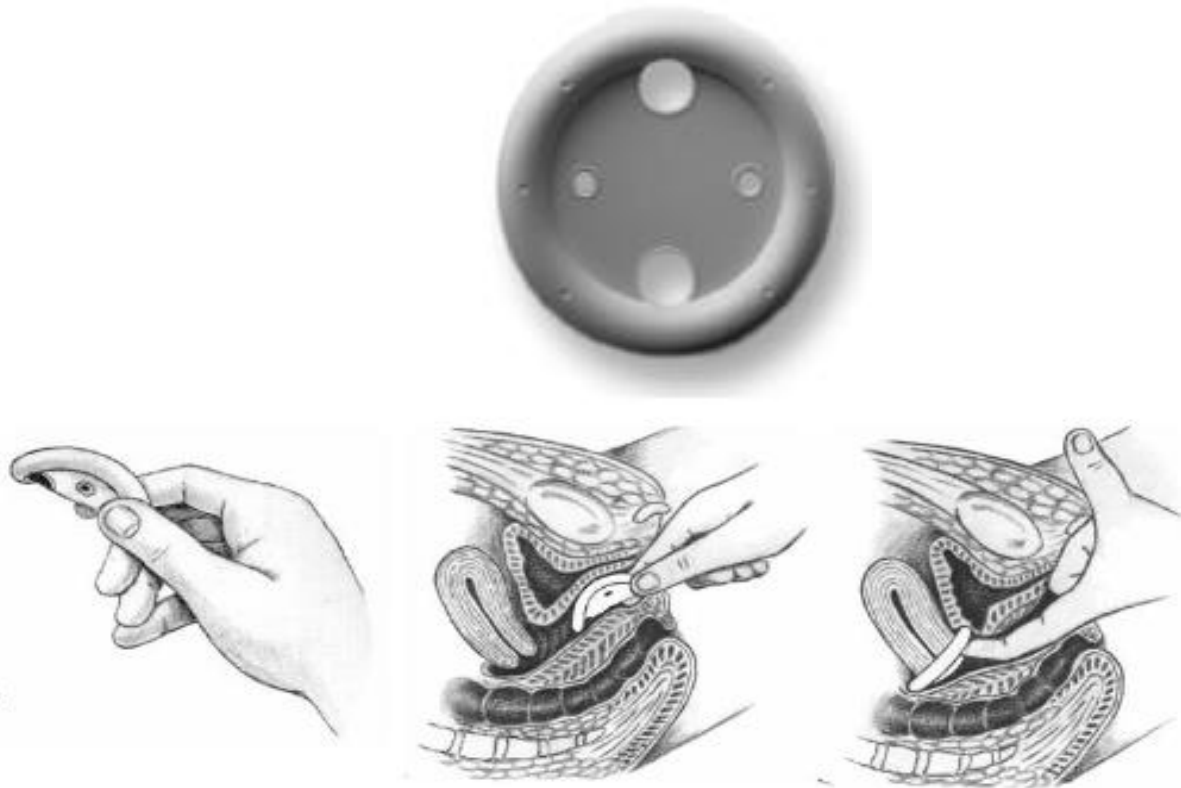
<https://www.coopersurgical.com/Products/Detail/milex-pessary-fitting-kit>

PESARIOS DE ANILLO CON MEMBRANA

Son pesarios de soporte bidimensionales que se sitúan en el eje longitudinal de la vagina; vienen en una variedad de tamaños, de 56 mm a 100 mm de diámetro. Se ajustan al 70 por ciento de las mujeres y son los más comúnmente utilizados ya que pueden tratar todas las etapas de POP, se ha descrito éxito en el 89% de los casos. Son cómodos, la mayoría de las mujeres pueden quitar y reinsertar estos pesarios. El pesario de anillo con membrana tiene un diafragma delgado a través del anillo y es especialmente útil en mujeres con prolapso uterino o cistocele, pero también se puede usar para tratar el rectocele y prolapso de cúpula vaginal. Ya que estos pesarios se ubican anteriormente detrás del hueso púbico y posteriormente descansa sobre el cuerpo perineal, un perineo deficiente con un introito grande puede asociarse a fracaso. ^{12,13, 23, 24}

Diseñado para prolapso uterino leve (primer y segundo grado) complicado con cistocele leve. Sus tamaños son 64, 70, 76, 83, 89 y 95 mm (3-8). El pesario de anillo se inserta al doblarlo a la mitad (juntando los pequeños orificios redondos) entre el dedo índice y pulgar, se separan los labios menores para su inserción y luego se introduce con el lado curvo hacia arriba. El anillo se inserta en el plano sagital y se abrirá a su forma circular. El borde inferior del pesario debe descansar detrás de la sínfisis del pubis. El anillo debe girarse con el dedo índice 90 grados para que no se doble fácilmente y sea expulsado. La

posición se examina en posiciones supina, de pie y después de una breve caminata, el ajuste es exitoso si el pesario no desciende y la paciente no siente ni el prolapso ni el pesario; el pesario debidamente colocado reafirma los tejidos excedentes y mantiene el útero elevado como una especie de elevador. Se tiene que poder deslizar un dedo entre el pesario y las paredes vaginales, si no hay suficiente espacio para hacerlo, debe colocarse el siguiente tamaño más pequeño Para retirarlo se sujeta entre el dedo índice y pulgar, se gira en plano sagital y se recupera.^{23, 24, 25}



<https://www.coopersurgical.com/Products/Detail/milex-pessary-fitting-kit>

PLATO DE INCONTINENCIA CON SOPORTE

Son pesarios de soporte bidimensionales que se sitúan en el eje longitudinal de la vagina; tienen una perilla que se coloca debajo de la uretra para aumentar la presión uretral al tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo.^{23, 24}

Su principal indicación es para incontinencia urinaria de esfuerzo con prolapso leve y cistocele leve. Sus tamaños son 65 mm, 70 mm, 75 mm, 80 mm (2, 3, 4, 5). La perilla de incontinencia disponible para estos pesarios aumenta en 13 mm (1/2 pulgada) su diámetro. Se logra una mejor colocación antes de que la paciente vacíe su vejiga. Para

colocarlo se lubrica el extremo de entrada del pesario, se comprime uniendo ambos lados y con un dedo de la otra mano se deprime el perineo. El pesario debe quedar casi en paralelo con respecto al introito, se introduce el extremo que ingresa por el cuello uterino y a través del fórnix posterior. Se deja abrir hasta adquirir su forma una vez haya atravesado el introito y se guía a lo largo de la pared vaginal inferior, detrás del cuello uterino, hasta el fórnix posterior. Con el dedo índice, se coloca la perilla hacia arriba detrás de la sínfisis púbica. Si no hay escape de orina y la paciente se siente cómoda, puede orinar y evacuar es probable que sea el tamaño correcto. Se tiene que poder deslizar un dedo entre el pesario y las paredes vaginales, si no hay suficiente espacio para hacerlo, debe colocarse el siguiente tamaño más pequeño. Para retirarlo; presionar el perineo con el dedo índice, enganchar la perilla con el otro dedo índice y tirar plegando el pesario juntando los lados, inclinarlo para que quede casi en paralelo con respecto al introito y extraerlo con cuidado.²⁵



<https://www.coopersurgical.com/Products/Detail/milex-pessary-fitting-kit>

PESARIO GELLHORN

Están diseñados para el prolapso de tercer grado. Este pesario tiene una base cóncava ancha, firme y circular con un tallo que sobresale del centro; la base ancha proporciona sostén a la cúpula vaginal y el tallo se asienta en el eje longitudinal de la vagina. El tallo evita que la base circular gire en el eje longitudinal de la vagina y se expulse. La base permite que se forme una succión contra la vagina, lo que ayuda a mantenerlo en su lugar y es lo suficientemente grande para soportar el prolapso sin ejercer una presión excesiva sobre un área en particular. Normalmente son fáciles de introducir y retirar; se ha descrito hasta un 85% de éxito con su uso. Los tamaños reflejan el diámetro de la base y están disponibles en 57, 64, 70 y 76mm (2-1/4", 2-1/2", 2-3/4" y 3"). El cuello del útero o cúpula se apoya detrás de la base plana del pesario y solo el tallo puede verse en la entrada vaginal cuando la paciente realiza un movimiento Valsalva. Este pesario requiere una vagina relativamente amplia y un perineo intacto. Para su inserción, la perilla se aprieta hacia el disco y la porción del disco se mantiene paralela al introito mientras se deprime el perineo con otro dedo y se va guiando el pesario empujando hacia el perineo con firmeza. Una vez que el pesario se inserta detrás de la sínfisis del pubis, se abrirá y la porción cóncava del disco se apoyará contra el borde anterior del prolapso, formando una succión. Para quitarlo, se agarra la perilla, mientras que el extremo cóncavo del pesario se gira para liberar la succión y el pesario se tira hacia abajo y se quita paralelo al introito. Estos pesarios pueden permanecer insertados hasta 6-8 semanas. ^{7, 13, 18,25}

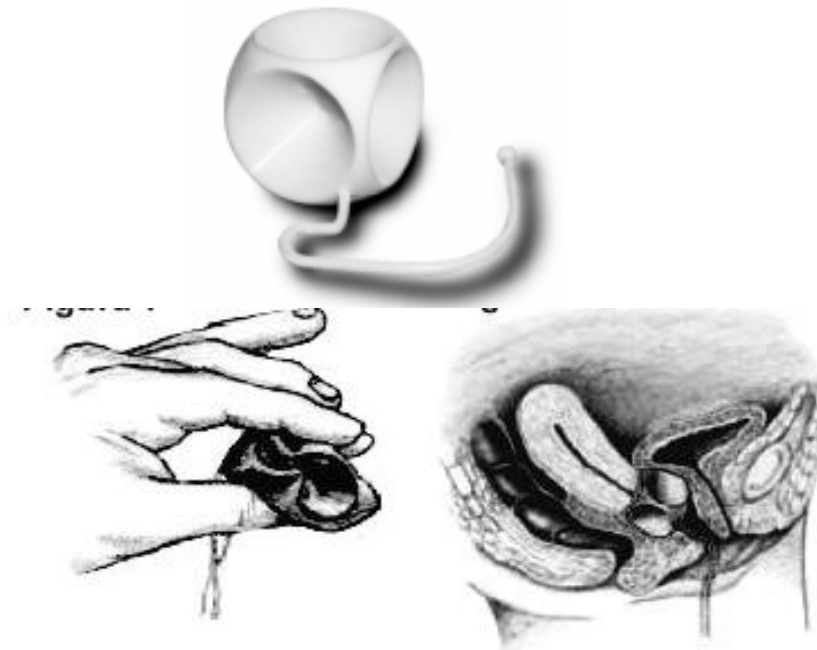


<https://www.coopersurgical.com/Products/Detail/milex-pessary-fitting-kit>

PESARIO CUBO NO FENESTRADO

Los pesarios cubo normalmente son más difíciles de introducir y retirar; solo deben usarse con extrema precaución en mujeres que cumplan con el seguimiento, ya que la adherencia succionada a las paredes laterales de la vagina puede provocar erosiones y ulceraciones mucosas importantes. Están indicados para prolapso de tercer grado y cistocele leve, rectocele, prolapso de la pared vaginal y mal tono muscular vaginal. Están disponibles en los tamaños 35, 38, 41 y 44 mm (2, 3, 4 y 5). Este pesario al no tener zonas de drenaje que son las fenestras; deberá retirarse, limpiarse y reinsertarse de forma diaria. Estos pesarios se mantienen colocados mediante una ocupación de espacio y aspiración significativos ya que ofrecen un sostén único debido a la succión de las seis concavidades, que por medio de una leve presión negativa, soporta el prolapso y las paredes vaginales. Para su colocación la paciente deberá vaciar su vejiga previamente; el pesario se comprime entre el dedo pulgar e índice y se coloca lubricante en el borde a introducir. Con los dedos de la otra mano se separan labios y se introduce el pesario en la vagina. Para su retiro, la aspiración ha de romperse antes de su extracción la cual deberá ser diario. No se debe tirar del cordón para su extracción, el cordón sirve para ayudar a colocar el pesario y si se tira del mismo puede dañarse la mucosa vaginal. Se debe interrumpir la succión con las paredes vaginales, se colocan las puntas de los dedos entre la mucosa vaginal y el pesario, se comprime el cubo con el pulgar e índice y se extrae.¹⁴

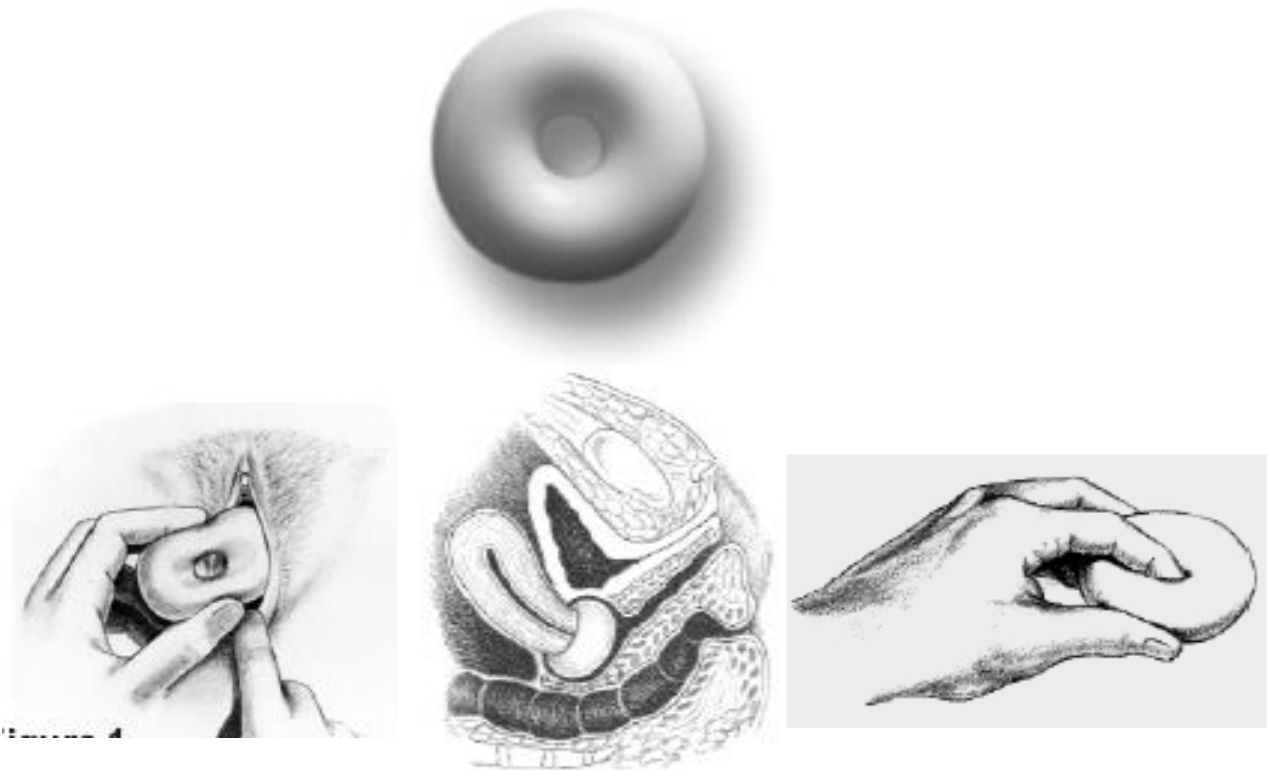
18, 25



<https://www.coopersurgical.com/Products/Detail/milex-pessary-fitting-kit>

PESARIO DONA

Está diseñado para el prolapso de tercer grado ya que los pesarios de este tipo se consideran adaptables al espacio en caso de un prolapso extenso de la cúpula vaginal o prolapso completo. Los tamaños disponibles son 64, 70, 76 y 83mm (2-1/2", 2-3/4", 3" y 3-1/4"). Para su colocación, la paciente deberá vaciar su vejiga previamente. Con un dedo se deprime el perineo, se sostiene el pesario casi paralelo al introito con la otra mano y se introduce en la vagina utilizando un movimiento de sacacorchos, el cuello uterino debe reposar dentro de la dona. Se deberá poder deslizar un dedo entre el pesario y las paredes vaginales, si no hay suficiente espacio debe colocarse el siguiente tamaño más pequeño. Para retirarlo se inserta un dedo en el centro del pesario, se utiliza el pulgar y el medio para oprimir un lado de la dona y se utiliza el dedo de la otra mano para presionar el perineo. Es necesario retirar y limpiar cada 2-3 días siempre que sea posible. ^{18, 25}



<https://www.coopersurgical.com/Products/Detail/milex-pessary-fitting-kit>

SEGUIMIENTO

Se recomienda que el pesario sea removido de forma diaria por las noches y reinsertarlo en la mañana; sin embargo si esto no es posible se aconseja retirarlo al menos una vez a la semana. Si las mujeres no quieren o no pueden quitar el pesario con tanta frecuencia, entonces: se examinan primero a las 2 semanas después de la inserción del pesario inicial, si la descarga es mínima y no hay erosiones; se examina a continuación a las 4 semanas. De manera similar, si el examen es tranquilizador, se examinarán nuevamente después de 6 semanas, y así sucesivamente en función de su independencia con el pesario, su habilidad para colocarlo y retirarlo y sus aptitudes cognitivas y motoras. Otros autores mencionan que la primera visita debe ser después de 2 semanas aproximadamente; si la paciente se siente cómoda y puede insertar y extraer el pesario, se recomienda realizar un seguimiento a intervalos de 3 meses. Después de este seguimiento inicial, se continúa el seguimiento a intervalos de 6 a 12 meses a criterio del profesional. Un estudio prospectivo sobre el uso del pesario en un período de 5 años encontró que, si el ajuste fue exitoso al final de 4 semanas, la mayoría de las mujeres continuarán usándolo durante 5 años. En caso de presentarse alguna complicación, el pesario debe ser removido y la vagina tratada con estrógeno local, después de la curación se debe probar con un tamaño más pequeño ya que es frecuente cambiar el tamaño o tipo de pesario al menos en una ocasión después del ajuste inicial.^{7,13,14,18}

Se debe preguntar a la paciente en cada consulta si hubo algún malestar, expulsión, síntomas de presión, incontinencia urinaria de novo, dificultad para orinar o evacuar, sangrado vaginal o secreción. Es importante explicar a la paciente que el pesario también debe eliminarse antes de la relación sexual, se retira y se limpia con agua y jabón. Si el pesario se adapta bien y no hubo efectos secundarios, a las pacientes se les debe motivar y capacitar para extraer, limpiar y volver a insertar su pesario de forma autónoma. El uso del pesario puede continuar indefinidamente; un cambio en el tipo o tamaño puede ser necesario a medida que la mujer envejece. El pesario no necesita ser reemplazado si se decolora, pero se debe administrar uno nuevo si se agrieta o pierde su forma y fuerza. Para las mujeres con flujo vaginal se ha aconsejado el uso de un gel lubricante vaginal levemente ácido que se dispensa con algunos pesarios, es un gel reductor de pH (Trimo-San gel) que mantiene el ecosistema vaginal en equilibrio durante el uso del pesario y puede usarse solo o en combinación con estrógeno vaginal. Sin embargo un ensayo aleatorizado, controlado y multicéntrico demostró que mujeres que usaron el gel Trimo-

San versus ningún tratamiento durante los primeros tres meses después del inicio del uso del pesario, se observó que no tuvo ningún efecto sobre el resultado de la vaginosis bacteriana ya que no disminuyó su prevalencia y tampoco tuvo impacto en el uso continuo del pesario. Lamentablemente, no se han demostrado intervenciones o prácticas de higiene después del ajuste del pesario en ensayos clínicos prospectivos para mejorar el cuidado y la satisfacción del pesario. ^{26,35}

En la mayoría de los estudios a corto y mediano plazo se observan mejoría de los síntomas en las mujeres tratadas con pesarios. Después de dos a cuatro meses de uso del pesario se ha observado: resolución de los síntomas del prolapso (sensación de cuerpo extraño- presión) en 70 a 90 por ciento, resolución de síntomas urinarios asociados (incontinencia y dificultad miccional) en 40 a 50 por ciento, resolución de los síntomas intestinales (incontinencia o urgencia fecal, síntomas obstructivos) en 30 a 50 por ciento y mayor frecuencia y satisfacción sexual en 40 a 60 por ciento de las mujeres.

20, 27, 28

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El prolapso de órganos pélvicos es una enfermedad muy frecuente que afecta a un grupo importante de población femenina; la cual incluye a un amplio rango de edad desde pacientes en edad reproductiva hasta la senectud. Así mismo sus complicaciones secundarias tienen un impacto significativo en la vida de las pacientes y su ámbito higiénico-social. En la UMAE se valoran durante un año alrededor de 500 pacientes con disfunción del piso pélvico en sus diferentes grados, de las cuales aproximadamente el 80 por ciento cuenta con distintas comorbilidades; y cerca del 30 por ciento del total son tratadas mediante procedimiento quirúrgico, mientras que el 25 por ciento son manejadas mediante el uso del pesario. Dada la magnitud del problema y bajo la premisa que no todas las pacientes serán candidatas o aceptaran el manejo quirúrgico; ciertamente por el amplio rango de edad que abarca este padecimiento así como por el tipo de población que asistimos en tercer nivel con diversas comorbilidades, se considera esencial el conocimiento del manejo conservador que en este caso es el uso del pesario y se supone relevante conocer y definir los criterios para el uso del mismo así como el éxito obtenido en la UMAE con las pacientes tratadas ya que según la literatura su uso en la actualidad está indicado bajo ciertas circunstancias y tiene porcentajes de éxito importantes a largo plazo. A pesar de ello, actualmente el uso del pesario no es de uso común en todas las unidades médicas ni por parte del personal de salud incluyendo gineco-obstetras y esto se debe principalmente al desconocimiento de su uso, indicaciones, contraindicaciones, tipos, características e incluso algo tan sencillo como su técnica de retiro. Suponemos que con el presente trabajo en caso de obtener porcentajes de éxito similares a las reportadas por la literatura mundial; la atención de las enfermas puede ser de mejor calidad si se conocen los aspectos básicos acerca del manejo con pesarios ya que podría hacerse difusión de la información para así hacer extenso su uso y porque no inclusive formar parte del cuadro básico de atención del instituto que finalmente se vería reflejado en disminuir costos ya que en pacientes adecuadamente seleccionadas se evitarían manejos quirúrgicos innecesarios.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los criterios para el tratamiento conservador del prolapso genital con pesario y cuál es la experiencia institucional en el CMN La Raza en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los criterios para el tratamiento conservador del prolapso genital con pesario
2. Conocer la experiencia institucional del tratamiento conservador del prolapso genital con pesario en el CMN La Raza en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Describir los tipos de pesarios utilizados de acuerdo al grado de pop y compartimiento afectado en pacientes de la UMAE CMN La Raza
2. Medir el porcentaje de éxito en el tratamiento conservador del prolapso genital con pesario en la UMAE CMN La Raza
3. Conocer las complicaciones más comunes que se presentan en pacientes manejadas con pesario en la UMAE CMN La Raza
4. Definir el tiempo (en semanas) que ameritaron las pacientes con preparación estrogénica local previa al uso del pesario
5. Conocer las principales indicaciones por las cuales son usados los pesarios en pacientes con pop en la UMAE CMN La Raza

HIPÓTESIS

Los criterios para el tratamiento conservador del prolapso genital con pesario son adecuadamente aplicados en la práctica clínica del servicio de urología ginecológica en el CMN La Raza por lo cual la experiencia institucional acerca de su manejo es amplia y el porcentaje de éxito obtenido será al menos de 73 % de acuerdo a la reportada en la literatura internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

DISEÑO: serie de casos

UNIVERSO DE TRABAJO: Todas las pacientes con prolapso de órganos pélvicos de cualquier grado tratadas con pesario independientemente del tipo empleado, que fueron manejadas en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS en la ciudad de México en el servicio de Urología Ginecológica en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

MUESTRA: todas las pacientes que reunieron los criterios de selección por lo cual no fue necesario el cálculo del tamaño de muestra.

MÉTODO DE MUESTREO: no aplica

LUGAR DONDE SE DESARROLLA EL ESTUDIO:

Servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CMN “La Raza” IMSS.

Domicilio: Calzada Vallejo, esquina Antonio Valeriano S/N, Col. La Raza. Delegación Azcapotzalco. Ciudad de México. Código postal 02990

Teléfono: 55-57-82-10-88.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Pacientes con diagnóstico establecido de POP de cualquier grado de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Internacional de Continencia
- 2.- Pacientes en manejo con pesario independientemente del tipo de pesario
- 4.- Pacientes con expediente clínico completo y disponible.
- 5.- Pacientes con seguimiento en la unidad al menos durante 5 meses con excepción de los casos de fracaso del tratamiento conservador.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No hubo criterios de exclusión ya que serán incluidas todas las pacientes en el periodo de tiempo propuesto que cumplan los criterios de inclusión.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala	Unidad de medición
Independiente GRADO DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	Es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén ^{1,2}	El descenso de los órganos pélvicos se divide en grados de acuerdo a la porción más severa de prolapso tomando puntos anatómicos de referencia en relación al himen determinado en la nota médica de la consulta donde se realizó la prueba del pesario.	Cualitativa	Ordinal	Grado1 Grado 2 Grado 3 Grado 4 (Ver anexo 2)
Dependiente TRATAMIENTO EXITOSO	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad que tiene un buen resultado o buena aceptación ³⁶	Se considerará tratamiento exitoso si las pacientes fueron egresadas del servicio y si refirieron satisfacción subjetiva al no presentar expulsión o pérdida del pesario, referir sensación de comodidad y ausencia de complicaciones valorado en las notas de seguimiento y/o egreso a segundo nivel del expediente.	Cualitativa	Nominal	SI o NO

<p>TIPOS DE PESARIO</p>	<p>Manejo no quirúrgico mediante dispositivos de soporte intravaginal hechos de silicona de diferentes formas y tamaños. Pueden proporcionar alivio inmediato de los síntomas de prolapso, y ser apropiados ya sea para uso temporal o a largo plazo.^{7,8}</p>	<p>Los pesarios utilizados en la UMAE CMN “La Raza” pertenecen al kit de prueba Milex y serán de 5 tipos únicamente que son los que se manejan en la unidad. Se refirió al pesario que haya demostrado ser el mejor para la paciente según la prueba de pesario registrada en las notas médicas.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dona 2. Ring con membrana 3. Cubo no fenestrado 4. Plato de incontinencia con soporte 5. Gellhorn
<p>INDICACIÓN DEL USO DEL PESARIO</p>	<p>Escenarios clínicos donde se debe considerar el uso del pesario^{13,14}</p>	<p>Instrucción precisa para su uso en cada caso particular por la cual se prefirió el manejo conservador. Según la nota del expediente donde se haya escrito su principal indicación.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preferencia del paciente por el tratamiento conservador 2. Comorbilidades médicas graves 3. Necesidad de retrasar la cirugía durante semanas o meses 4. POP recurrente 5. Ulceraciones vaginales causadas por un POP severo 6. Embarazo actual 7. Deseo de embarazo a futuro 8. Adecuado estado estrogénico 9. Otras

EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales ³⁶	Años de vida que tiene la paciente al momento del tratamiento con pesario	Cuantitativa	Discreta	Años
COMORBILIDAD	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas ³⁶	Presencia de enfermedades coexistentes graves que pudiesen ser el motivo por el cual se prefirió tratamiento conservador. Conocidas por la paciente y referidas en cualquiera de las notas médicas.	Cualitativa	Nominal	0. Ninguna 1. Diabetes mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Cardiopatías 4. Nefropatías 5. Hepatopatías 6. Vasculares 7. Pulmonares 8. Gastrointestinales 9. Infecciosas 10. Inmunológicas 11. Otras
TIEMPO DE PREPARACIÓN ESTROGÉNICA	La terapia con estrógenos es el tratamiento más efectivo para los síntomas moderados a severos de atrofia vaginal y es beneficiosa para prevenir las abrasiones vaginales en pacientes que serán manejadas con pesarios. ¹⁶	Periodo de tiempo que ameritaron las pacientes con estrógenos conjugados crema vaginal para lograr un adecuado estado del epitelio previo al uso con pesario. Según las notas de seguimiento y/o egreso a segundo nivel.	cuantitativa	Discreta	semanas
COMPLICACIONES	Dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas. Complejidad ³⁶	Escenarios clínicos que al presentarse hacen que el manejo con pesario condicione un fracaso del tratamiento	cualitativa	nominal	0. Ninguna 1. Fístulas vesicovaginales 2. Fístulas rectovaginales 3. Encarcelación del pesario 4. Atrapamiento de intestino

		<p>conservador. Según las notas médicas de seguimiento y/o egreso a segundo nivel.</p>			<p>delgado 5. Hidronefrosis bilateral 6.Sepsis de origen uroológico 7.Vaginosis bacteriana 8. Infección del tracto urinario 9.Irritación 10.Erosión 11.Úlcera vaginal 12.Descarga vaginal 13. Otras</p>
--	--	--	--	--	---

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: La doctora Aurora Garzón García con ayuda de su investigador responsable, la doctora Jazmín Melgoza Arcos se encargó de estudiar todas las pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos que se encontraban en tratamiento conservador con pesario manejadas en el servicio de urología ginecológica de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS en la ciudad de México en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017. Para obtener datos generales se usaron expedientes clínicos los cuales se solicitaron en el servicio de ARIEMAC, así como en el programa de cómputo de expediente electrónico; se recabó información de cada paciente mediante una hoja de recolección de datos **(ver anexo 1)**. Se dividió a las pacientes de acuerdo al estadio de prolapso de órganos pélvicos que fue del I al IV según la clasificación aceptada por la Sociedad Internacional de Continencia **(ver anexo 2)** y posteriormente se hizo un análisis de los datos obtenidos que nos dieron un panorama general de las pacientes con POP de nuestra población estudio. Se valoró de acuerdo a cada grado de prolapso y afectación del compartimiento que tipo de pesario fue utilizado y si fueron utilizados adecuadamente según los criterios ya establecidos; se registró cuál fue la indicación precisa para su uso en cada caso particular y la presencia de complicaciones presentadas. Cabe mencionar que los pesarios utilizados en la UMAE CMN “La Raza” pertenecen al kit de prueba Milex y fueron de 5 tipos únicamente: dona, ring con membrana, cubo no fenestrado, plato de incontinencia con soporte y Gellhorn. Como datos relevantes se describieron la presencia de complicaciones más comunes presentadas en estas pacientes y el tiempo de preparación estrogénica que ameritaron previo al uso del pesario.

Así mismo se buscó conocer el porcentaje de éxito obtenido según la experiencia institucional en la unidad; se indagó en cada expediente clínico si las pacientes fueron egresadas del servicio y enviadas a segundo nivel de atención por obtener en al menos 4 a 5 consultas subsecuentes mensuales (que es el promedio de vigilancia que se maneja en la consulta externa) satisfacción subjetiva al no presentar expulsión o pérdida del pesario, referir sensación de comodidad y ausencia de complicaciones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: estadística descriptiva con medidas de tendencia central y frecuencia (media, mediana, moda, desviación estándar)

PROCESAMIENTO DE DATOS

Se utilizó el programa Excel 2010 del sistema Windows y el paquete estadístico SPSS versión 17.0

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Se contó con los recursos humanos necesarios para realizar el presente estudio ya que los investigadores están capacitados para llevar a cabo este protocolo.

La doctora Jazmín Melgoza Arcos es médico especialista en Ginecología y Obstetricia con subespecialidad en Urología Ginecológica con 8 años de experiencia clínica y 2 tesis dirigidas.

Los recursos físicos estuvieron disponibles ya que la investigación se llevó a cabo en las instalaciones del CMN La Raza en donde se contó con el lugar y condiciones favorables, así como materiales que incluyeron equipo de cómputo, hojas blancas, impresoras y plumas no requiriendo material ni recursos financieros extras. Por lo tanto, el presente estudio se consideró factible al contar con los recursos tanto humanos como físicos, no ameritar financiamiento extra y tener al alcance el universo de trabajo objetivo de estudio mediante la revisión de los expedientes clínicos ya sea de forma física o mediante el sistema digital.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- 1.- El investigador garantizó que el estudio se apegara a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, lo que brindó mayor protección a los sujetos del estudio.
- 2.- De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación el riesgo de esta investigación fue considerado como una investigación sin riesgo por tratarse de una revisión retrospectiva de registros clínicos.
- 3.- Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Se llevó a cabo en plena conformidad con los principios de la “Declaración de Helsinki” y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica donde el investigador garantizó que:
 - a.- Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema.
 - b.- El protocolo fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3504 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - c.- Este protocolo se realizó por personas 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. En todo momento se preservará la confidencialidad de la información de las participantes, ni las bases de datos ni las hojas de colección contenían información que pudiera ayudar a identificarlas, dicha información ese conservada en registro aparte por el investigador principal bajo llave.
- 4.- Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg y el informe Belmont
- 5.- Las pacientes no obtuvieron algún beneficio, sin embargo, se espera que los resultados nos permitan conocer mejor la enfermedad. El posible beneficio y contribución que se pretende con el presente trabajo es que la atención de las enfermas sea de mejor calidad al conocer y difundir entre el personal gineco-obstetra los aspectos básicos acerca del manejo con pesarios. Y de esta forma hacer extenso su uso y porque no inclusive formar parte del cuadro básico de atención del instituto. El balance riesgo-beneficio es adecuado.
- 6.- Dado que se trata de un estudio retrospectivo con revisión de registros clínicos en el cual la confidencialidad de las participantes se resguardó de manera estricta y a que al hacer acudir a las participantes a firmar consentimiento informado imposibilitaría la

realización del proyecto, se propuso al comité de investigación en salud permitir que se llevara a cabo sin consentimiento informado y se aceptó.

7.- Forma de otorgar a los sujetos los beneficios que puedan identificarse al finalizar el estudio: No aplica.

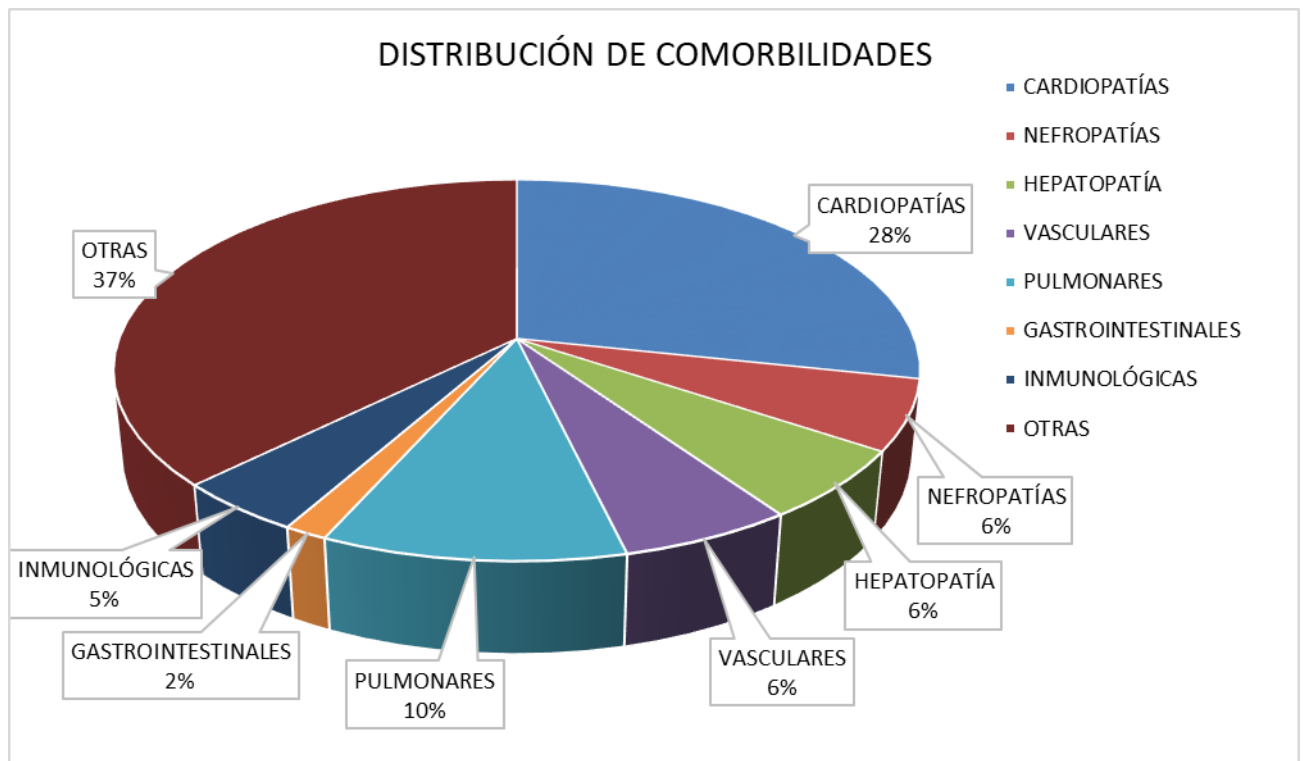
8.- Forma de selección de los participantes: fueron todas las pacientes en el periodo de tiempo propuesto que cumplieron los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Un total de 55 pacientes fueron integradas en el estudio, de las cuales la edad media fue de 72.9 ± 7.9 años (rango 57 a 91 años).

El 93.36% de las pacientes (53 casos) fueron portadoras de al menos una comorbilidad. Dentro del 93.36% que contaban con comorbilidades, se obtuvo una media de 2.4 ± 1.1 (rango 0 a 5) de estas, la distribución por grupo de comorbilidad se repartió como indica la siguiente gráfica.

Gráfico 1.



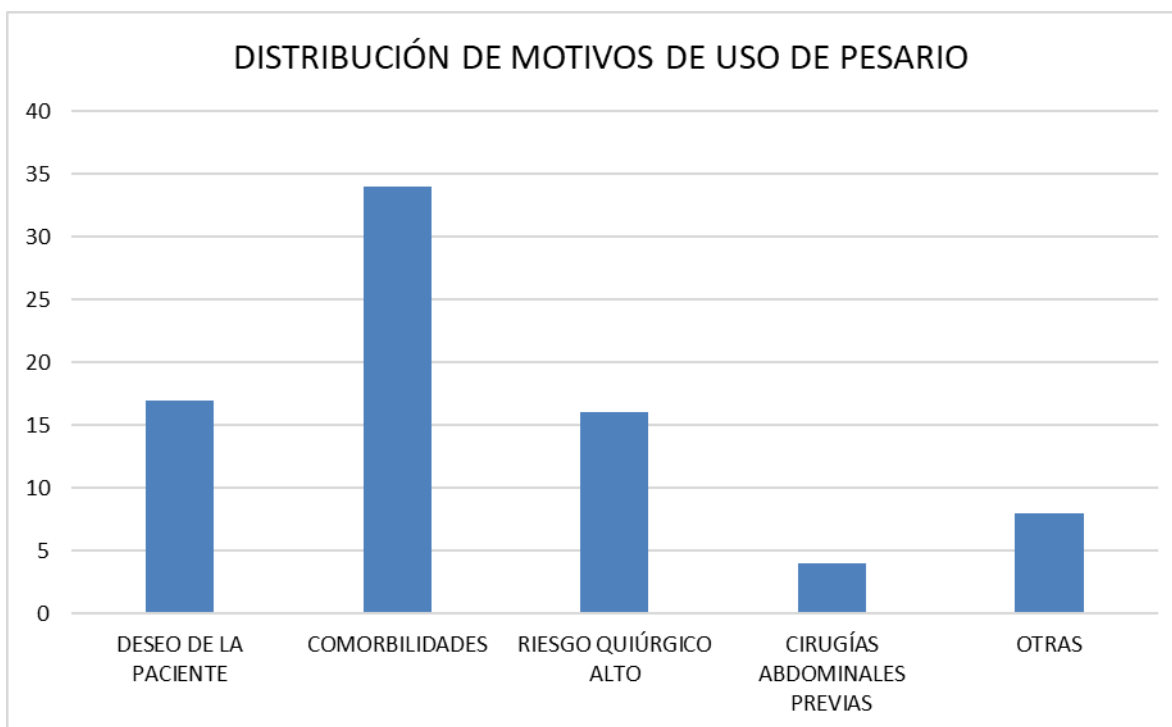
Los grados de prolapso de órganos pélvicos fueron: prolapso grado II BA en 16.36% (9 casos), II BP en 3.64% (2 casos), II C en 16.36% (9 casos), III BA en 12.73% (7 casos), III BP en 1.82% (1 caso), IIIC en 23.64% (13 casos) y el grado IVC en 25.45% (14 casos).

De acuerdo al compartimiento afectado; el apical se presentó en 65.45% de las pacientes (36 casos), el anterior en 29.09% (16 casos) y en último lugar el posterior con 5.45% (3 casos)

La indicación médica para el uso de pesario correspondió al 78.18% de las pacientes (43 casos), el resto se colocó por preferencia de la paciente al tratamiento en el 21.82% (12 casos).

Los motivos generales para el uso de pesario se distribuyeron como se describe a continuación.

Gráfico 2.



El uso de pesario tipo cubo se presentó en el 21.82% (12 casos), el pesario tipo dona en el 32.72% (18 casos), el Gellhorn 14.55% (8 casos), el plato antiincontinencia 1.82% (1 caso) y el ring con membrana en 29.09%(16 casos).

Para el prolapso grado II se utilizó el pesario tipo cubo en 25% (5 casos), tipo dona en 25% (5 casos), Gellhorn 15% (3 casos) y ring con membrana en 35% (7 casos); para el prolapso grado III se utilizó en 14,29% (3 casos) el pesario tipo cubo, en 38.10% (8 casos) el tipo dona, en 14.29% (3 casos) el tipo Gellhorn y en 33.33% (7 casos) el ring con membrana. Para el prolapso grado IV se utilizó pesario tipo cubo en 28.57% (4 casos), en

35.71% (5 casos) el tipo dona, en 14.29% (2 casos) el tipo Gellhorn, en 7.14% (1 caso) el plato antiincontinencia y en el 14.29% (2 casos) el ring con membrana.

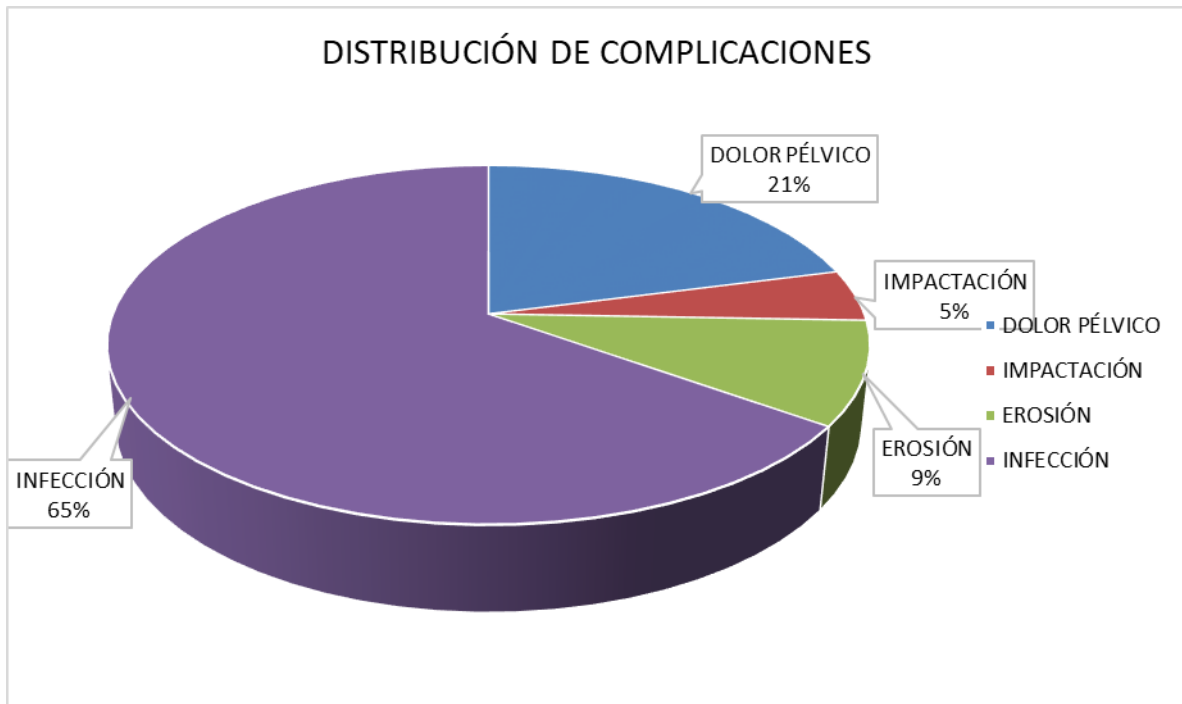
Con respecto al compartimiento anterior, el pesario tipo cubo se utilizó en 25% (4 casos), el tipo dona en 25% (4 casos), el tipo Gellhorn 12.5% (2 casos) y el tipo ring con membrana en 37.5 % (6 casos). Para el compartimiento apical, los pesarios se utilizaron con la siguiente distribución: cubo 22.22% (8 casos), dona 36.11% (13 casos), Gellhorn 13.89% (5 casos), plato antiincontinencia 2.78% (1 caso) y ring con membrana 25% (9 casos). El compartimiento posterior tuvo una distribución del 33.33% (1 caso) para el uso de pesario tipo dona, 33.33% (1 caso) para el tipo Gellhorn y 33.33% (1 caso) para el ring con membrana.

Según el tiempo de uso del pesario en meses el promedio fue de 4.6 ± 2.7 (rango 2 a 17 meses). Se promediaron 0.7 expulsiones del pesario ± 1.1 (rango 0 a 4 expulsiones); el 38.18% (21 casos) presentó expulsión del mismo en alguna ocasión y 1.82 % (1 caso) perdió la prótesis. Durante el estudio, el 10.91% (6 casos) de las pacientes ameritó cambio de pesario durante el tratamiento,

Con respecto a la citología cervico-vaginal, el 29% (16 casos) no contaba con reporte al momento de colocar el pesario; mientras que el 70.9% (39 casos) contaba con reporte benigno al momento de la colocación.

Las complicaciones se presentaron en 41.82% (23 casos) de las pacientes, con la siguiente distribución.

Gráfico 3.



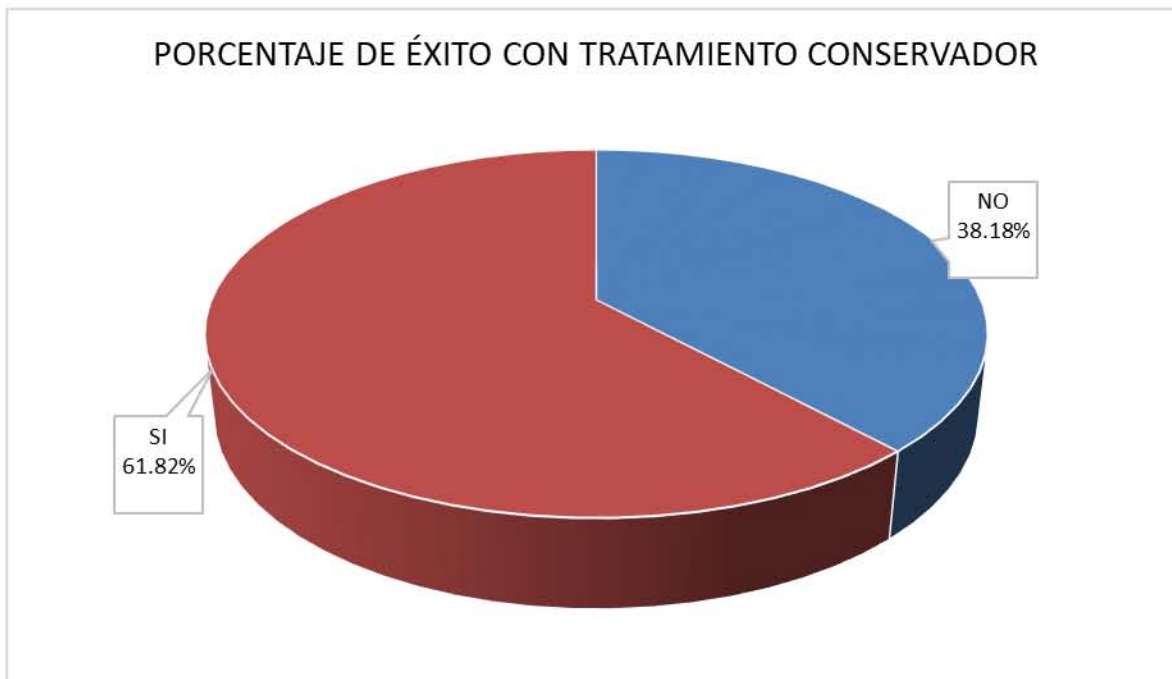
Se presentó un promedio de infecciones de 0.9 (rango de 0 a 4) entre la población de estudio.

La distribución de atrofia urogenital fue la siguiente: atrofia leve 5.45 % (3 casos), atrofia moderada 47.27% (26 casos) y atrofia severa 47.27% (26 casos).

Con respecto al tiempo en semanas de preparación estrogénica se obtuvo una media de 6.6 ± 4.7 (rango 0 a 28 semanas).

La proporción de mejoría por tratamiento con pesario entre las mujeres de la muestra se presentó en el 61.82% (34 casos).

Grafica 4



DISCUSIÓN

Basado en la literatura médica internacional se define al prolapso de órganos pélvicos como el descenso de uno o varias estructuras anatómicas localizadas en el hueco pélvico. Se calcula que la prevalencia de esta condición va del 25 al 65%, con una proyección hasta del 50% para el 2050. ²

Una de las alternativas terapéuticas para el prolapso de órganos pélvicos es el tratamiento quirúrgico, sin embargo, al tratarse de una entidad en la que el riesgo aumenta proporcionalmente con la edad, muchas de las pacientes no cuentan con las condiciones necesarias para someterse a esta terapéutica, es por esto que se han desarrollado alternativas con tratamientos conservadores, específicamente, el uso de pesarios. ⁶

La presencia de comorbilidades cardiovasculares, hepáticas, respiratorias, entre otras, aunadas a la edad avanzada y el riesgo cardiovascular alto, son factores que incrementan la probabilidad de muerte durante el acto quirúrgico. En nuestro estudio la presencia de comorbilidades se presentó en el 96.36% de las pacientes, siendo las cardiopatías las más frecuentes en la población estudiada. Otras causas para el uso de pesario correspondieron al rechazo de tratamiento quirúrgico por parte de la paciente, intervenciones abdominales previas y limitación para la deambulacion entre otras. Sin embargo, el riesgo quirúrgico elevado y la presencia de comorbilidades fueron la principal indicación médica para el uso del pesario en las pacientes estudiadas. ^{13, 14, 31}

Previo a la utilización de terapia con pesario se deben valorar las características de cada paciente para ofrecer el mejor para cada caso, se ha documentado que las pacientes con prolapso II y III tienen éxito con pesarios en forma de anillo y aquellas con prolapso grado IV generalmente se indican pesarios tipo Gellhorn. En la población estudiada, el grado de prolapso más frecuente encontrado corresponde al estadio IV C con 25.45% el cual es seguido del III C con 23.64%. En cuanto al compartimiento mayormente afectado se encontró que se trata del apical con un porcentaje de 65.45% el cual es seguido del compartimiento anterior en 29.09% de los casos. En términos generales el pesario que más fue utilizado es el tipo dona en el 32.73 % de las pacientes estudiadas.

De estos, los pesarios más utilizados según el grado de prolapso fueron: para el grado II el ring con membrana en 35% de los casos, seguido del cubo y dona en 25% respectivamente, para el grado III el tipo dona en 38.10 % seguido del cubo y gellhorn en 14,29% respectivamente y para el grado IV se utilizó el pesario tipo dona en 35.71% seguido del cubo en 28.57% de los casos.

Según el compartimiento afectado; en el compartimiento anterior se utilizó el ring con membrana en 35.71% de los casos, en la afectación apical el más utilizado fue el tipo dona en 36.11% de los casos y en el compartimiento posterior se utilizó de igual forma el pesario tipo dona, gellhorn y ring con membrana en el 33.33 % respectivamente.

En esta muestra de estudio se encontró que el 70.9% de las pacientes contaban con reporte de citología cervico-vaginal benigna al momento de la colocación del pesario.

El uso de terapia estrogénica local favorece la atrofia vaginal, la cicatrización de úlceras por prolapso severos, además de disminuir el riesgo de desarrollar úlceras secundarias al uso del pesario; el tiempo reportado para la utilización de esta terapia se ha estimado entre tres y seis semanas; los resultados del estudio arrojaron atrofia vaginal en todas las pacientes, predominando la atrofia moderada y severa con 47.27% cada una y encontramos una media de 6.6 ± 4.7 semanas de preparación estrogénica previa al uso del pesario que corresponde a lo reportado en la literatura. ^{13, 14, 16, 31}

La evidencia reporta que la presencia de complicaciones secundarias al uso de pesarios son raras, dentro de las que destacan la presencia de infecciones en diversas áreas vecinas y erosiones. Para esta muestra se encontró la presencia de complicaciones en el 41.82% de las pacientes incluidas, siendo la más frecuente la presencia de infecciones con 65%, seguida de dolor en 21%, erosión 9% e impactación del pesario en 5% de las pacientes. ^{10, 12, 18}

Encontramos que el 10.91% ameritó cambio del pesario por una segunda opción y que el 38.18% presentó expulsión del mismo con una media de $0.7+1.1$ (rango 0-4) y únicamente se reportó una pérdida con porcentaje del 1.82%.

Se han reportado éxitos de hasta 73% con el uso de pesarios, en nuestro estudio se observó un porcentaje de 61.82% con egreso del servicio por mejoría, dicha mejoría se observa alrededor de 2 a 4 meses del uso del pesario, lo reportado en el presente estudio arroja una media de 4.6 ± 2.7 meses, lo cual se relaciona con lo reportado en la literatura.

12,20, 27, 28, 30

CONCLUSIONES

La utilización de pesarios como alternativa terapéutica en pacientes sin deseo o contraindicación quirúrgica constituye un pilar fundamental para la mejoría sintomática que provoca el prolapso de órganos pélvicos.

Dentro de nuestra muestra se encontró que las pacientes contaban en 96.36% con presencia de comorbilidades, de las cuales dentro de las más comunes se encuentran las cardiovasculares, siendo estas condiciones y el riesgo quirúrgico elevado las principales causas de indicación de uso de pesario en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos.

Los grados de prolapso más frecuentes dentro de la muestra, fueron el IV C y III C y el compartimiento apical fue el más afectado. En el servicio, el pesario tipo dona fue el más utilizado.

En esta muestra de estudio se encontró que únicamente el 70.9% de las pacientes contaban con reporte de citología cervico-vaginal benigna al momento de la colocación del pesario; por lo cual es muy importante enfatizar en que el 100% de la población candidata a material protésico cuente con dicho cribado que se menciona como un criterio esencial para la colocación de dichos materiales.

Los resultados del estudio arrojaron atrofia vaginal en todas las pacientes y se encontró que la preparación estrogénica previa al uso del pesario debe administrarse con una media de 6.6 ± 4.7 semanas.

La presencia de complicaciones se presentó en el 41.82% de las pacientes, siendo la más frecuente la presencia de infección. Además, el 10.91% de las pacientes ameritaron cambio de pesario, y 38.18% presentaron expulsión del mismo.

En nuestro estudio se observó un porcentaje de 61.82% de mejoría con egreso del servicio, la cual se observa alrededor de 2 a 4 meses del uso del pesario. Por lo cual se concluye que los criterios para el tratamiento conservador del prolapso genital con pesario son adecuadamente aplicados en la práctica clínica del servicio de urología ginecológica en el CMN La Raza por lo cual la experiencia institucional acerca de su manejo es amplia

y el porcentaje de éxito obtenido es adecuado de acuerdo al a reportada en la literatura internacional

El estudio cuenta con la fortaleza de haber incluido la totalidad de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, ya que se realizó un muestreo a conveniencia, sin embargo, cuenta con la limitación de que a pesar de lo anterior la muestra es limitada, por lo cual la representatividad de los resultados pudiera tener duda al traspalarlo a la población general.

Se recomienda continuar con la línea de investigación, para determinar los motivos principales por los cuales se tiene fracaso con este tipo de tratamiento para así poder desarrollar más alternativas terapéuticas para esta condición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol. Prolapso genital. 2015;58:205-208
2. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996; 175:10-7
3. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Wang W, Schaffer J. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192:795.
4. Nygaard I, Bradley C, Brandt D, Women's Health Initiative. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. Obstet Gynecol. 2004; 104:489-97.
5. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in US women: 2010 to 2050. Obstet Gynecol 2009; 114:1278–83.
6. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. Am J Obstet Gynecol. 2003;188:108-15
7. L. Cardozo, D Staskin. Textbook of Female Urology and Urogynecology. United Kingdom: Editorial Informa Healthcare; 2001.
8. Handa VL, Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2002; 13:349–51.
9. Patrick J. Culligan, Manejo no quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos. Obstet Gynecol 2012; 119:852-60.
10. Powers K, Lazarou G, Wang A, Pessary use in advanced pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006;17:160-4
11. Friedman S, Sandhu S, Wang C, Mikhail M, Banks E. Factors influencing long-term pessary use. Int Urogynecol J 2010; 21: 673–8.
12. Clemons JL, Aguilar VC, Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2004;190:345-350
13. A. Tamilselvi, Ajay Rane. Principles and Practice of Urogynaecology. India: Editorial Springer; 2015
14. P. Sandip, A. Rodney, K. Peter. Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction. New York: Editorial Marcel Dekker; 2005

15. B. Castelo, M. Cancelo. Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas*. 2005;52 Suppl 1:S46-52
16. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014; 21:1063-8.
17. Cardozo L, Bachmann G, McClish D, et al. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol* 1998; 92:722.
18. M. Walters, *Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis*. Barcelona: Editorial Elsevier; 2008.
19. Dessie SG, Armstrong K, Modest AM, et al. Effect of vaginal estrogen on pessary use. *Int Urogynecol J* 2016; 27:1423.
20. Cundiff GW, 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.
21. Myers DL, LaSala CA, Murphy JA. Double pessary use in grade 4 uterine and vaginal prolapse. *Obstet Gynecol* 1998; 91:1019.
22. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, et al. A survey of pessary use by members of the American urogynecologic society. *Obstet Gynecol* 2000; 95:931.
23. Pott-Grinstein E, Newcomer JR. Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. *J Reprod Med* 2001; 46:205.
24. K. H. Moore. *Urogynecology: Evidence-Based Clinical Practice*. London: Editorial Springer; 2006
25. <https://www.coopersurgical.com/Products/Detail/milex-pessary-fitting-kit>
26. Gorti M, Hudelist G, Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: a UK-based survey. *J Obstet Gynaecol* 2009; 29:129.
27. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, et al. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1025.
28. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, et al. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2006; 108:93.
29. Sam Siddighi. *Uroginecología y Cirugía Pélvica reconstructiva en la mujer*. India: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2006.

30. Goya M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet*. 2012; 379:1800.
31. Nazar J, Zamora M, González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*. 2015; 207:213
32. Akino N, Wada O, Matsumoto Y, et al. Vaginal cáncer possibly caused by pessary and immunocompromised condition: Multiple risk factors may influence vaginal cáncer development. *J. Obstet. Gynaecol*. 2016; 748:751
33. Asociación Española de Urología. Cistitis no complicada en la mujer. Guía multidisciplinar. Actualización 2017.
34. Atención de los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la postmenopausia. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.
35. Meriwether KV, Rogers RG, Craig E, Peterson SD, Gutman RE, et al. The effect of hydroxyquinoline-based gel on pessary-associated bacterial vaginosis: a multicenter randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 213:729
36. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

ANEXOS

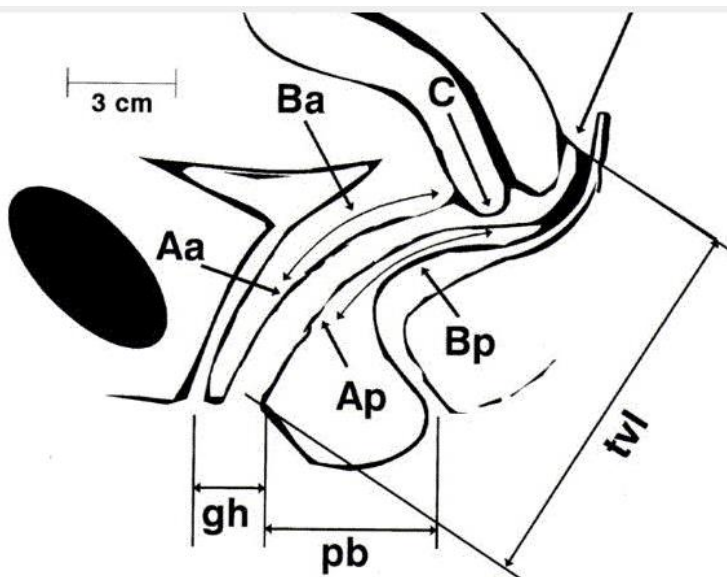
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL CON PESARIO Y EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN EL CMN LA RAZA

Datos generales			
FOLIO			
Edad	Comorbilidades	Grado de POP (1-4)	Compartimiento afectado
Indicación para el manejo con pesario	Tipo de pesario utilizado	Ameritó cambio del tipo de pesario y cuál fue la 2da opción. (si-no)	Tiempo de utilización del pesario (meses)
Citología cervical (si-no)	Atrofia urogenital (si-no)	Tiempo de preparación estrogénica (semanas)	Complicaciones (infección, erosión, úlceras)
Presentó expulsión o pérdida del pesario (si-no)	Egreso del servicio por mejoría (si-no)		

Anexo 2. Estadios del prolapso de órganos pélvicos y puntos de referencia anatómicos²

0	Sin prolapso
1	La porción más distal del prolapso es < -1 cm (por encima del nivel del himen)
2	La porción más distal del prolapso es > -1 cm pero < +1 cm (<1cm por encima o por debajo del himen)
3	La porción más distal del prolapso es > +1cm pero < (tvI -2)cm (más allá del himen; no sobresale más de 2 cm menos que la longitud vaginal total)
4	Prolapso completo; la porción más distal del prolapso es > (tvI-2)cm



anterior wall Aa	anterior wall Ba	cervix or cuff C
genital hiatus gh	perineal body pb	total vaginal length tvI
posterior wall Ap	posterior wall Bp	posterior fornix D

(points Aa, Ba, C, D, Bp, and Ap), genital hiatus (gh), perineal body (pb), and total vaginal length (tvI) used for pelvic

Anexo 3. Gráficos de tamaño de pesarios²⁵

MXKPEC MZ



Cube

Size	In.	mm.
0	1"	25
1	1 3/16"	30
2	1 3/8"	35
3	1 1/2"	38
4	1 5/8"	41
5	1 3/4"	44
6	2"	51
7	2 1/4"	57

MXKPCOND MZ



Incontinence Dish

Size mm.
55
60
65
70
75
80
85

DIAMETER

MXKPRS MZ



Ring with support

Size	In.	mm.
0	1 3/4"	44
1	2"	51
2	2 1/4"	57
3	2 1/2"	64
4	2 3/4"	70
5	3"	76
6	3 1/4"	83
7	3 1/2"	89
8	3 3/4"	95
9	4"	102
10	4 1/4"	108
11	4 1/2"	114
12	4 3/4"	121
13	5"	127

DIAMETER

MXKPGE MZ



Gellhorn

Size In Inches	mm.
1 1/2"	38
1 3/4"	44
2"	51
2 1/4"	57
2 1/2"	64
2 3/4"	70
3"	76
3 1/4"	83
3 1/2"	89
3 3/4"	95

DIAMETER

MXKPDO MZ



Donut

Size In Inches	mm.
2"	51
2 1/4"	57
2 1/2"	64
2 3/4"	70
3"	76
3 1/4"	83
3 1/2"	89
3 3/4"	95

DIAMETER

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Criterios para el tratamiento conservador del prolapso genital con pesario y experiencia institucional en el CMN La Raza
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Ciudad de México, CMN La Raza en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El prolapso genital es una enfermedad muy frecuente. Sus complicaciones secundarias son principalmente alteraciones para orinar, para defecar, alteraciones en la función sexual y dolor en la pelvis. Un tratamiento alternativo a la cirugía consiste en el uso de pesarios que son aparatos mecánicos de silicona que se colocan dentro de la vagina con los cuales se logra introducir el prolapso nuevamente a la vagina y de esta forma mejorar los síntomas. Su uso actualmente es sugerido y tiene buena respuesta ya que mejora los síntomas en la mayoría de las pacientes que lo utilizan.
Procedimientos:	Obtener datos generales de los expedientes. Se valorará que tan fuera de la vagina está el prolapso, el tipo de pesario usado y si fueron utilizados adecuadamente. Se registrará la indicación por la que fueron colocados, el tiempo que utilizaron una crema vaginal (estrógenos) para mejorar el tejido vaginal y la presencia de complicaciones.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la calidad y atención de las enfermas y evitar manejos quirúrgicos innecesarios.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al concluir el presente estudio se darán a conocer los resultados pertinentes que sean útiles o tengan impacto a futuro y pueda ser utilizados en el manejo de pacientes con prolapso
Participación o retiro:	Cuando la paciente lo desee
Privacidad y confidencialidad:	No se dará a conocer el nombre de los pacientes y los datos son confidenciales
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Jazmín Melgoza Arcos. Médico adscrito al Servicio de Urología Ginecológica de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CMN "La Raza", IMSS. Tel. 57245900, extensión 23710. Matrícula IMSS: 98380777
Colaboradores:	Dra. Aurora Garzón García. Residente del 2do año de la subespecialidad de Urología Ginecológica de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS. Tel. 57245900, extensión 23710, Matrícula 98380191
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	