



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO**

**EL USO ACTUAL DEL PESARIO EN EL MANEJO
DEL PROLAPSO GENITAL**

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

PRESENTA

DRA. VANESSA ROCIO FERNÁNDEZ GARCINI

ASESOR: DRA. MARÍA DEL PILAR VELÁZQUEZ SÁNCHEZ



HOSPITAL ANGELES MEXICO

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dr. José Niz Ramos
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
ÁNGELES MÉXICO

Dr. Claudio Francisco Serviere Zaragoza
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Francisco Javier Borrajo Carbajal
COORDINADOR DE EDUCACIÓN MÉDICA FORMATIVA

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por su infinito amor al otorgarme el don de una vida maravillosa llena de bendiciones, pruebas y enseñanzas, las cuales me han convertido en la persona que soy.

A mis papas quienes han sido una guía en este sendero, enseñándome el valor de la vida. Infinitas gracias a ustedes por que sin su apoyo no lo hubiera logrado. Todo lo que soy se los debo. Los amo.

A mis hermanos: Randy y Erick, por ser mis compañeros de aventura, fortalecer nuestros lazos día a día y ser mis motivos de orgullo.

A Juanita, que ya no pudiste ver la realización de este sueño, siendo el catalizador para su inicio, hoy se, que estarás muy feliz en donde te encuentres al ver que mi meta se ha cumplido.

A Delia por estos 4 años de vivencias, fracasos, logros, por tu apoyo incondicional haciendo este camino mucho más fácil al demostrarme en todo momento tu amistad y ayudarme a convertirme en una mejor persona.

A Elena por todo tu apoyo durante la realización de éste proyecto, por enseñarme que la amistad la puedes encontrar en donde menos lo esperas y por las lecciones de vida.

A mi asesora la doctora Velázquez Sánchez por ser un ejemplo de vida, demostrarme en todo momento su apoyo y sus enseñanzas en tantos ámbitos

A Dennehy y Fer por ser mis compañeros y por tantas historias de vida forjadas.

A Alain, Ito, Lissette, Eli, Natalie, Nat, Ramón y Jorge, por tantas enseñanzas y vivencias, hoy me llevo un gran ejemplo de cada uno de ustedes.

A mis amigos y a mi cómplice por su amor, apoyo y comprensión en todo momento.

Al personal del Hospital Ángeles México por su disposición y contribución a mi formación

A mis maestros, quienes con sus horas de paciencia y dedicación me transmitieron sus conocimientos y experiencia, lo cual es invaluable. Infinitas Gracias.

Dr. Ruiz Maldonado

Dr. Hurtado Gorostieta

Dr. Chávez Ramos

Dr. Borrajo Carbajal

Dr. Niz Ramos

Dr. Quiroz y Ferrari

Dr. Serviere Zaragoza

Dr. Zea Prado

Dr. Espinoza Esparza

Dr. Gerardo Oviedo

Dra. Navarro Venegas

Dr. Alejandro González

Dr. Erick García

Dr. Felipe Alfán

Dra. Nayelli Fragoso

Dr. Omar Benitez

Dr. Ordoñez Capuano

Dr. Hernández y Robles

Dr. Sánchez Basurto

Dr. Pastelin

Dra. Villar Caso

Dr. Ricardo Careaga

Dr. Mario Martínez

Dr. Costa Benavente

INDICE

1. INTRODUCCION	1
1.1 GENERALIDADES	1
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	3
1.3 PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS	4
A. ANATOMIA	4
B. ETIOLOGIA	7
C.FISIOPATOLOGIA	8
D.TIPOS DE PROLAPSO	8
E. MANIFESTACIONES CLINICAS	8
F.DIAGNÓSTICO	9
G. TRATAMIENTO	15
1.4 PESARIOS	16
A. DEFINICION	16
B. TIPOS	19
C. INDICACIONES Y USO	23
D. COMPLICACIONES	26
2. OBJETIVOS	27
3. DISEÑO DEL ESTUDIO	27
4. METODOLOGÍA	28
4.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	29
4.2 VARIABLES EN ESTUDIO	30
4.3 LUGAR Y DURACIÓN	32
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
7. CONCLUSIONES	54
8. BIBLIOGRAFIA	56
9. ANEXOS	59

1. INTRODUCCION

1.1 Generalidades

El prolapso de órganos pélvicos es generalmente el resultado, de la pérdida de soporte del piso pélvico y puede causar sintomatología inespecífica, El riesgo de presentarlo incrementa con la edad, paridad, sobrepeso, trabajo de parto prolongado y antecedente de histerectomía.¹ Su importancia radica en que es un padecimiento frecuente. En Estados Unidos las mujeres que se encuentran en la octava década de vida, tienen un 11% de riesgo para ser operadas por presencia de prolapso de órganos pélvicos, con un riesgo de presentar recidiva del 30%.

Estados Unidos proyecta para el año 2030 un incremento poblacional de 40 millones de mujeres mayores de 65 años, lo que hace necesario voltear nuevamente al uso de dispositivos vaginales “pesarios” como una opción práctica en el tratamiento de esta patología.²

La mayoría de los pacientes con prolapso de órganos pélvicos son asintomáticos. Los trastornos de piso pélvico, son frecuentes y por este motivo se realizan casi 400 000 intervenciones quirúrgicas al año en Estados Unidos. No obstante muchos de estos procedimientos fallan inicialmente y ocurren altas tasas de recidiva.

Las alteraciones de incontinencia urinaria y fecal, así como también los problemas de soporte genital y rectal, son comunes en la mujer adulta. Aunque se han realizado avances en el diagnóstico y tratamiento de estos problemas, se limita de alguna forma el cuidado simultáneo de varias formas de disfunción de piso pélvico, lo que conlleva frecuentemente a una serie de cirugías reconstructivas, ya que no se identifican las alteraciones de los órganos adyacentes en el piso pélvico.³

El piso pélvico femenino incluye todas las estructuras dentro de la cavidad ósea pélvica, desde una pared pélvica lateral hasta la pared pélvica opuesta., quedando incluidos el tracto urinario inferior, reproductivo, gastrointestinal inferior y todos los componentes neuromusculares de soporte.

La musculatura del piso pélvico incluye los músculos elevadores del ano y la perineal. La musculatura del elevador brinda soporte a todos los órganos del piso pélvico y está penetrada por la uretra, vagina y ano. Ya que el complejo musculo elevador provee soporte a todos los órganos pélvicos su debilitamiento puede resultar en un efecto negativo en una o todas las funciones del piso pélvico. La disfunción muscular puede resultar de un estiramiento excesivo o un desgarro de la fascia endopélvica que cubre estos músculos de la pared ósea.⁴

La etiología más común ocurre durante el parto vaginal. Una lesión neurológica resulta en parálisis, así mismo cualquier lesión espinal puede resultar en debilitamiento del piso pélvico. Una lesión del nervio pudendo podría resultar en una disfunción.

El origen del trastorno del piso pélvico es multifactorial. Dentro de las causas del trastorno de piso pélvico se encuentran la deficiencia de estrógenos, la presión intraabdominal crónica por obesidad, enfermedad pulmonar, levantamiento de objetos pesados, estreñimiento crónico, pujo durante la defecación y la lesión neurológica, todos ellos pudieran influir en la aparición de prolapso genital. La presencia de anomalía subyacente de tejido conectivo en los ligamentos del piso pélvico y la aponeurosis, son causas de trastornos en el sostén pélvico, debido a que la colágeno y la elastina dan la fuerza y la flexibilidad a ligamentos, tendones y aponeurosis.

El tejido conectivo es el cemento del cuerpo. Sus principales componentes son colágeno y elastina, fibras que constituyen una sustancia fundamental de poliosacáridos, la cual se trata de proteoglicanos y glucoproteínas, que son conocidos por sus funciones especializadas de lubricación, hidratación y sostén. Los glucosaminoglicanos son mucopolisacaridos que forman una capa protectora

dentro de la vejiga. El condroitinsulfato contribuye a la rigidez de la sustancia fundamental del cartílago.

En cuanto a la colágena, proteína más frecuente del cuerpo humano, constituye 30% del contenido total de proteínas, sus fibras siguen la dirección de la distensión en los tejidos. La colágena tipo III, suele encontrarse en la tipo I en diversos grados, se encuentra en mayor proporción en tejidos que requieren un mayor grado de flexibilidad.⁴

1.2 Epidemiología

El prolapso de órganos pélvicos afecta aproximadamente al 50% de las mujeres que tuvieron algún nacimiento por vía vaginal, presentándose después de los 50 años y con una prevalencia del 30 al 50%. Las mujeres con un prolapso de órganos significativo usualmente cursan con sensación de masa a nivel vaginal, la cual puede cursar con sintomatología urinaria, intestinal o disfunción sexual. Sin embargo muchas de estas mujeres no acuden al médico ya sea por vergüenza o por el temor de que puedan cursa con algún tipo de cáncer.⁵

Se sabe que el prolapso de órganos pélvicos, está acompañado de una distorsión de la anatomía de la uretra, lo cual puede causar problemas en el vaciamiento vesical, con un aumento gradual de la presión de llenado máximo, lo cual se presenta conforme avanza el prolapso. Otro de los aspectos que presenta un impacto negativo es la función sexual.

Las modalidades de tratamiento no quirúrgico para el prolapso de órganos pélvicos incluyen: ejercicios de piso pélvico, rehabilitación y dispositivos mecánicos “pesarios”. El pesario puede ser utilizado como medida temporal para el control de los síntomas, en aquellas pacientes que rehúsan la cirugía o en las que se encuentran en espera por diversas circunstancias. Además de que el pesario ha demostrado que puede disminuir el grado de prolapso después del primer año.⁶

A pesar de las ventajas del uso del dispositivo, aún existe resistencia a su uso como primera línea en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, ya que es percibido como inconveniente tanto por el médico como por el paciente.

Además hay pocos estudios prospectivos que validen con el uso de un cuestionario, la mejoría de la sintomatología tras su uso.

1.3 Generalidades de Prolapso de Órganos Pélvicos

A. Anatomía

Piso Pélvico

La posición del piso pélvico con respecto a la cavidad abdominal determina su función.

El piso pélvico yace en el fondo de la cavidad abdominal, y cierra el conducto dentro de la pelvis ósea. Debe de actuar como capa de sostén que previene el descenso de los órganos abdominales y pélvicos, a través de la abertura de la pelvis ósea. El sostén del piso pélvico depende de la acción coordinada del músculo estriado y elevador del ano y los músculos lisos de los órganos pélvicos, elementos que deben funcionar juntos para controlar el almacenamiento y la evacuación de la orina y heces, en tanto participan en la concepción y el parto.

En 1994 DeLancey habla de una teoría de continencia, donde propone que la fascia pubocervical, provee un soporte tipo hamaca (*hammock – like support*) para el cuello vesical, creando un apoyo firme para la compresión de la uretra proximal durante los incrementos de presión intraabdominal; además de una conexión de la fascia pubo cervical con la inserción de los músculos elevadores del ano de la sínfisis del pubis; donde hipotetiza que esta conexión permite una activa elevación del cuello vesical. Actualmente se acepta la Clasificación de DeLancey, la cual nos define los tres niveles de soporte.^{6,24}

Nivel I: Los ligamentos útero cardinales proporciona una fijación apical del útero y la vagina, hacia el sacro. El prolapso ocurre cuando este complejo de ligamentos se rompe o pierde fuerza.

Nivel II. El arco tendinoso de la fascia endopélvica y la fascia que recubre a los músculos elevadores del ano, ofrecen un apoyo a la parte media de la vagina.

Nivel III: El diafragma urogenital y el cuerpo perineal proporcionan apoyo a la parte inferior de la vagina.

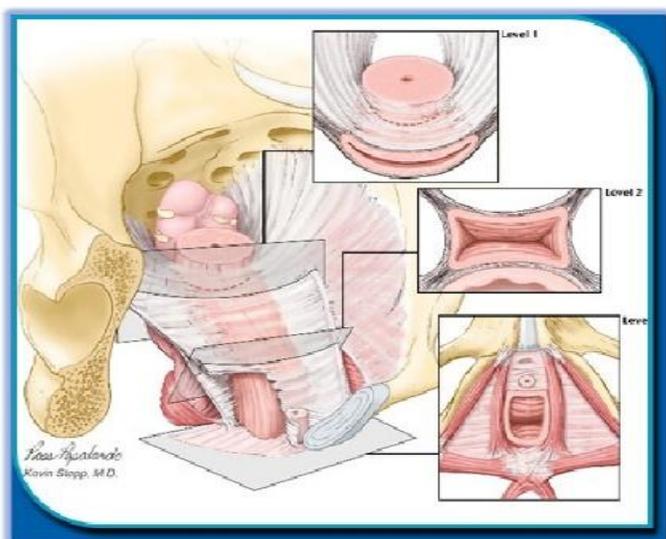


Fig. 1 Niveles de De Lancey

Los músculos del periné femenino actúan de manera conjunta. Éstos junto con los ligamentos sirven de base para el funcionamiento ideal de los mecanismos de micción, evacuación y continencia.

Los músculos del piso pélvico son clasificados en dos grupos: diafragma urogenital y diafragma pélvico., esto basado en estructuras funcionales con respecto a la dinámica de órganos pélvicos - teoría de piso pélvico - , la cual consta de 3 componentes: ^{4,6}

- Superior: Con la contracción en dirección horizontal, con participación en el mecanismo de continencia. Está representada por

el músculo pubococcigeo (contracción en dirección anterior) y por el músculo elevador del ano (contracción en dirección posterior).

- Intermedio: Con contracción en sentido caudal (para abajo), responsable de las angulaciones del recto, vagina y cuerpo vesical,
- Inferior: Con contracción horizontal, tiene función de soporte, de los componentes más externos del aparato genital femenino, representado por el diafragma urogenital.

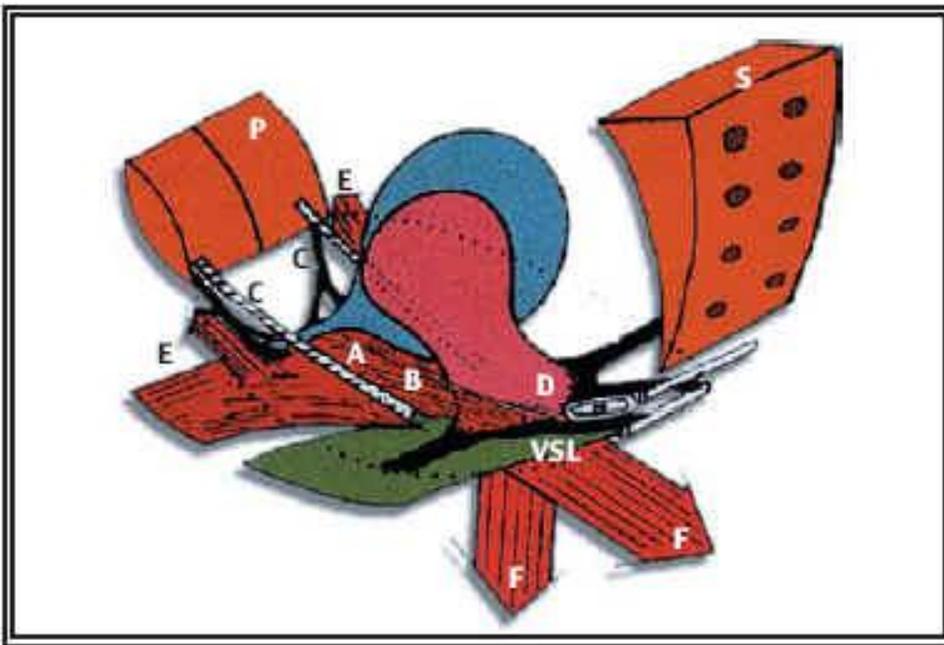


Fig.2 Teoría Integral de Piso Pélvico

Musculatura del Piso Pélvico

Los músculos del piso pélvico dan un sostén de ajuste elástico constante para los órganos pélvicos y ayudan a mantener la continencia urinaria y fecal. Para que la musculatura del piso pélvico funcione adecuadamente deben de existir tres condiciones:

- Los músculos y su inervación deben de estar desarrollados de una manera total y normal.
- Los músculos deben de tener una inserción adecuada

El aporte de nervios aferentes y eferentes debe estar íntegro. Las anomalías congénitas sutiles pueden predisponer a las pacientes a disfunción neuromuscular. La prevalencia del prolapso de órganos pélvicos, varía dependiendo de la población estudiada y los criterios de inclusión en los estudios realizados. Sin embargo mujeres de todas las edades pueden encontrarse afectadas, siendo más común en mujeres de edad avanzada, post menopáusicas y multíparas.^{4, 6,7}

Los traumatismos incluyendo los obstétricos, pueden dañar las inserciones normales de estas estructuras y disminuir su eficacia. Por último el parto, el pujo durante la defecación y la edad creciente, pueden causar lesión por denervación, lo que complica otros factores presentes.

Conforme evoluciona la lesión por denervación, la placa elevadora pudiera plegarse, disminuyendo el sostén pélvico y predisponiendo a las pacientes a prolapso. La lesión por denervación también puede hacer menos eficaz el reflejo compensatorio de contracción del piso pélvico, durante actividades físicas estresantes, disminuyendo el sostén que el trampolín pélvico puede dar a la uretra y al cuello vesical. Por último la lesión por denervación puede causar una menor presión de la compresión y cierre en el conducto anal y la uretra, predisponiendo a las pacientes a incontinencia.⁸

B. Etiología

Dentro de los factores de riesgo que encontramos se sitúan por categorías:⁹

- Grupo étnico: hispano
- Generales: edad avanzada (pacientes post menopáusicas), índice de masa corporal aumentado y estrato socioeconómico bajo.
- Aumento de la presión intraabdominal: tosedores crónicos, enfermedad pulmonar crónica y constipación crónica
- Obstétricos: Embarazos múltiples, trabajo de parto prolongado, uso de fórceps, productos macrosómicos, realización de episiotomía
- Cirugías previas: Histerectomía, cirugía vaginal

C. Fisiopatología

Las causas de prolapso son multifactoriales, siendo resultado de la pérdida del soporte mantenido por la compleja interacción entre el músculo elevador del ano, la vagina, el tejido conectivo, así como también el daño del nervio pudiendo el cual puede ocurrir durante el nacimiento por vía vaginal.

En mujeres sanas en donde el músculo elevador del ano se encuentra con tono adecuado y la vagina tiene una adecuada profundidad y tono, se puede presentar la entidad en donde la pared vaginal anterior puede incrementar la presión. Otra causa se encuentra cuando el músculo elevador del ano pierde tono, moviéndose este de un plano horizontal a una posición semi vertical creando un aumento en el diámetro del hiato genital, lo que modifica las fuerzas del piso pélvico, con injerencia en el soporte de éstos órganos. Cuando se pierde tejido conectivo el resultado es prolapso de órganos pélvicos.^{9,26}

D. Tipos de Prolapso

El prolapso órganos pélvicos se divide en 3 categorías:

- Cistouretrocele, cistocele
- Prolapso uterino vaginal, prolapso de la cúpula vaginal
- Enterocele, rectocele

E. Manifestaciones clínicas

Casi de modo invariable, el síntoma principal que refieren las pacientes es “*sentir algo que desciende*”. Las mujeres pueden referir la aparición de un bulto o una “*sensación de presión*” en la vagina que empeora al finalizar el día, se alivia con el decúbito y desaparece por completo en la mañana. Pueden encontrarse

también síntomas urinarios como *chorro deficiente, tenesmo vesical, esfuerzo para orinar, vaciamiento incompleto, infecciones de vías urinarias recurrentes y la necesidad de reducir el abultamiento por medios digitales para orinar o defecar.*¹⁰

En cuanto a los síntomas, estos pueden ser:

- Locales: sensación de cuerpo extraño en el introito vulvar, que aumenta con el esfuerzo y se reduce con el reposo. Dolor pélvico o tirante en el hipogastrio y pesantez. Pérdida hemática de decúbito del cuello uterino.
- Urinarios: incontinencia, disuria, polaquiuria y dificultad para el vaciamiento.
- Anorrectales: estreñimiento, tenesmo, sensación de retención fecal e incontinencia.
- Sexuales: dispareunia, dificultad o imposibilidad de coito.

F. Diagnóstico

En la actualidad, la clasificación del prolapso, es por compartimentos, que corresponden, a su vez, a la pared de la vagina, por la cual protruye el prolapso.

- Compartimento anterior (pared vaginal anterior)
Cistourethrocele, cistocele
- Compartimento medio (apical)
Prolapso uterino vaginal, prolapso de la cúpula vaginal
- Compartimento posterior
Enterocele, rectocele

El objetivo de la exploración es diagnosticar el sitio específico del defecto que causa el prolapso, con ello puede programarse el tratamiento más adecuado, sobre todo si es quirúrgico. Por lo que es necesario tener presente la anatomía y los elementos de sostén de órganos pélvicos: fascia endopélvica, el arco tendinoso, diafragma pélvico, cuerpo o cuña perineal y esfínter externo. Lo que

permitirá dirigir la exploración al sitio específico del defecto del soporte pélvico, que consta de: uretra, porción central y lateral de la pared vaginal posterior, periné y esfínter externo.^{4, 6,10}

Se introduce un espejo vaginal para visualizar la vagina y el prolapso de órganos pélvicos. Mientras se le pide a la paciente que realiza maniobra de Valsalva. El descenso y la movilidad de la uretra se evalúan fácilmente mediante la prueba del hisopo, tanto en reposo como en esfuerzo.

Los defectos del sostén uretral se vinculan en general con la pérdida parauretral de éste. Conforme a la paciente con hipermovilidad uretral puja la uretra rota hacia atrás y su unión con la vejiga se endereza en tanto el meato rota anteriormente. El defecto del sostén parauretral puede confirmarse utilizando una pinza de anillos curva abierta cuyas ramas se colocan en una posición lateral a la uretra, para dar sostén parauretral conforme la paciente puja. Al aplicar sostén uretral lateral se debe observar si hay alguna corrección del descenso rotacional. La prueba del hisopo permite cuantificar de manera objetiva el grado de movilidad. Cuando una paciente puja la uretra no suele rotar más de 30 grados con respecto a la horizontal, pero alguna multíparas pudieran haber perdido el sostén uretral sin presentar incontinencia.

La vejiga yace sobre la aponeurosis pubocervical trapezoidal que se une en sentido distal con la membrana perineal y esta insertada lateralmente con el arco tendinoso de la aponeurosis pélvica y por arriba con los ligamentos cardinales, el ligamento ancho y el cuello uterino o la cúpula vaginal.

Los defectos de sostén que afectan a la pared vaginal anterior pueden ocurrir en la línea media, en sentido lateral o paravaginal, por arriba o en cualquier combinación de estos sitios. Se valoran utilizando la pinza de anillos con la curva dirigida hacia las espinas ciáticas, las caras laterales de la pared vaginal anterior y la aponeurosis pubocervical. Las pinzas se colocan después lateralmente, y se pide a la paciente que puje a l máximo. Si puja y no hay defectos anteriores evidentes tiene pérdida de sostén lateral o paravaginal. Si cuando puja hay

alguna mejoría su sostén anterior, pero continúa teniendo protrusión en la línea media a través de los brazos abiertos de la pinza, también tiene un defecto de la aponeurosis pubocervical en la línea media. Cuando la paciente puja y no presenta descenso en la línea media, el defecto de sostén es medio o central.

La pérdida superior del sostén se caracteriza por varias claves clínicas. Cuando la paciente puja, si el epitelio vaginal anterior aparece adelgazado y brillante con pérdida de las arrugas desde la cúpula vaginal hasta la base de la vejiga, y la pared vaginal anterior es más larga que la posterior, es muy probable que haya pérdida superior del sostén de la aponeurosis pubocervical. Los defectos superiores suelen vincularse con defectos de la línea media.

Con un sostén inadecuado de ligamentos úterosacros y cardinales, el cuello puede descender desde su posición normal a la mitad del trayecto hasta el himen, la mitad por fuera del himen o totalmente por fuera de éste.

Con la pérdida de sostén en el fondo de saco, el epitelio subyacente suele adelgazarse y hacerse brillante, en tanto el intestino lo distiende. La palpación del intestino delgado en el fondo de saco o la evidencia visual de peristaltismo en este ayuda a confirmar el diagnóstico de enterocele, pero en general no está presente. Se deberá colocar el dedo índice en el ámpula rectal anterior y el pulgar en la cúpula vaginal, para palpar el tabique rectovaginal en cuanto a presencia de intestino delgado entre recto y vagina.

La aponeurosis perirrectal se extiende por arriba desde el fondo de saco hasta el cuerpo perineal, distalmente y a los lados, hasta la aponeurosis del elevador. Los defectos en esta estructura de sostén aponeurótico ocurren sobre todo en la línea media, pero se puede presentar a los lados o en sentido transversal, cerca del periné o la cúpula vaginal.

La pinza de anillos curva puede colocarse en la parte posterior y a los lados, en un intento para reducir el defecto posterior. Si continúa habiendo protrusión con la pinza abierta, el defecto está en la línea media, se puede cerrar

la pinza y usarse para sostener dicha línea. Si no hay pérdida de sostén cuando la paciente puja, el defecto está en la línea media.

En 1996 la Sociedad Americana de Uroginecología, La Sociedad de Cirujanos Ginecológicos y La Sociedad Internacional de Continencia, adoptaron un sistema para evaluar el prolapso genital, el cual se conoce como POPQ (*Pelvis Organ Prolapse Quantitative Site Specific Exam and Staging System*).^{10,23}

La descripción cuantitativa del sitio especificado se resume de la siguiente forma:

El himen es el punto de referencia fijo y se describen seis puntos definidos alrededor de las paredes vaginales: dos anteriores, dos posteriores y dos apicales, los cuales se localizan con respecto a su relación con el himen.

La porción anatómica de los seis puntos debe referirse en centímetros, arriba o proximal al himen en números negativos (-1, -3), abajo o distal al himen en números positivos y el plano del himen se define como 0. Estos seis puntos son;

- Punto Aa: se coloca en la parte media de la pared vaginal anterior, - 3cm (-3) proximal al meato uretral, y corresponde a la localización aproximada del repliegue vesicouretral. Por definición el rango, de la posición del punto Aa es de -3 a + 3
- Punto Ba: representa la porción más distal de la pared vaginal anterior, desde la cúpula vaginal o fondo de saco anterior hasta el punto Aa. En ausencia del prolapso se localiza a -3 cm y puede llegar a tener valor positivo, igual que la posición de la cúpula vaginal en casos de eversión total post histerectomía.
- Punto C: representa el borde mas distal del cuello o de la cúpula vaginal
- Punto D representa la localización del fondo de saco posterior en una mujer que aún conserva el útero. Corresponde al nivel de inserción de los ligamentos útero sacros en la porción proximal del cuello uterino. Este punto se omite en ausencia del cuello.
- Punto Ap: Se localiza en la línea media de la pared vaginal posterior, 3 cm (-3), proximal al himen. Su rango de posición es de - 3 a 3 cm.

- Punto Bp: representa la posición más prominente de la pared vaginal posterior, desde la cúpula vaginal o el fondo de saco posterior hasta el punto Ap. En ausencia de prolapso el punto Bp, por definición esta a -3 cm y puede tener valor positivo, igual que la posición de la cúpula en una mujer con eversión vaginal, total post histerectomía.

Los siguientes tres puntos completan la descripción cuantitativa:

- Hiato genital (GH): medida de la parte media del meato uretral a la parte media posterior del himen.
- Cuerpo perineal (PB): Va de la parte posterior del hiato genital, a la porción media de la apertura anal.
- Longitud total de la vagina (TVL): Es la máxima profundidad de la vagina en centímetros, cuando los puntos C o D se han reducido a la posición normal.

Una vez que se miden los diferentes puntos, nueve en total, los valores se expresan en una gradilla de 3 x 3 compartimentos, que representan cada uno de los sitios anatómicos mencionados .

Este sistema cuantitativo puede expresarse en una clasificación por estadios cuando no es necesario expresarlo en forma acuciosa. Se hace de la siguiente manera:

Tabla 1.1 Evaluación y Etapificación de Prolapso de Órganos Pélvicos

Clasificación Walker	Baden	Estadio	Sistema de cuantificación Prolapso de órganos pélvicos
Grado	Descripción	Estadio	Descripción
0	Sin prolapso	0	No prolapso
1	Por encima del himen	1	>1 cm por arriba del himen
2	A nivel del himen	2	< = 1cm por arriba o debajo del plano del himen
3	Por debajo del himen	3	>1cm por debajo del himen, pero no hay protrusión mayor a 2 cm del total de la vagina
4	Prolapso máximo posible	4	IV Eversión completa del tracto genital bajo

Un punto importante para valorar la calidad de vida, es el uso de cuestionarios específicos, siendo instrumentos de evaluación. El *King's Health Questionnaire* fue desarrollado por Keller y Cardozo, en el Hospital de *King's College*. Es un cuestionario para la evaluación del impacto de la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida, que también incorpora la evaluación objetiva de algunos síntomas urinarios.

El cuestionario se basa en 21 preguntas que se agrupan en tres partes. La primera parte, contiene preguntas sobre salud general y la segunda acerca de síntomas urinarios. La tercera parte incluye cuestionarios sobre siete dominios de la calidad de vida entre ellos, el papel desempeñado, el dominio físico, social, personal, problemas emocionales, trastornos del sueño e impacto en la incontinencia.¹¹

G. Tratamiento

El tratamiento del prolapso vaginal, casi siempre, se basa en datos encontrados por el médico, para decidir si la mujer necesita o no tratamiento.

Existen modalidades no quirúrgicas para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, las cuales incluyen ejercicios de piso pélvico y fisioterapia.¹²

Los pesarios han sido utilizados como manejo temporal para el control de la sintomatología mientras se lleva a cabo el tratamiento quirúrgico o como manejo en las pacientes que no son candidatas a tratamiento quirúrgico por diversas circunstancias. Además se ha visto que el uso del pesario puede disminuir el grado prolapso de órganos pélvicos después de un año de uso.¹³

Tradicionalmente el prolapso se ha tratado mediante intervención quirúrgica, cuya naturaleza dependerá del tipo. La finalidad de la cirugía deberá ser aliviar los síntomas de la paciente al reparar cada parte del apoyo pélvico que es anormal. La mayoría de las pacientes con prolapso tienen defectos en más de un sitio, por lo que se deberá prestar atención a corregirlos todos dentro de un mismo procedimiento quirúrgico.¹⁴

Actualmente se cuenta con una gran variedad de operaciones, para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, se han hecho estudios que comparan la efectividad del pesario contra la cirugía, sin embargo no se cuentan con muchos estudios al respecto. En un estudio que comparó ambas líneas se observó que las mujeres que fueron sometidas a un tratamiento quirúrgico, tuvieron tasas de re intervención de un 13 % (llegando a ser hasta 56%), además de desafortunadamente no se tiene un consenso debido a que estas cirugías no fueron realizadas por el cirujano previo, por lo que se subestima el porcentaje de recurrencia.¹⁵

1.4 Pesarios

A. Definición

El pesario se ha utilizado durante siglos como tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos y recientemente para manejo de incontinencia urinaria de estrés.

El pesario es un dispositivo que se coloca dentro de la vagina, cuya finalidad es restaurar en su sitio los órganos pélvicos prolapsados. Estos dispositivos se utilizan para todos los grados de prolapso de órganos pélvicos en mujeres con o sin incontinencia urinaria. Actualmente se utilizan de material de látex o silicón debido a su durabilidad, facilidad para limpieza, poca o nula absorción de secreciones y ausencia de mal olor. La opción de su uso debe ser discutido con cada mujer que presente prolapso y que se garantice el tratamiento en base a los síntomas presentados. Tradicionalmente los pesarios han sido utilizados a corto y largo plazo.¹⁶

En el primer caso se encuentra indicado en pacientes que se encuentran en espera de cirugía y en el segundo caso en pacientes que se encuentran con alguna comorbilidad que no las hace candidatas para tratamiento quirúrgico o en pacientes que rehúsan este tipo de tratamiento. Sin embargo los **pesarios pueden ser utilizados en todos los casos donde no se pueda efectuar cirugía.**

Algunas enfermedades como: artritis, demencia, enfermedad pélvica inflamatoria, vaginitis y endometriosis, pueden limitar el uso del pesario. El pesario no debe ser colocado en pacientes a quienes no se les haya instruido en su uso, porque en estos se incrementaría el riesgo de complicaciones.¹⁷

El prolapso sintomático de los órganos pelvianos no es exclusivo de la ginecología moderna. De hecho la incidencia y la severidad de la relajación pelviana deben haber sido mayores cuando las mujeres tenían más hijos, trabajos de parto prolongados y difíciles, además de que no se realizaba nacimiento por vía abdominal.

El uso de los dispositivos vaginales como tratamiento para el tratamiento de órganos pélvicos, se remonta a cientos de años, aún antes del nacimiento de Cristo. En su revisión de 4000 años prolapso pelviano, Emge rastreó la historia del prolapso genital y su tratamiento hasta los egipcios alrededor de 2000 a.C. En el papiro egipcio Kahum, traducido en 1893, se encuentran varias referencias al útero caído. Hipócrates usó la sucusión para el prolapso, procedimiento en el cual la mujer era atada a una escalera en el que se movía hacia arriba y abajo con la esperanza de que los órganos prolapsados retornaran a su posición normal mientras ella estaba en una posición invertida.¹⁸

En la era pre quirúrgica, el único tratamiento para el prolapso eran los dispositivos mecánicos toscos hechos de una variedad de materiales como esponja, algodón, lienzo, madera, caucho, marfil y diversos materiales. Muchos se mantenían en su lugar con ligaduras. Aunque en la actualidad se usan fundamentalmente para tratamiento de prolapso sintomático de los órganos

pelvianos y la incontinencia urinaria de esfuerzo, a fines de 1800 y comienzos de 1900 se usaron ampliamente para la dismenorrea, el desplazamiento del útero, los trastornos menstruales y prácticamente para cualquier dolencia ginecológica.²⁰ En 1867 La Asociación Médica Americana documentó 123 tipos diferentes de pesarios.

El siglo XX presencié el progreso de las técnicas de anestesia y quirúrgicas, así fue como surgió una nueva opción para el tratamiento del prolapso. La corrección quirúrgica se hizo tan habitual que en las décadas de 1950 y 1960 el uso de pesarios fue considerado peligroso y obsoleto en ginecología moderna.

Como resultado de esto desapareció el entrenamiento en el arte del pesario. Pocos libros de texto incluyen algo más que una breve discusión del tema y los residentes terminan su capacitación sin experiencia en formas alternativas de tratamiento de la relajación pelviana.¹⁹ Recientemente ha habido un resurgimiento del uso de los dispositivos de soporte vaginal. Las publicaciones actuales discuten el tratamiento no quirúrgico del prolapso y la incontinencia urinaria de esfuerzo, donde de detalla el uso de métodos mecánicos.

Históricamente el uso de estos dispositivos para el prolapso de órganos pélvicos se focalizó en la paciente anciana desde el punto de vista médico; sin embargo este puede utilizarse en todas las edades.

La mayoría de los pesarios modernos están fabricados de plástico inerte de calidad médica y de siliconas en reemplazo de los antiguos tipos de bakelita y goma. Los pesarios de silicona son más duraderos, se pueden esterilizar en autoclave y no absorben secreciones ni olores. Los dispositivos de soporte vaginal, se venden en una cantidad de formas y tamaños para distintas indicaciones. Las similitudes en cuanto a forma y función hacen innecesario disponer de todos los tipos y tamaños. Los profesionales deben de familiarizarse con los beneficios y limitaciones de estos dispositivos, de manera que puedan utilizarlos en el cuadro clínico correcto.²⁰

B. Tipos de Pesarios

Pesario Gellhorn

El pesario de Gellhorn es redondo con una superficie cóncava que calza el vértice de la vagina o contra el cuello. Posee un botón que se proyecta a partir de su centro y que hace presión contra el cuerpo perineal. La base del pesario es lo suficientemente grande como para soportar el tejido apoyado en él sin ejercer

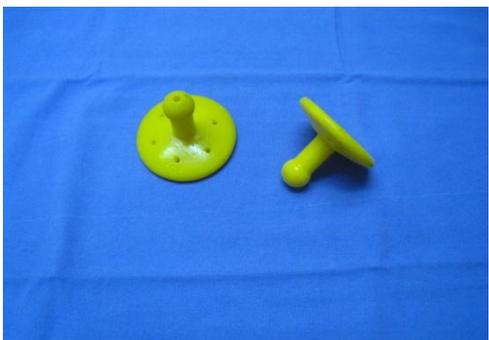


Figura 3.1 Pesario Gellhorn

excesiva presión en ningún área en particular. La superficie cóncava proporciona aspiración, lo que ayuda a evitar la expulsión espontánea del dispositivo, mientras que el mango impide que gire dentro de la vagina y permite su fácil extracción por parte de la paciente. Este pesario es ideal para

pacientes con prolapso de órganos pelvianos que tienen un cuerpo perineal intacto, pero no una abertura amplia del introito. Existe de forma rígida de acrílico y flexible de silicona.^{18, 24,25}

Para insertar el Gellhorn se separan los labios, se presiona el periné hacia abajo y se introduce el dispositivo de forma oblicua a través del introito. A continuación se empuja el Gellhorn hasta arriba hasta el final de la vagina, hasta que solo se pueda ver la punta del mango. Para sacarlo se toma el mango y se gira el pesario hacia un lado para eliminar la aspiración. Se trae suavemente hasta el introito y se saca suavemente mientras se deprime suavemente el periné.

El Gellhorn flexible de siliconas es más fácil de poner y sacar y se puede esterilizar en autoclave. El de acrílico no se puede poner en autoclave ni hervir o esterilizar en alcohol. Puede ser desinfectado sumergiéndolo en glutaraldehído (cidex) o clorofeno durante 15 minutos y enjuagándolo luego.

El pesario de Shaatz es similar al de Gellhorn, pero sin mango. Para sacarlo se introduce el índice en el agujero central y se lleva el pesario hasta el introito donde es comprimido y luego se extrae.

Dispositivo en forma de rosquilla “Dona”



Figura 3.2 Pesario Dona

La variedad de goma roja ha sido reemplazada por el material de silicona, más aceptable. Al oprimir los lados de la rosquilla, el tamaño puede ser reducido un tercio, para que entre más fácilmente. Este tipo de pesario es útil sobre todo en mujeres con severo prolapso de órganos pelvianos y soporte perineal disminuido.^{18, 24,25}

El inflatoball “dona inflada” de goma de látex tiene forma de rosquilla con una tubuladura externa a la vagina para inflar y desinflar. Un bulbo adosable para inflar hace que la inserción y la extracción por parte de las pacientes sea un procedimiento simple. La tubuladura puede ser molesta para algunas pacientes, La mayoría de las pacientes esconden el pesario dentro de la vagina. Es útil para mujeres con mal soporte perineal y prolapso de órganos pelvianos. Debido a que está confeccionado con goma de látex absorbe las secreciones y los olores y debe ser extraído y limpiado periódicamente. Se debe interrogar a la paciente respecto de su sensibilidad a productos de látex, antes de colocarle un pesario inflatoball.

Dispositivos anulares “Anillo”

El pesario anular tiene el aspecto del borde externo de un diafragma. El anillo con soporte tiene un diafragma poroso para proporcionar apoyo adicional a un cistocele. Para los profesionales familiarizados con su uso, este dispositivo es más fácil de utilizar. El pesario anular se inserta doblándolo por la mitad a nivel de las muescas, de manera que la concavidad del arco formado apunte hacia abajo. Se deja que el pesario se abra dentro de la vagina y cuando se le da un cuarto de vuelta a la bisagra de pliegue queda en forma transversal. La orientación debe ser similar a la del diafragma, y el pesario debe yacer atrás del cuello y por debajo de

la sínfisis pubiana. Para sacarlo se le hace girar hasta que se palpa la muesca, se dobla por la mitad y se extrae. El pesario anular es particularmente útil para el prolapso de órganos pélvicos leve o moderado.^{18, 24, 25,27}

El pesario anular para incontinencia está creado específicamente para estabilizar una uretra hiper móvil. Tiene una protuberancia añadida al anillo que calza por detrás del pubis

Pesario de Cubo



Figura 3.3 Pesario Cubo

El pesario en cubo contiene seis copas cóncavas de aspiración que se adhieren a la pared vaginal. Tienen adherido un hilo para localizar el pesario. Se utiliza menudo en ancianas con eversión de la cúpula vaginal y soporte perineal deficiente. Debido a que las secreciones pueden ser retenidas por este pesario, puede producir olor si se deja colocado por períodos prolongados. Además

de que se hace muy difícil eliminar la aspiración para extraerlo.

En comparación con otros tipos de pesario, su manejo puede ser más difícil para la paciente por lo que puede requerir la ayuda de un miembro de la familia o una enfermera. El cubo se inserta comprimiéndolo y ubicándolo alto en la vagina. Para extraerlo se localiza el hilo pero no se tira de él. Se pasa un dedo alrededor del cubo para eliminar la aspiración. A continuación se aplasta y se extrae.

Pesario Gehrung

Hecho a base de silicona es flexible y tiene forma de arco. Proporciona soporte a la pared vaginal anterior en pacientes con cistocele ya que sus barras laterales se montan a horcajadas sobre el recto y aplastan un rectocele. La mejor forma de insertarlo en la vagina es con las barras de dirección antero posterior

(es decir de costado) A continuación se rota dentro de la vagina de manera que las barras convexas se encuentren hacia la vagina anterior.

Pesarios de palanca

Los pesarios de palanca son variaciones del diseño original de Hugh Lenox Hodge. Fueron diseñados para corregir la retroversión del útero mediante desplazamiento hacia atrás del cuello y por lo tanto colocando el útero en antroversión. El pesario de Hodge tiene una rama anterior ancha. La rama anterior más estrecha del pesario de Smith es para pacientes con un arco pubiano más estrecho. El Risser es otra variante de los dos anteriores, para arcos pubianos aún más planos.^{18, 24,25}

Cuando se insertan los pesarios de palanca o de desplazamiento en un paciente con útero en retroversoflexión, el útero debe colocarse en antroversoflexión en primer lugar. Con dos dedos en la vagina el útero se manipula fuera del fondo de saco y si es posible se mantiene en su lugar con la mano opuesta sobre la pared abdominal anterior. Alternativamente, se puede poner un tenáculo en el cuello o la paciente puede ser colocada en posición genupectoral para ayudar a colocar el útero en antroversoflexión. Los pesarios de tipo palanca se doblan a lo largo de su eje mayor, para después insertarlos en la concavidad del eje mayor que debe mirar hacia adelante, mientras que la barra curvada posterior se introduce dentro del fondo vaginal posterior. La barra posterior se ubica por detrás del cuello, y la anterior queda detrás de la sínfisis pubiana sosteniendo la uretra proximal.¹⁷

Pesario para incontinencia

Indicado para todos los estadios de prolapso uterino. No debe removerse diariamente, tiene poca dificultad para su manejo.

Pesario Smith Hodge

Indicado para cuando existe embarazo y presencia de útero en retroversoflexión. Dentro de sus características se encuentra que es de fácil manejo para la paciente, con poca probabilidad de provocar erosión, se utiliza durante el segundo trimestre del embarazo, si hay presencia de sintomatología asociada al prolapso de órganos pélvicos.

El uso del pesario es utilizado rara vez como tratamiento del prolapso de órganos pélvicos. Sin embargo puede ser considerado como una alternativa para el paciente, ya que es un manejo mínimamente invasivo y seguro. La mayoría de los estudios reportan un éxito del 85% con su uso.

C. Indicaciones y Uso

Actualmente las indicaciones para el uso del dispositivo de soporte vaginal se han expandido en lugar de disminuir. El conocimiento exacto de estas circunstancias y el papel exacto de cada dispositivo es esencial si se desea ofrecer a las pacientes una gama completa de opciones de tratamiento. Cuando se recomienda un dispositivo de soporte vaginal, la elección depende de muchos factores, entre los que se encuentran disponibilidad, automanejo por parte de la paciente, costo, conocimiento de sus indicaciones por parte del médico y comodidad para la paciente.¹⁹

Los pesarios se colocan tras ensayo de diferentes tamaños de diseño elegido para un defecto en particular. El objetivo es utilizar el tamaño más grande que la paciente pueda retener confortablemente. Si el pesario es expulsado de manera parcial o completa cuando la paciente realiza la maniobra de Valsalva, se debe elegir uno más grande o un tipo diferente. Si se ha colocado un pesario de diseño y tamaño apropiado, la paciente debe caminar alrededor del consultorio para

confirmar que la ubicación es confortable y no se produce expulsión parcial o completa. En este momento la paciente debe ser instruida en su manejo.

El pesario debe ser confortable en todas las posiciones del cuerpo. El coito es posible con los pesarios anulares, el Gehrung o el de palanca puestos en su lugar.

Se le debe explicar a la paciente de que no es infrecuente que tenga que modificar el tamaño o el tipo de pesario y de que se debe comunicar cualquier dificultad o insatisfacción con su uso. Se les enseña como retirar el pesario por la noche, limpiarlo con agua, jabón y reinsertarlo con lubricación en la mañana. Una vez que se ha elegido el pesario del tamaño adecuado y que la paciente lo maneja sin dificultad durante varias semanas es aconsejable citarlas cada 6 a 12 meses. Las pacientes que no pueden manejar el pesario por sí mismas pueden ser ayudadas por un miembro de la familia. Debe enfatizarse a todas las pacientes sobre la importancia de cumplir con los lineamientos recomendados.

Cabe destacar la importancia para el éxito del tratamiento con el pesario, que este vaya acompañado de terapia estrogénica (si no hay contraindicación), ya sea vía oral o vaginal, además de cambios en el estilo de vida tales como: entrenamiento de piso pélvico (ejercicio de Kegel, pérdida de peso, suspensión del tabaquismo, tratamiento para el estreñimiento, además de acompañarse de estimulación eléctrica o biofeedback.^{12, 25}

Los pesarios se pueden englobar en dos grupos:

- Los de soporte: para prolapso grado I – II.
- Los que ocupan todo el espacio vaginal: indicados en los grados de prolapso mayores.

En las mujeres con atrofia vaginal, se pueden emplear antes de su uso, estrógenos tópicos locales 2 a 3 veces por semana, un mes previo a su colocación.

Posterior a la colocación del pesario, se recomienda que la paciente deambule en el consultorio para asegurarse que el pesario colocado haya sido de la medida adecuada y que por lo tanto este no se salga de la cavidad vaginal. Además deben de evacuar y miccionar en el consultorio para corroborar que no haya dificultad con la colocación del dispositivo.

La limpieza del pesario se realiza por la portadora, ya que ella lo puede remover y lavar con agua y jabón únicamente para posteriormente volver a colocarlo ya sea semanal o mensualmente.

En algunas pacientes el pesario puede provocar erosión vaginal por lo que debe de revisarse cada 3 a 6 meses.^{8, 21,26}

Los lineamientos para la selección del tipo de pesario y la medida que debe utilizarse no han sido establecidos, sino más bien se han realizado tras ensayos de error, lo cual se ha realizado tras entrenamiento y experiencia del clínico. Más allá de todo esto aún no hay consensos o indicaciones clínicas que establezcan los lineamientos para el tipo y tamaño de pesario que debe utilizar cada paciente.^{13,21}

Debido a que los pesarios han sido utilizados desde tiempos bíblicos, actualmente se cuenta con diversos tipos y tamaños de estos dispositivos, para tratamiento del prolapso de órganos pélvicos.

Las pacientes con prolapso que se encuentran asintomáticos, no requieren de su uso, sin embargo aquellas que presentan síntomas o que se encuentran con modificaciones en su calidad de vida son candidatas a su uso, siendo el pesario una excelente alternativa al tratamiento quirúrgico o mientras este se lleva a cabo.

El descenso sintomático o prolapso del útero, en general asociado con la relajación sintomática de la pared vaginal con incontinencia urinaria por estrés o sin ésta, es una indicación común para la histerectomía vaginal, con restablecimiento de la anatomía normal y el sostén apropiado del tracto de salida vaginal, las paredes vaginales y la bóveda vaginal, representando el 15% de las

histerectomías. Debe aclararse que esta cirugía está indicada solo si los síntomas son suficientemente fuertes como para justificar el riesgo que involucra.^{20, 22}

Estudios previos han demostrado que el uso prolongado del pesario, es seguro, además de ser una opción efectiva para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, resultando en una notable mejoría en los síntomas secundarios a esta patología.^{23,26}

Rara vez está indicada una operación para corregir la relajación anatómica asintomática, leve o moderada de las paredes vaginales y el descenso uterino.²⁷

Se realizan demasiadas operaciones por esta indicación en pacientes que están asintomáticas. Desafortunadamente muchas pueden tornarse sintomáticas por una operación imprudente.^{28, 29}

D. Complicaciones

Se debe tratar la inflamación vulvo vaginal, la ulceración, la infección y la atrofia antes de la colocación del pesario, para disminuir la probabilidad de erosiones vaginales y tejido de granulación. Un epitelio vaginal bien estrogenizado es benéfico en el caso del uso de pesario durante periodos prolongados. Aún las pacientes con contraindicaciones específicas para el uso de los estrógenos pueden ser candidatas a utilizar pequeñas cantidades de cremas con estrógenos, como un cuarto del aplicador o menos, dos a tres veces por semana.

El retiro periódico y la limpieza del pesario son esenciales para evitar una cantidad de complicaciones menores y mayores. Se puede producir vaginitis, con flujo y olor asociados, a partir del retiro infrecuente, lo que debe ser manejado con antibióticos adecuados y la suspensión del uso del pesario hasta que se elimine la infección. Se deben de tratar también la presencia de laceraciones y tejido de granulación con la suspensión del uso del pesario y proporcionando cuidado local con cremas de estrógenos y antibióticos.

Dentro de los efectos colaterales comunes se encuentran sangrado, descarga vaginal, constipación y dolor. Estos aparecen en un 56% de las mujeres que lo han utilizado por un período prolongado. ¹⁶

2. OBJETIVOS

2.1 *Objetivo General*

- Evaluar el uso del pesario como tratamiento conservador para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos.

2.2 *Objetivos Específicos*

- Identificar el beneficio del uso del pesario en las pacientes con disfunción de piso pélvico.
- Evaluar el impacto en la calidad de vida, en la mujer con prolapso de órganos pélvicos, candidata a uso de pesario.
- Evaluar la disminución del grado de prolapso de órganos pélvicos tras uso del pesario.
- Puntualizar el uso actual y la utilidad del pesario como tratamiento para prolapso de órganos pélvicos.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Observacional, descriptivo, transversal, retrolectivo.

- Observacional: El estudio se centra en únicamente la observación del impacto en la calidad de vida de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos; la presencia de reducción del diámetro del hiato y los efectos colaterales del uso del dispositivo.
- Descriptivo. Únicamente se basa en la descripción de los hallazgos observados en las pacientes incluidas dentro de este protocolo de estudio.

- Transversal. La observación se llevo a cabo en un solo tiempo, con la información obtenida en el momento del estudio.
- Retrolectivo. Se realizó la recolección de la información (historia clínica, cuestionario de calidad de vida, etc.) a partir del momento de la realización del estudio hacia atrás en el tiempo.

4. METODOLOGIA

Se analizó un grupo de pacientes en las cuales se colocó el pesario como tratamiento de prolapso de órganos pélvicos y que no eran candidatas o no deseaban tratamiento quirúrgico para la corrección del mismo. A cada una de las pacientes se le realizó historia clínica completa y exploración física ginecológica.

Se evaluó el impacto en la calidad de vida de cada una de las pacientes mediante la aplicación del cuestionario "*The King's Health Questionnaire*".

Se citó a cada paciente en un periodo de 6 meses a 1 año durante la duración del estudio para evaluación del desempeño del tratamiento con el pesario y las manifestaciones que fuesen refiriendo.

Se realizó la evaluación y el reporte de los efectos adversos encontrados por el uso y la colocación del pesario.

Para este protocolo propiamente, se utilizó como auxiliares en la metodología el Programa de Microsoft Office Excel © para la recolección de la base de datos. (Anexo 2). Las filas de la 5 a la 35 se incluyen las pacientes y la columnas correspondientes de la D a la BD son las variables utilizadas en el estudio.

Las columnas de la D a la AG constan de los datos obtenidos para la descripción de la muestra, edad, paridad, trauma obstétrico, cirugías ginecológicas previas, enfermedades crónico degenerativas. Se dicotomizaron las variables de paridad, presencia de cirugías ginecológicas previas y presencia de enfermedad crónico degenerativa, para obtener el número de pacientes exactos con dichos

factores, posteriormente se analizaron las particularidades de los rubros previamente mencionados; el tipo y las características del pesario empleados en la muestra.

Las columnas AF a BD constan de la recolección de los resultados observados durante el análisis, particularmente, las columnas AS a BA se enlistan los 9 rubros del cuestionario "*The King's Health Questionnaire*" calculados mediante las fórmulas propias en este cuestionario. En el resto de las columnas correspondientes a los resultados se enlistan los efectos adversos del uso del pesario, el grado de disminución del hiato genital, el automanejo del dispositivo, la percepción de la mejora de la calidad de vida con el uso del pesario, pulgas de disminución del mismo y años de uso del pesario.

Una vez realizada la recolección de los datos en la hoja, se procedió a realizar el análisis cuantitativo del número de pacientes con la presencia de cada variable o factor, mediante la utilización de las fórmulas de las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y la fórmula proporcionada por el programa Excel© CONTAR.SI. Una vez obtenidos los resultados se procedió a la realización de las graficas correspondientes a cada tabla para proseguir con su análisis.

Como parte final del protocolo, se realizó una encuesta telefónica donde se interrogó a las pacientes si habían presentado mejoría en la calidad de vida o no tras el uso del pesario, se reportaron los resultados en la hoja previamente descrita y posteriormente se analizaron.

4. MUESTRA

4.1 Criterios de Inclusión y exclusión

Todas las pacientes con pesario en la clínica de piso pélvico del Hospital Ángeles México.

- Criterios de inclusión
 - Pacientes con pesario.
- Criterios de no inclusión
 - Pacientes con expediente incompleto
 - Pacientes sin cuestionario de calidad de vida

4.2 Variables en estudio

A. Índice de satisfacción y calidad de vida

- Índice de satisfacción. Se tomaron los parámetros de totalmente insatisfecha, insatisfecha, satisfecha y totalmente satisfecha
- Impacto en la calidad de vida: se utilizó el concepto que evalúa el bienestar social del individuo y su sociedad. Para fines de este estudio se midió con el cuestionario “*The King’s Health Questionnaire.*”

B. Variables Cualitativas

Independientes

- Paridad. Número de embarazos con alumbramiento de más de 30 semanas o peso mayor a 500 gramos.
- Antecedente Trauma obstétrico. Presencia de factores que se presentaron durante el período expulsivo, tales como fórceps, episiotomía, desgarros y presencia de productos macrosómicos.
- Presencia de Enfermedades concomitantes y tipo
- Cirugías ginecológicas previas. Práctica que implicó manipulación previa de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.
- Grado de prolapso: Protrusión de los órganos pélvicos a través del canal vaginal o fuera de él.
- Clasificación de Prolapso de Órganos Pélvicos (Baden y POP Q). Dada por 4 grados y Estadios, que toman como punto de referencia el himen.

Dependientes

- Síntomas de piso pélvico. Definidos como:
 - Locales: sensación de cuerpo extraño, dolor pélvico, pérdida hemática.
 - Urinarios: Incontinencia, disuria, poliaquiuria y dificultad para el vaciamiento
- Presencia de complicaciones secundarias al uso del pesario. Fistulas vaginales, erosión. Tipo de pesario utilizado (dona o anillo) y tiempo de uso hasta el termino del estudio (junio 2012).
- Automanejo del Pesario. Dado por los parámetros de autosuficiente y dependiente
- Mejora en la calidad de Vida. Definido como disminución o desaparición de las condiciones que afecten el desarrollo integral del individuo como un ser bio – sico- social.
- Presencia de Efectos Secundarios: Condiciones no deseadas que se presentaron tras el uso del pesario, tales como escurrimiento vaginal, expulsión, rechazo e incomodidad pélvica.

C. Variables Cuantitativas

Independientes

- Edad. Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo
- Número de Partos: Presencia de nacimientos por vía vaginal
- Años entre la presencia de Cirugía Pélvica previa y la aparición de Prolapso. Período de tiempo comprendido entre la realización de evento quirúrgico y la aparición de la patología.

Dependientes

- Índice de satisfacción: Dado por la escala de totalmente insatisfecho, insatisfecho, satisfecho y totalmente satisfecho

- Puntaje de cuestionario de Calidad de vida. Valores proporcionados por el cuestionario “*The King’s Health Questionnaire*”. Ubicándose las puntuaciones para los rubros entre 100 a 900 puntos.
- Pulgadas de disminución de prolapso y pesario. Medición tras el uso del pesario del hiato genital, para evaluar su disminución y si esta se presenta cambiar el pesario por un número menor (pulgadas).
- Años transcurridos para disminución de diámetro de pesario. Medición del hiato genital de 6 meses a un año para valorar su disminución.
- Tiempo de uso del pesario. Espacio transcurrido entre el diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos y el uso del dispositivo mecánico “pesario”.

4.3 Lugar y Duración

El estudio se llevo a cabo en el Hospital Ángeles México, en la Unidad de Piso Pélvico, entre el período comprendido de junio 2011 a junio del año 2012.

5. RESULTADOS

A continuación se expone la descripción mediante tablas y gráficas de los parámetros de la muestra en observación

Total de pacientes observados: 31

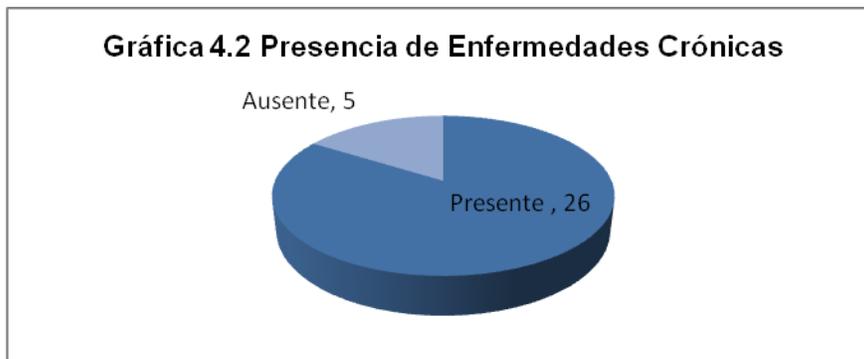
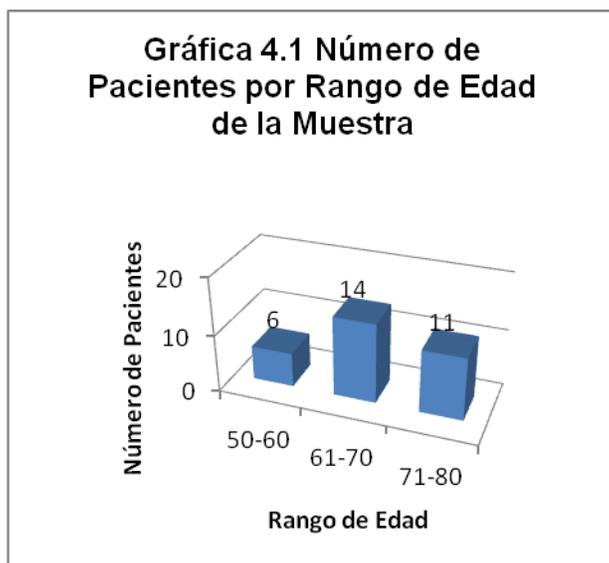
A. Edad

Tabla 4. 1 Distribución de la Edad en la Muestra

Medida	Edad
Media	67
Moda	64
Mediana	67

Tabla 4.2 Número de Pacientes por rango de Edad

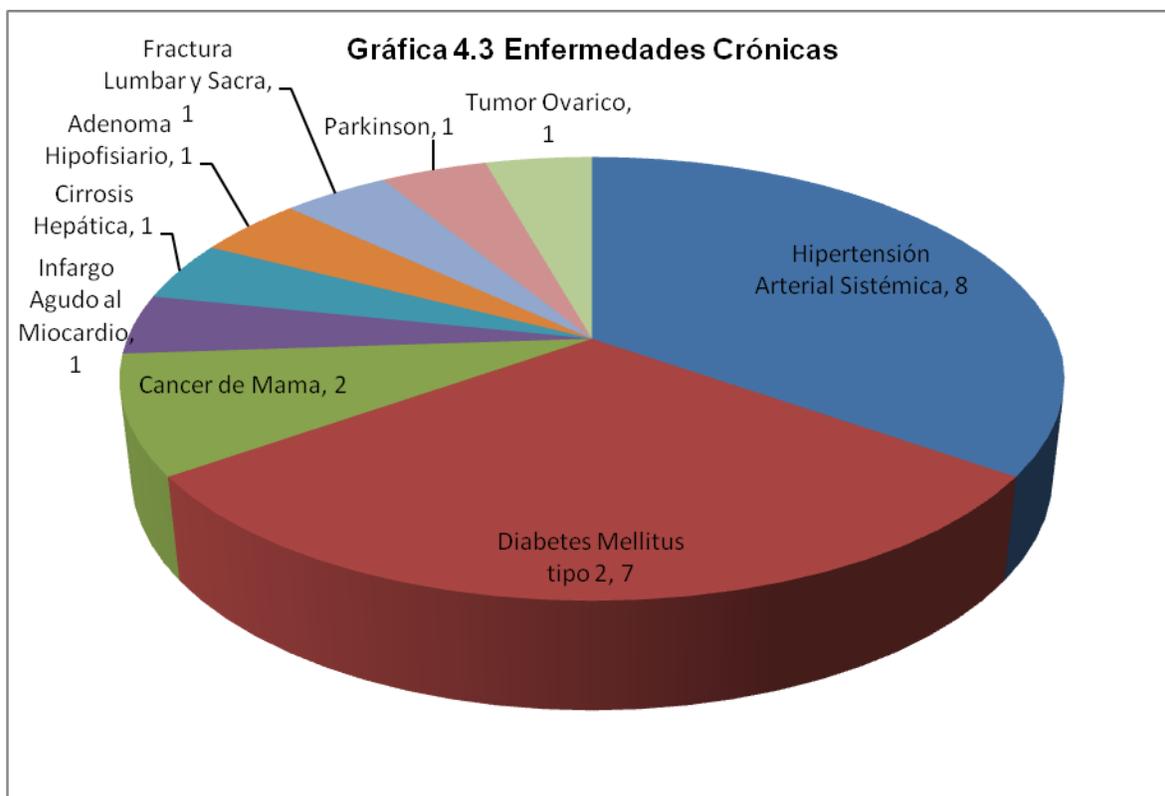
Rango de Edad	Número de Pacientes
50-60	6
61-70	14
71-80	11



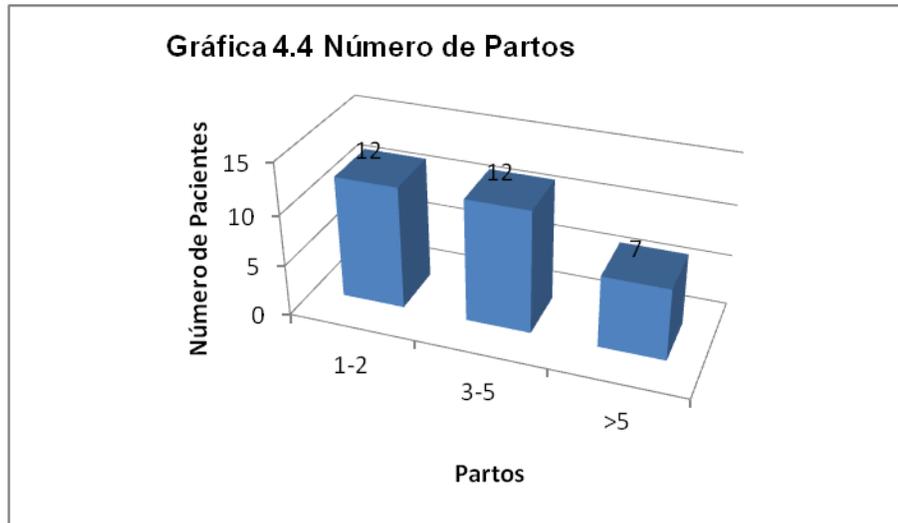
B. Enfermedades Crónico Degenerativas

Tabla 4.3 Tipo de Enfermedad Crónica

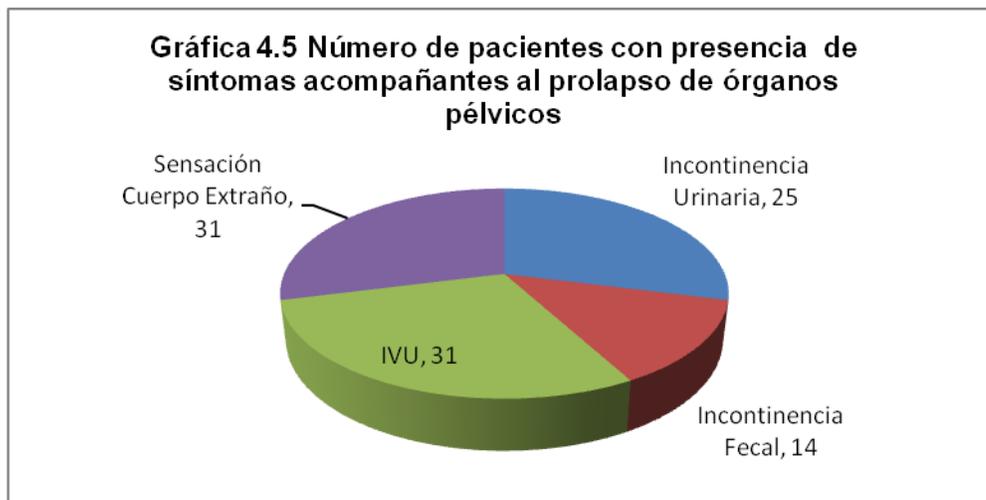
Tipo	Número de Pacientes
Hipertensión Arterial Sistémica	8
Diabetes Mellitus tipo 2	7
Cancer de Mama	2
Infargo Agudo al Miocardio	1
Cirrosis Hepática	1
Adenoma Hipofisiario	1
Fractura Lumbar y Sacra	1
Parkinson	1
Tumor Ovárico	1



C. Paridad



D. Síntomas acompañantes al prolapso de órganos pélvicos.



E. Cirugías previas para corrección de prolapso

Tabla 4. 4 Cirugía Ginecológica Previa

Criterio	Total
Presencia de Cirugía	16
Tipo de Cirugía	
Histerectomía Vaginal	4
Colpoperinoplastía	11
HTA	8
Burch	2
Malla	1
Cinta	2
Número de Cirugías Previas	
1	7
2	7
3	1
4	1

F. Clasificación de Prolapso de Órganos Pélvicos

Tabla 4.5 Número de Pacientes con Prolapso de Órganos Pélvicos por Clasificación Baden

Clasificación	Número de Pacientes
II	5
III	24
IV	2

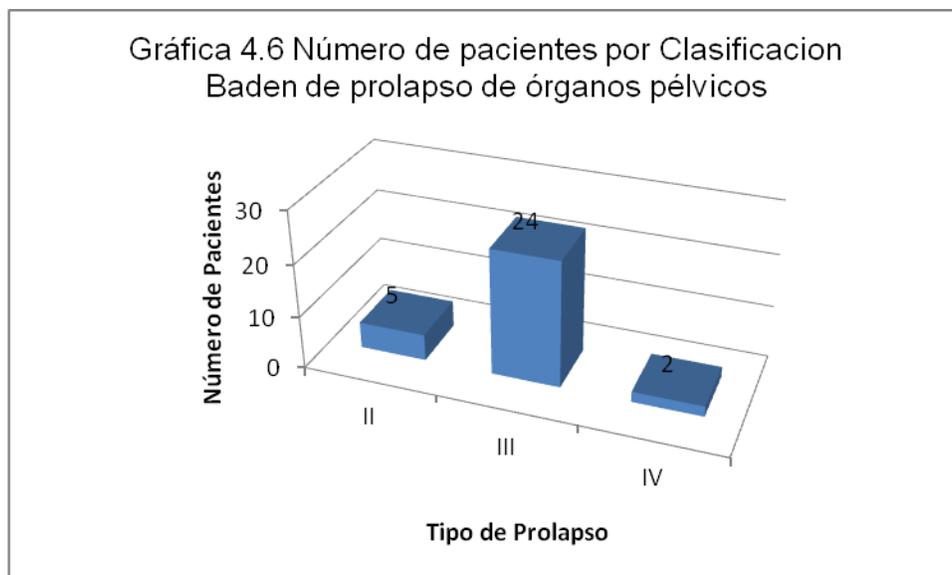
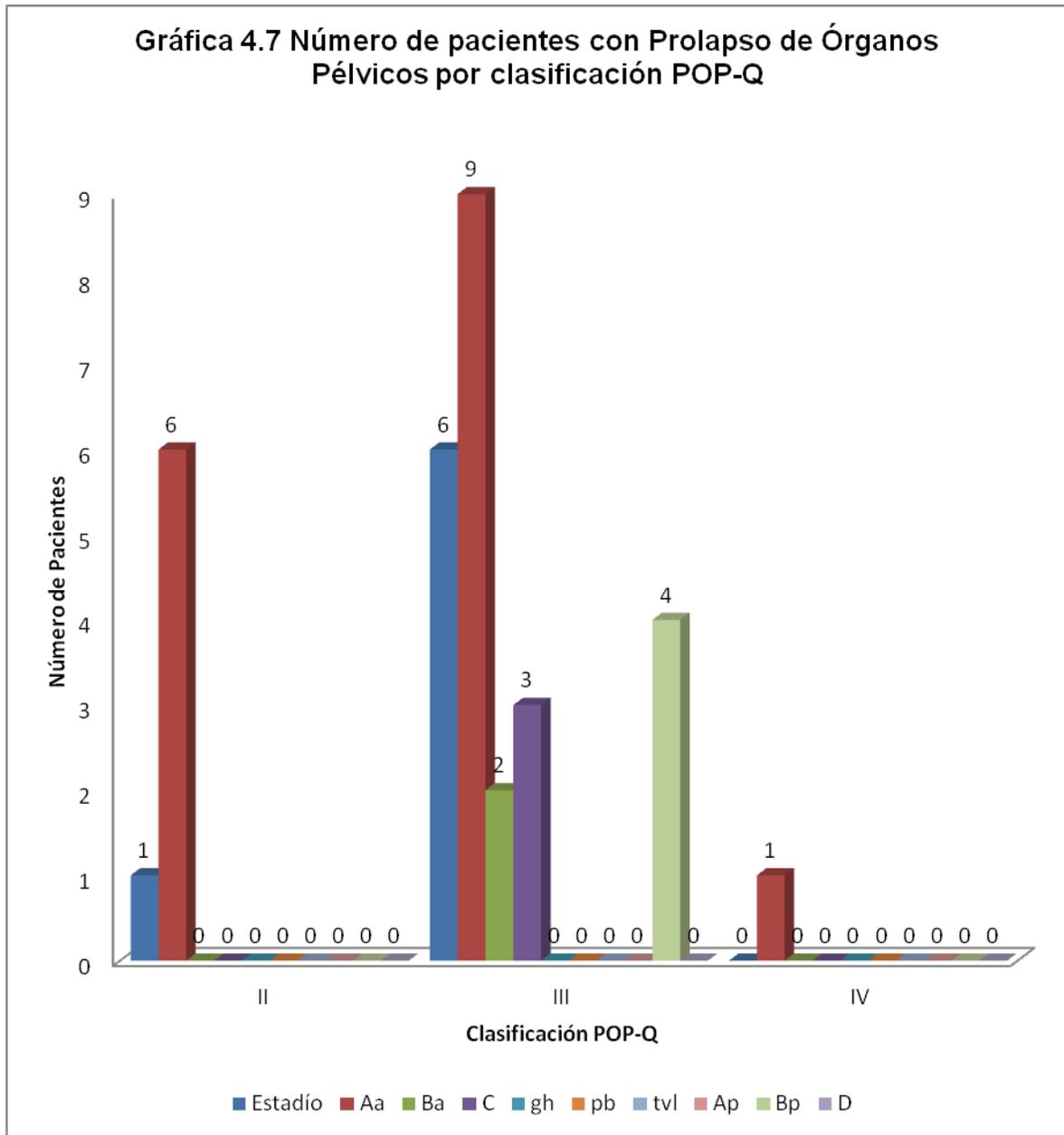


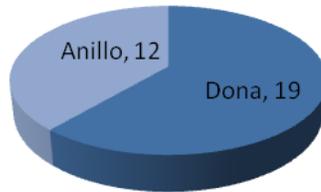
Tabla 4.6 Número de Pacientes con Prolapso de Órganos Pélvicos por clasificación POP Q

Clasificación	Estadio	Aa	Ba	C	gh	pb	tvI	Ap	Bp	D
II	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0
III	6	9	2	3	0	0	0	0	4	0
IV	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

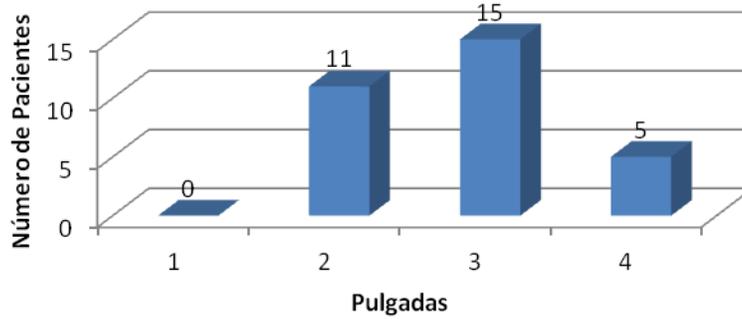


G. Pesario

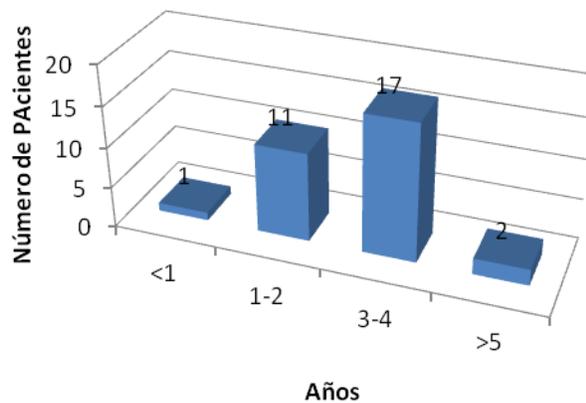
Gráfica 4.8 Tipo de Pesario



Gráfica 4.9 Diámetro de Pesario



Gráfica 4.10 Tiempo de Uso del Pesario en la Población Muestra

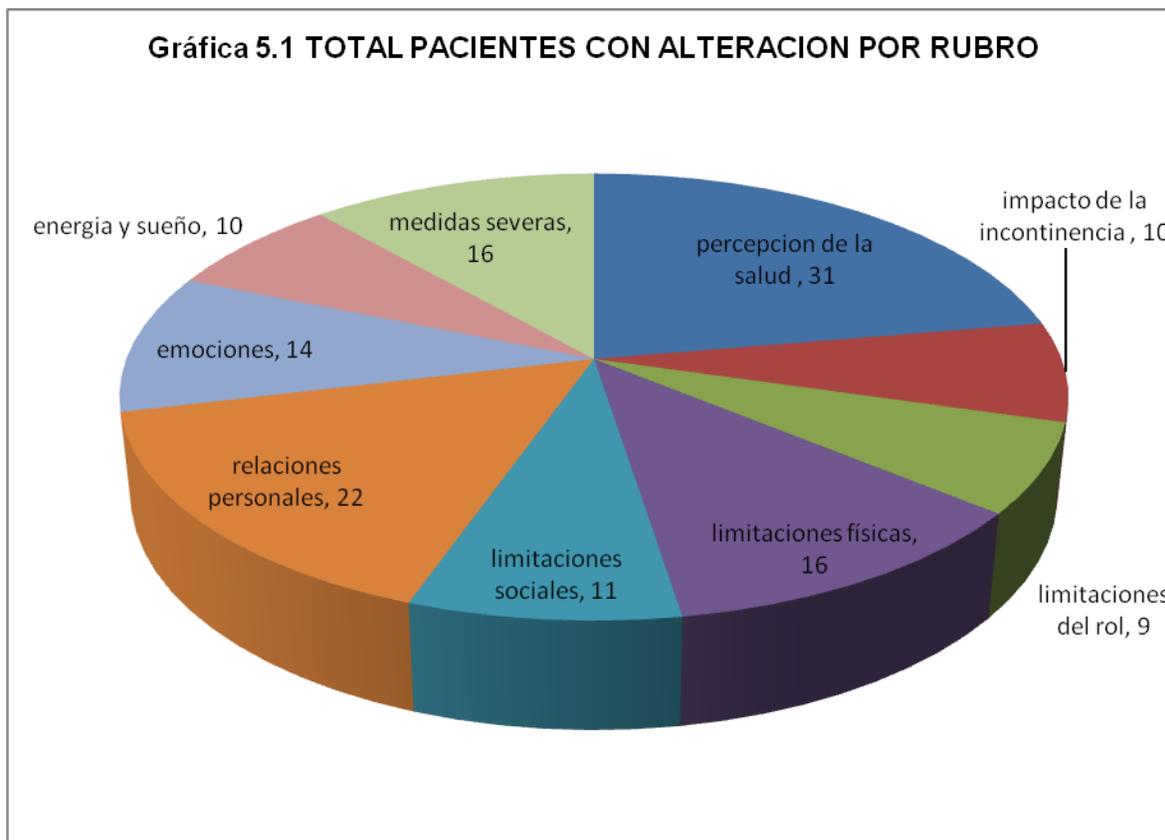


5. RESULTADOS

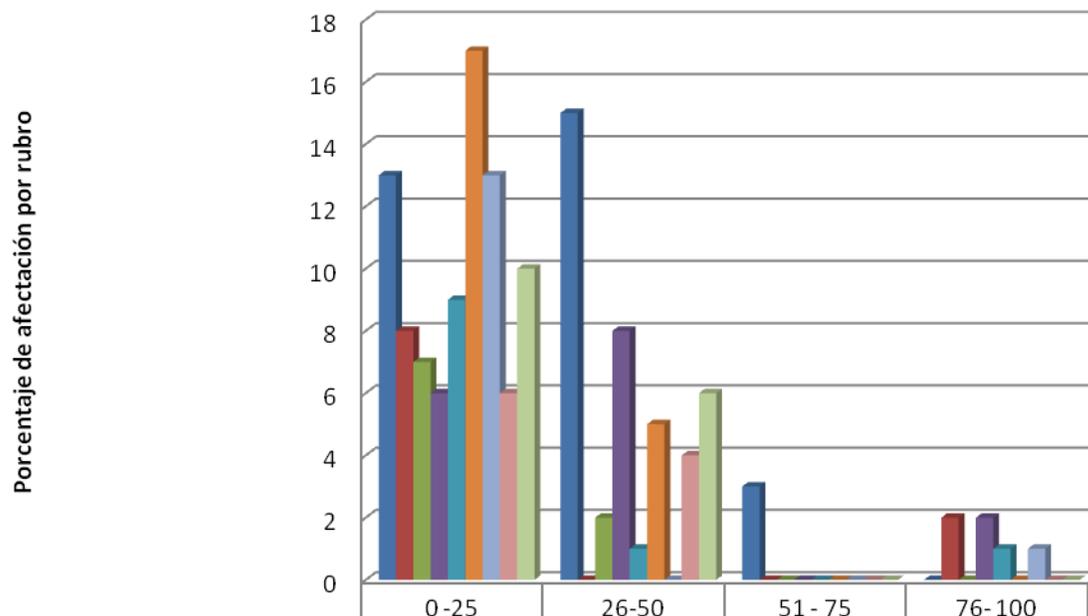
A continuación se exponen la serie de datos obtenidos mediante el uso del cuestionario King's Health para el análisis de la Calidad de Vida

Tabla 5.1 Numero de pacientes con el puntaje determinado por el rango y criterio del cuestionario King's Health

Rangos puntaje	de	40energía406 n de la salud	impacto de la incontinencia	limitaciones del rol	limitaciones físicas	limitaciones sociales	relaciones personales	emociones	40nergí a sueño	y medidas severas
0 -25		13	8	7	6	9	17	13	6	10
26-50		15	0	2	8	1	5	0	4	6
51 – 75		3	0	0	0	0	0	0	0	0
76- 100		0	2	0	2	1	0	1	0	0
TOTAL PACIENTES CON ALTERACION POR RUBRO		31	10	9	16	11	22	14	10	16
TOTAL PACIENTES SIN ALTERACION POR RUBRO		0	21	22	15	20	9	17	21	15



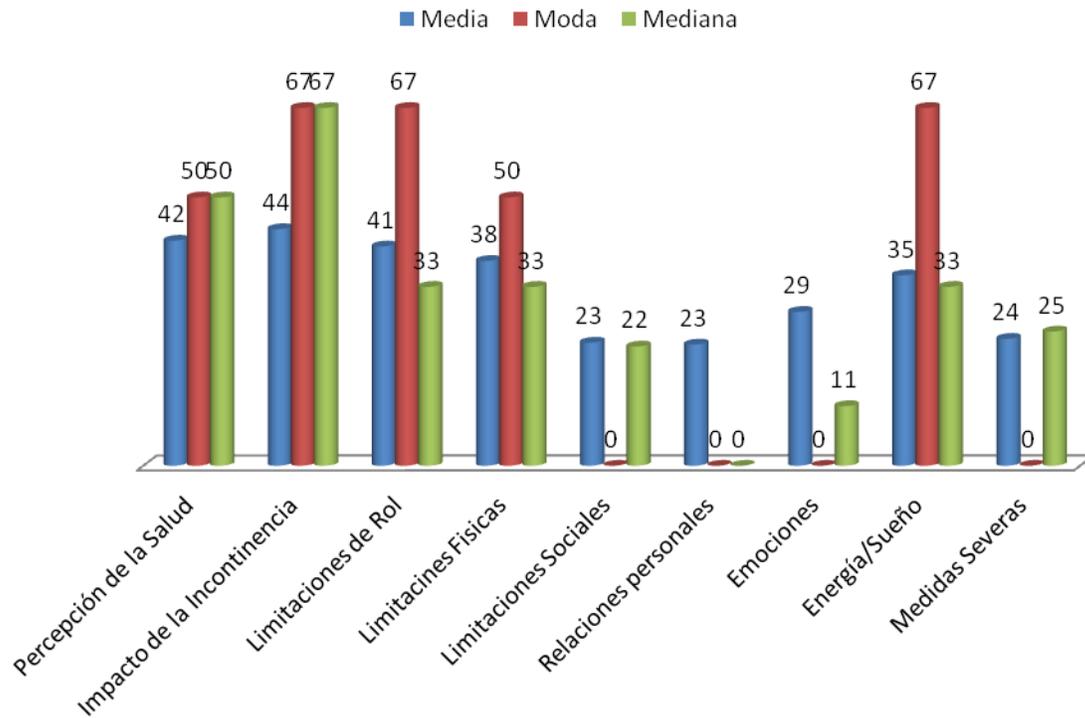
Gráfica 5.2 Pacientes por rango de puntaje por rubro de cuestionario de calidad de vida



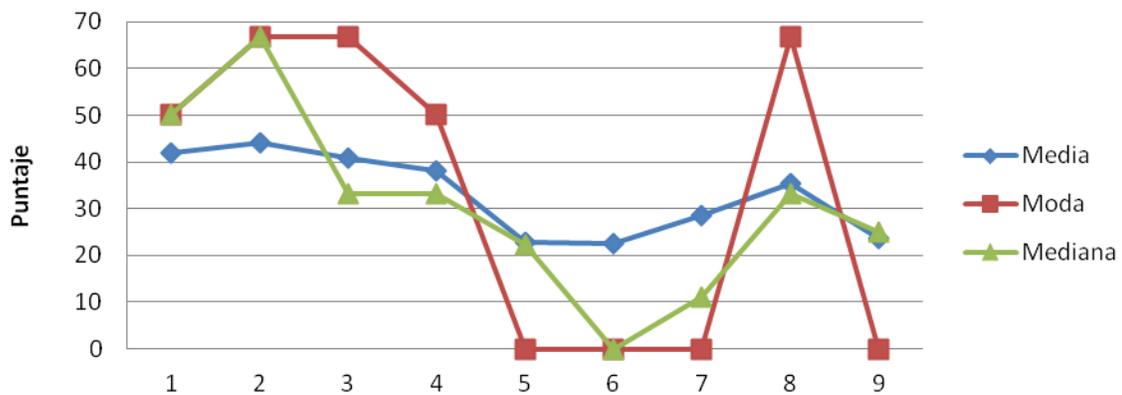
	0-25	26-50	51-75	76-100
percepcion de la salud	13	15	3	0
impacto de la incontinencia	8	0	0	2
limitaciones del rol	7	2	0	0
limitaciones físicas	6	8	0	2
limitaciones sociales	9	1	0	1
relaciones personales	17	5	0	0
emociones	13	0	0	1
energia y sueño	6	4	0	0
medidas severas	10	6	0	0

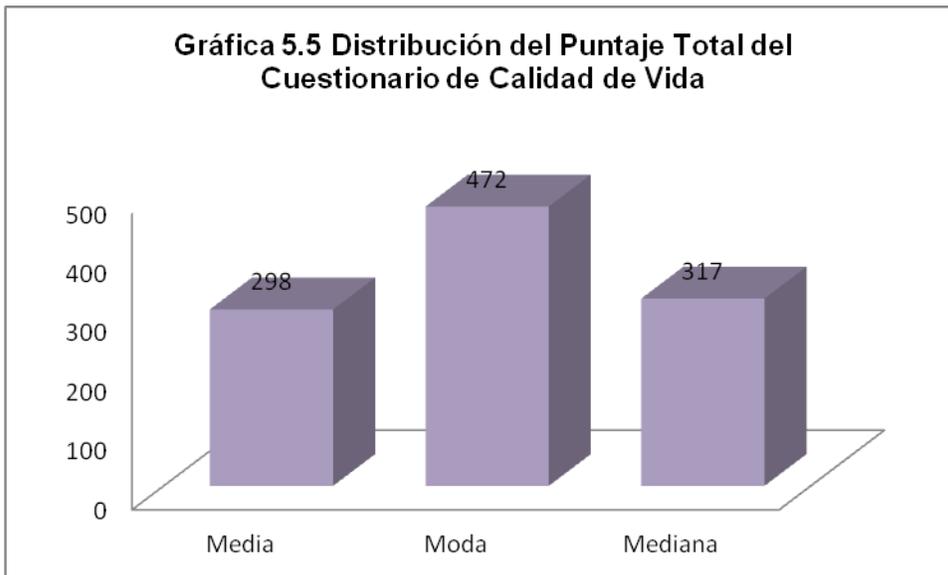
A. Distribución de Puntaje de Cuestionario de Calidad de Vida *The King's Health*

Gráfica 5.3 Distribución de puntaje por rubro del cuestionario de calidad de vida



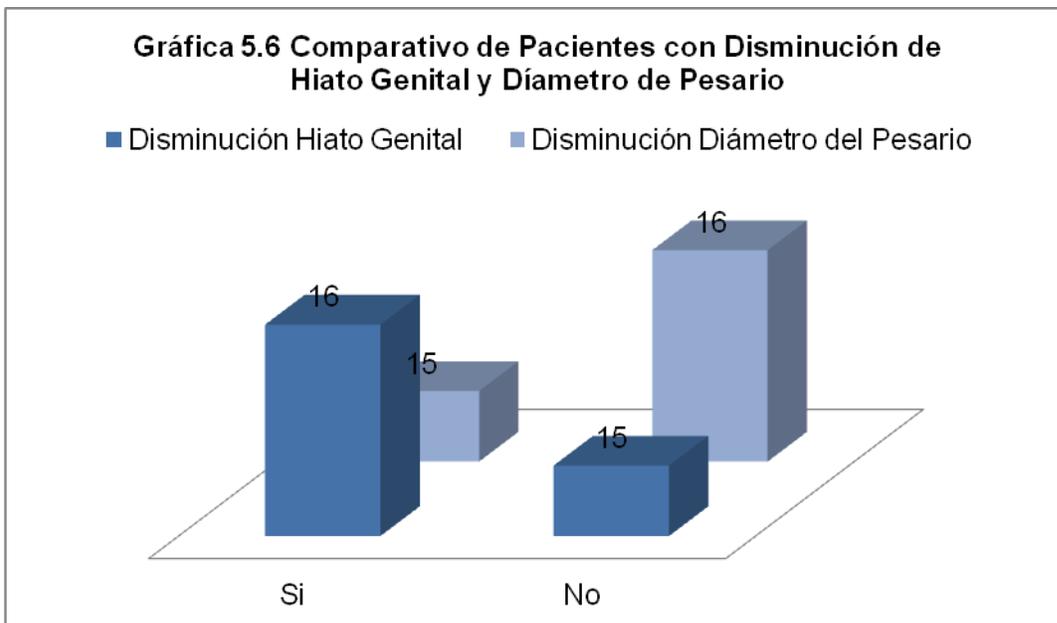
Gráfica 5.4 Comparación de Medidas de Tendencia Central por Rubro del cuestionario de calidad de Vida

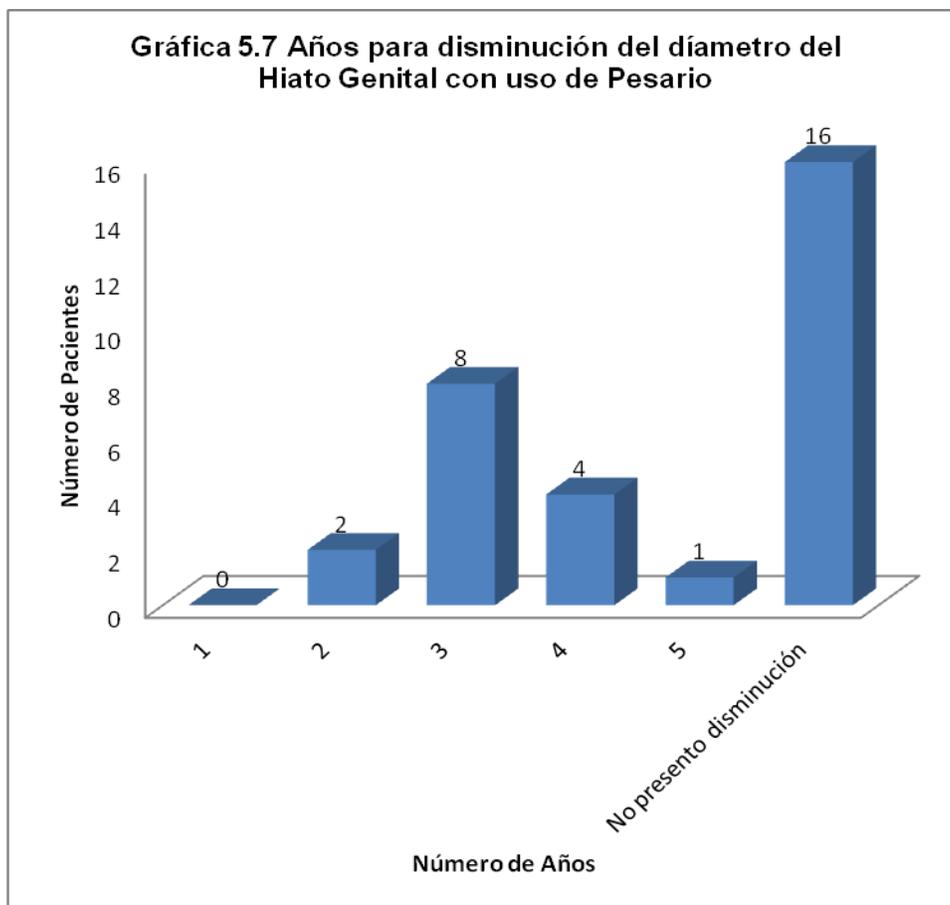


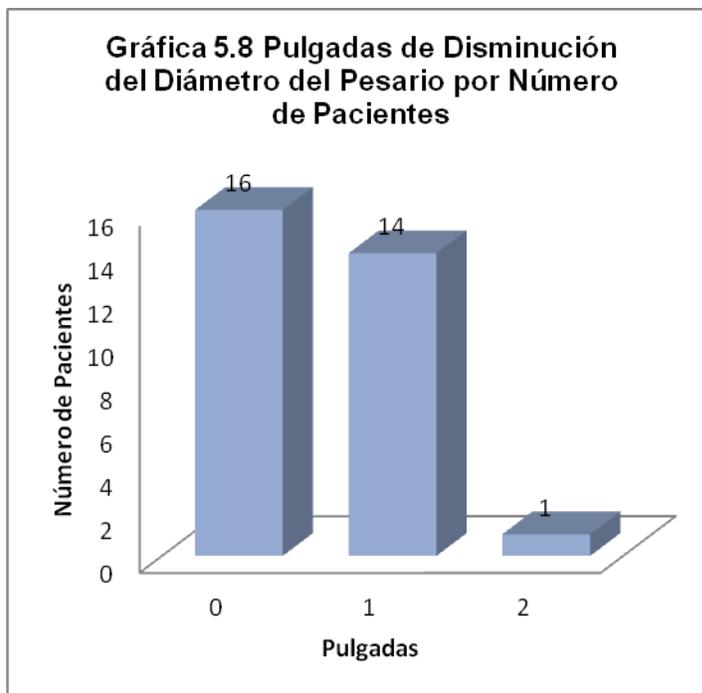


Posteriormente, mostramos los resultados relacionados con exploración física y repercusiones con el uso del pesario

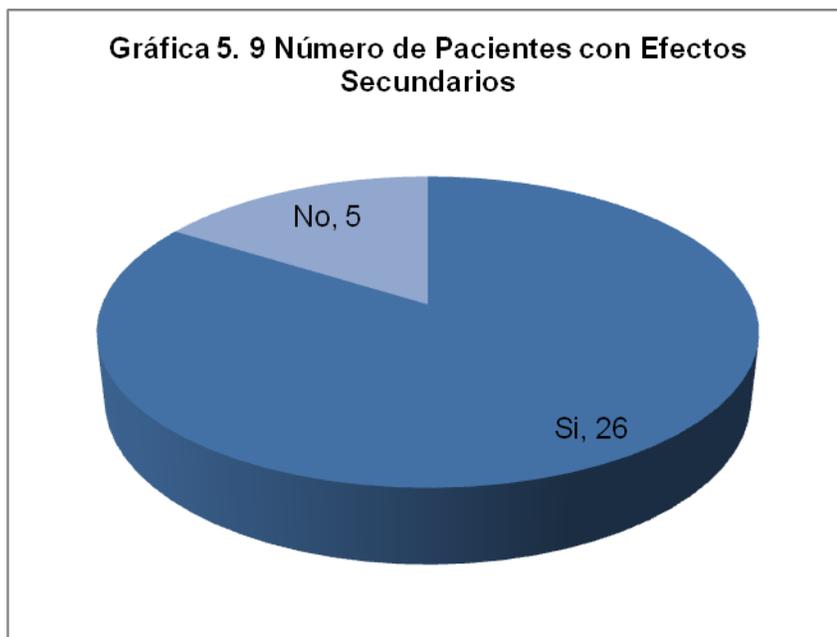
B. Prolapso y Pesario

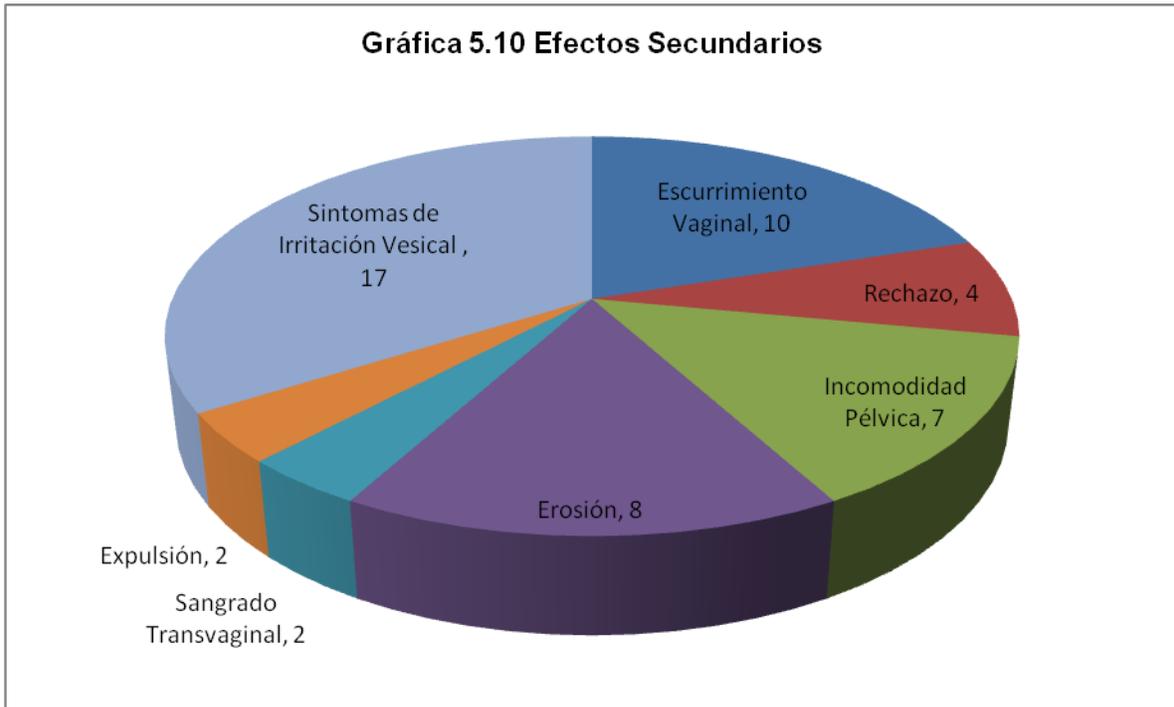




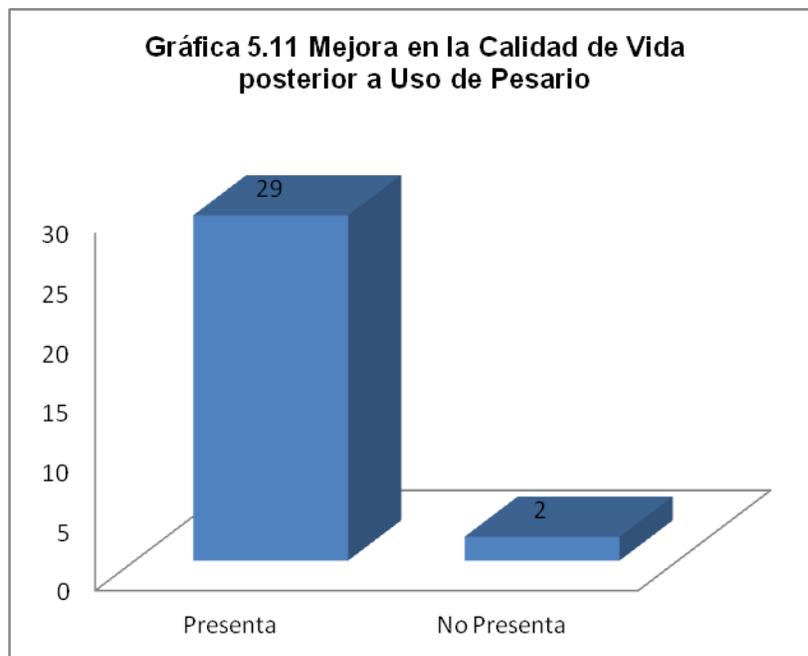


C. Efectos Secundarios





D. Mejoría en la Calidad de Vida



6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El total de pacientes vistas en la Unidad de Piso Pélvico, del Hospital Ángeles México que acudieron a consulta en el período de tiempo comprendido entre los años 2006 y 2012, fueron 800, de estas 31 fueron sometidas a manejo conservador con pesario, representando el 3.8% de la consulta.

De un total de la muestra obtenida de 31 pacientes con presencia de prolapso de órganos pélvicos, la mayoría se encuentran en un rango de edad entre 50 y 80 años (*Tabla 4.2 y Gráfica 4.1*) de las cuales la Media de la población de estudio se situó en la edad de 67 años, la moda de este protocolo fue de 64 años y su mediana fue de 67 años (*Tabla 4.1*). Observamos que la Edad poblacional en el Protocolo de estudio, concuerda con las referencias en la base Bibliográfica donde se cita que el rango de Edad con mayor prevalencia de Prolapso de Órganos Pélvicos se encuentra en la 6ª década de la vida. Lo que es acorde a lo referido en la literatura donde se expone que el prolapso es más acentuado en mujeres mayores o postmenopáusicas.

La mayoría de las pacientes incluidas en la muestra poblacional se observa que cursa o cursó con la presencia de algún tipo de enfermedad crónico degenerativa y /o incapacitante (*Gráfica 4.2*), dentro de las cuales la enfermedad con mayor presentación fue la Hipertensión Arterial con un total de 8 pacientes, seguida de Diabetes Mellitus tipo 2 y Cáncer de Mama con menor número de pacientes afectados dentro de la muestra se encuentran las patologías de Infarto Agudo al Miocardio, Cirrosis Hepática, Adenoma Hipofisiario, Fractura Lumbar y Sacra, Parkinson y Tumor de Ovario (*Tabla 4.3 y Gráfica 4.3*). Con esto podemos observar que debido a la década de Edad en las cuales se presentan la mayoría de las pacientes, cursan con antecedente de enfermedades crónicas, estos factores ocasionan que en ciertas circunstancias el manejo quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos no sea viable, ya que se incrementa la morbi-mortalidad en las pacientes; por lo tanto, el uso del pesario está indicado como tratamiento de primera línea para la patología pélvica previamente mencionada.

En relación a la paridad encontrada en la muestra, se observa que el total de pacientes (31) presentaron el antecedente de resolución obstétrica por vía vaginal. Se encontró que los rangos de partos con mayor número de pacientes fueron los correspondientes a 1-2 partos con 12 pacientes y 3 a 5 partos con 12 pacientes (*Gráfica 4.4*). Esta observación nos es de relevancia, ya que el antecedente de nacimiento vía vaginal estuvo presente en todas, lo que conlleva a considerar como se ha mencionado en forma repetida, que los cambios que se producen con el nacimiento independientemente del trauma obstétrico es un factor de riesgo para el desarrollo del prolapso en la mujer.

Dentro del análisis de las consecuencias del prolapso de órganos pélvicos, encontramos que las 31 pacientes presentaron la sensación de cuerpo extraño, al igual que Infección de vías urinarias; seguido de la presencia en 25 pacientes con incontinencia urinaria y 14 con incontinencia fecal (*Gráfica 4.5*). Con estos hallazgos en la observación, podemos inferir que el total de pacientes presentará de algún modo afectación en la calidad de vida, además junto con el antecedente de enfermedades crónico degenerativas se presentará un aumento de la morbilidad infecciosa. Los síntomas de piso pélvico son totalmente esperados debido a los cambios anatómicos y funcionales de los órganos adyacentes involucrados.

Otro punto importante dentro del Análisis, fue la presencia de cirugía ginecológica. Pudimos observar que 16 de las 31 pacientes presentaron este antecedente; se evaluó por tipo de cirugía, donde se aprecia que la mayoría de las pacientes con este antecedente, presentan colpoperinoplastía con un total de 11 de 16 pacientes. Secundariamente la cirugía con mayor número fue la histerectomía total abdominal (HTA) con un total de 8 de 16 pacientes; y en tercer lugar apreciamos la histerectomía vaginal con 4 de 16 pacientes. Se aprecia que dentro de las 16 pacientes con el antecedente de cirugía ginecológica, la frecuencia de cirugías previas con mayor número fue de 1, presentando 7 pacientes en total y a la par con la frecuencia de 2 con 7 pacientes por igual. (*Tabla 4.4*). Esto valida la importancia de una valoración adecuada previa al

tratamiento ya que la cirugía correctiva no siempre es el tratamiento de elección para el tratamiento de prolapso de órganos pélvicos, debido a que en algunos casos el índice de recurrencia es cercano al 30%.

En cuanto a la evaluación del tipo de prolapso de órganos pélvicos en la muestra se utilizó la clasificación de Baden y de la POP Q, donde podemos apreciar que por la Clasificación de Baden 24 de las 31 pacientes presentan prolapso Estadio III y por la clasificación de la POP Q el Estadio con mayor número de pacientes es el III, con la presencia de 6 de las 31 pacientes; encontrándose a su vez que la afectación mayor en este Estadio fue en la pared vaginal anterior. (*Tabla 4.5, Tabla 4.6 y Gráfica 4.7*). Los resultados previamente enunciados se correlacionan con la presencia de Infecciones de vías urinarias de repetición presentadas por las pacientes. Retomando la descripción bibliografía citada previamente en la introducción, los Estadios III y IV de ambas clasificaciones se catalogan como sintomáticos; los cuales, son los candidatos a recibir tratamiento.

En la Unidad de Piso Pélvico (UPP) del Hospital Ángeles México, los tipos de pesario que se colocan son Anillo y Dona con un total de 12 y 19 pacientes respectivamente (*Gráfica 4.8*). El diámetro más utilizado de los dispositivos fue de 3 pulgadas en un total de 15 pacientes y de 2 pulgadas en 11 pacientes (*Gráfica 4.9*). En cuanto al tiempo de uso del Pesario por la Muestra Poblacional el rango de tiempo con mayor número de pacientes fue el de 3 a 4 años, con un total de 17 pacientes, secundariamente fue el de 1 a 2 años con 11 pacientes en su total (*Gráfica 4.10*). El motivo por el cual se utilizó los tipos de pesarios previamente mencionados, es por la disponibilidad en el País, la experiencia con su manejo y la facilidad para el automanejo por parte de las pacientes; aunado a esto, por el tipo de material en los dispositivos, es poco factible la presencia de complicaciones como reacciones de hipersensibilidad, erosión, secreción transvaginal, rechazo, sintomatología irritativa vesical, infección y expulsión. Por base bibliográfica se refiere una disminución del hiato genital tras el uso del pesario en un promedio de

6 a 12 meses; por lo cual, con el tiempo de uso citado en nuestra muestra, será totalmente factible evaluar esta situación.

En la evaluación del índice de satisfacción de calidad de vida mediante la aplicación del cuestionario *The King's Health Questionnaire*, del total de la muestra los rubros que se encontraron más afectados fueron percepción de la salud (31 pacientes), relaciones personales (22 pacientes) y en tercer lugar con el mismo número de pacientes medidas severas y limitaciones físicas (16 pacientes) (*Tabla 5.1 y Gráfica 5.1*). Dentro del rango de puntaje con mayor número de pacientes, el de 0-25 se sitúa en primer lugar dentro de los rubros de percepción de la salud (13 de 31 pacientes), relaciones personales (17 de 31 pacientes), emociones (13 de 31 pacientes) y medidas severas (10 de 31 pacientes); por lo cual podemos apreciar que la mayoría de las pacientes tienen un impacto leve en estos apartados. El rango de puntaje secundariamente con mayor número de pacientes fue el de 26 a 50 puntos, principalmente en los rubros de percepción de la salud con 15 de 31 pacientes, limitaciones físicas con 8 de 31 pacientes y medidas severas con 6 de 31 pacientes; apreciando un impacto moderado en la calidad de vida dentro de los apartados ya mencionados. En el puntaje de 51 a 75 el único rubro ubicado con un total de 3 pacientes de 31, fue el de percepción de la salud, manifestado así un impacto severo en la calidad de vida en este. Y por último, en el rango de puntaje de los 76 a los 100 puntos los rubros implicados fueron impacto en la incontinencia y limitaciones físicas con 2 de 31 pacientes; a su vez, limitaciones sociales y emociones con 1 de 31 pacientes, manifestándose con un impacto muy severo. (*Gráfica 5.2*). Con los resultados previamente mencionados, al evaluar el impacto en la calidad de vida que presentan los pacientes, se justifica la necesidad de tratamiento adecuado y oportuno para el prolapso de órganos pélvicos, en el momento de presentarse la afectación en cualquiera de los rubros analizados en el Cuestionario *The King's Health Questionnaire*, con la finalidad de detener el avance del deterioro en su calidad de vida y/o sus actividades diarias.

En cuanto a la distribución del puntaje observada con respecto al cuestionario de calidad de vida (*Gráfica 5.3, Gráfica 5.4*); podemos apreciar que la media de distribución en los 9 rubros oscilo entre los 42 puntos a los 23 puntos encontrándose una diferencia de 19 puntos entre la media más alta y la más baja, lo cual tomando en cuenta que el rango de puntaje va del 0 al 100 en cuanto al impacto; se observa una diferencia mínima entre los rubros con respecto a esta medida, por lo cual la media de distribución general de nuestro estudio sitúa a las pacientes en un impacto leve a moderado en su calidad de vida. El rubro con la media más sobre saliente se encuentra en percepción de la salud y aquel con menor puntaje son los rubros observados en limitaciones sociales y relaciones personales.

Al contrario de la poca diferencia observada en las medias del estudio, la moda observada en los diferentes rubros, la diferencia se encuentra de 67 puntos; ya que la moda en los rubros de impacto de la incontinencia, energía - sueño y limitaciones de rol se situó con 67 puntos; sin embargo, en los rubros de limitaciones sociales, relaciones personales, emociones y medidas severas fue de 0 puntos, obteniéndose una variedad significativa en cuanto al impacto en la calidad de vida, ya que se encuentra polarizado en una afectación severa en la calidad de vida o una afectación nula de la misma.

Dentro de la observación del puntaje, podemos ver que la diferencia presentada entre las medianas de distribución de los puntajes se encuentra de 56 puntos, la mediana más alta fue obtenida por el impacto de la Incontinencia con 67 puntos, alcanzando el mismo valor de la moda en dicho rubro, lo cual nos demuestra que se presenta una afectación severa y consistente en un gran número de pacientes dentro del rubro del impacto de la incontinencia; sin embargo, la mediana con menor distribución fue la del puntaje correspondiente al rubro de las emociones con 11 puntos en total, dentro de este rubro, su moda fue de 0, lo cual nos demuestra que al contrario del rubro del impacto de la incontinencia, en este caso, la mayoría de las pacientes presentan un impacto leve en su calidad de vida.

Con los hallazgos manifestados en cuanto a la distribución de las medidas de tendencia central por rubro, podemos apreciar que el impacto de la incontinencia fue el rubro con afectación más severa en comparación al resto; los rubros de percepción de la salud y limitaciones físicas tienden a tener un impacto moderado en su calidad de vida y los rubros que presentan una distribución más acorde con un impacto leve en su calidad de vida son los de limitaciones sociales, relaciones personales, emociones y medidas severas.

Como se mencionó, el puntaje total del cuestionario se califica en base a 900 puntos. Se realizó la evaluación de los puntajes totales obtenidos por los pacientes, donde se encontró que su distribución (*Gráfica 5.5*) arroja que la Moda del puntaje total es de 472, una Mediana de 317 puntos y una Media de 298, con lo cual podemos apreciar que la mayoría de la muestra se sitúa con un impacto en la calidad de vida moderado.

Se realizó la comparación entre la disminución del diámetro del hiato genital y la disminución del pesario (*Gráfica 5.6*), donde podemos observar que existe una relación entre su disminución a razón de 1.06; de igual manera, se observa en el efecto contrario, existe una relación entre la ausencia de disminución del hiato genital con la disminución del pesario a razón de 0.93. Tras obtener valores similares, se observa que existe una relación directa entre la disminución del hiato con la disminución del diámetro del pesario.

Dentro del análisis del tiempo para la disminución del hiato genital con el uso del pesario (*Gráfica 5.7*) podemos apreciar que la mayoría de las pacientes que si presentaron disminución del diámetro, se sitúan los 3 años (8 de 15 pacientes). Con respecto a la literatura, se menciona que la mayoría comienzan a presentar una disminución en el diámetro del hiato genital, a partir de los 6 meses de uso; sin embargo, en nuestro estudio la disminución se aprecia a partir de los 2 años y el pico de disminución, como previamente lo mencionamos se encuentra a los 3 años. Probablemente la diferencia en el tiempo manifestado en nuestro estudio con respecto a la bibliografía se deba a los fallos en el seguimiento de las pacientes llevado a cabo por los estudios previamente mencionados; sin embargo,

al encontrarse las pacientes de nuestra muestra en la UPP probablemente el método de control y seguimiento en esta Unidad, sea más efectivo y estricto.

Dentro de la medición de la disminución del diámetro del pesario (*Gráfica 5.8*), se aprecia que la mayoría de las pacientes que presentan una disminución, la medida disminuida con mayor frecuencia es de 1 pulgada (14 de 15 pacientes).

Dentro de la evaluación del pesario como tratamiento para el prolapso de órganos pélvicos es necesario el análisis de la presentación de los efectos secundarios con dicho dispositivo, en nuestro estudio podemos encontrar la frecuencia de presentación de efectos adversos es de 26 de 31 pacientes (*Gráfica 5.9*), donde el efecto secundario con mayor número de presentación es la presencia de síntomas de irritación vesical con un total de 17 pacientes, seguido de escurrimiento vaginal con 10 pacientes y en tercer lugar Erosión con 8 pacientes en total. Los efectos adversos con menores frecuencias de presentación fueron expulsión del dispositivo y sangrado transvaginal con tan solo 2 de 31 pacientes (*Gráfica 5.10*) .Todos los síntomas fueron menores, no condicionando el retiro del pesario y perfectamente tolerables por la paciente.

El efecto Adverso más frecuentemente presentado por las pacientes fue irritación vesical con un número de 17 pacientes afectadas.

Por último se realizó a todas las pacientes una valoración de la calidad de vida mediante una escala análoga - visual, tras el uso del pesario, donde se encontró que la mayoría de las pacientes presentan una mejoría en su calidad del vida posterior al tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con el pesario, se encuentra dicho resultado con una frecuencia de 29 pacientes contra 2 pacientes que no refiere mejoría en la calidad de vida (*Gráfica 5.11*).

7. CONCLUSIONES

Las mujeres con defectos de soporte de piso pélvico deben ser evaluadas con detenimiento, instruidas adecuadamente y se le debe ofrecer todos los tratamientos razonables. Algunas mujeres prefieren no mencionar la presencia de sus síntomas o suelen prestar poca atención a su patología por temor a ser sometidas a algún procedimiento quirúrgico para su atención; ya que desconocen que existe otra alternativa para su patología. Como parte de una buena práctica médica, se le debe de informar a las pacientes todas las alternativas existentes para el tratamiento del prolapso, esto incluye tratamientos quirúrgicos y conservadores junto con sus respectivos efectos adversos y/o secuelas; con el fin de otorgar la autonomía plena en sus decisiones.

Debido al aumento en la esperanza de vida en la población, actualmente se ha visto incrementado de igual modo la presencia de enfermedades crónico degenerativas; así mismo, la presencia de la menopausia conlleva a una pérdida de la colágena dando como resultado la pérdida del equilibrio de la estática pélvica, aunado a estos cambios fisiológicos, las costumbres previas donde las mujeres se orientaba a ser grandes multíparas, se suman como factores de riesgo para la aparición de prolapso de órganos pélvicos

Con la falla en la estática pélvica junto con la presencia de prolapso de órganos pélvicos y las enfermedades concomitantes en las pacientes; se favorece a la presencia de consecuencias donde se incrementa la probabilidad de contraer una morbilidad infecciosa; lo que se busca con el tratamiento conservador a base del pesario es restablecer el equilibrio del soporte pélvico, dando como resultado la recuperación de los órganos en su sitio anatómico adecuado y la continencia urinaria y fecal, con la consiguiente disminución en la probabilidad de contraer algún tipo de agente infeccioso y por ende con repercusión en la mejora de la calidad de vida y disminución de las morbilidades.

En la actualidad el método de elección para el tratamiento de prolapso de órganos pélvicos es el tratamiento quirúrgico; sin embargo, se sabe que presenta

una falla de hasta el 30% en los 5 años posteriores a su realización, uno de los factores importantes para que estos suceda es que no se realice la adecuada evaluación en su totalidad a la paciente para su tratamiento y entender que la vía quirúrgica no siempre será el procedimiento adecuado para todas ellas. En este rubro es donde es indispensable poseer el conocimiento de las alternativas conservadoras para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, dentro de los cuales, el pesario es el mejor para aquellas pacientes que cumplan los criterios para su uso y lo acepten.

El principal motivo de consulta de las pacientes se encuentra en las consecuencias del prolapso, ya que estas manifestaciones, ocasionan un impacto en su calidad de vida, llevándolas a un deterioro general en su entorno social y personal. Es por esto que la decisión adecuada del tratamiento para esta patología no únicamente tendrá implicaciones fisiológicas, si no que se verá afectado positivamente todo el ambiente de la persona, llevándola a una mejoría en su estado físico con la finalidad de restablecer su calidad de vida en general.

Es hora de voltear nuevamente al empleo del pesario como tratamiento del prolapso de órganos pélvicos. Se debe de considerar su uso en un modo amplio más que como un último recurso en el tratamiento solo para la paciente anciana medicamente comprometida. Es indispensable un conocimiento de todas las indicaciones y la pericia con el uso de los dispositivos de soporte vaginal para poder ofrecerlo a las pacientes como tratamiento.

Después de la experiencia descrita con el uso de pesarios en el servicio de piso pélvico queda claro que su uso es una alternativa factible, económica, poco invasiva y perfectamente tolerada por la paciente, que además le permite un autocontrol, participación en su padecimiento y mejora en la calidad de vida de forma ostensible. Posterior a esto las pacientes se refieren satisfechas, además de que su empleo es económico, no invasivo y los efectos adversos que pudieran presentarse son leves y fácilmente tratables.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Loze Joseph. Clinical Evidence. BMJ Publishing Group. 2009 11:817
2. Jones, Keisha. Effect of pessary use in Genital Hiatus Measurements in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2008 Sep. 112 (3) 630-6.
3. Weber. AM, Ritchter, HE. Pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*. 2005. 196 (3): 615 -634
4. DeLancey John. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Prolapso de Órganos Pélvicos: Tratamiento Clínico y Fundamentos Científicos. Vol 4. 1993.
5. Ruwan, Fernando, Thakar, Raneer. Effect of vaginal pessaries on symptoms associates with pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*. 2006. Vol 108. P 93 – 99.
6. Doshani Anjum. Uterine Polapse, Clinical review. *BMJ* 2007. Vol 335
7. Bordman Risa. Pessary Insertion. Choosing appropriate patients. *Canadian family physician*. March 2007. Vol 53
8. Bordman Risa. Step by Step approach to managing pelvic organ prolapsed. March 2007. Vol. 53.
9. Indumathi Kuncharapu., Majeroni Barbara. Pelvic Organ Prolapse. *American Family Physician*. May 2010. Vol 81 (9) 1111- 1117
10. Delgado Udapilleta Jorge, Fernández Del Castillo Jorge. Ginecología y Reproducción Humana. Temas Selectos. Tomo II. Colegio Mexicano De Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2006. 171 – 182 y 199 – 202.
11. Kelleher C.J. Cardozo L.D. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997. Vol. 109. pp 1374 – 1379
12. Watch FP. Steps to manage pelvic organ prolapse. *Canadian Family Physician*. Vol. 53. March 2007.
13. Nager W. Charles. Incontinence pessaries: size, POP Q measures and successful fitting. *Int Urogynecol J* (2009) 20: 1023 – 1028
14. Berek Jonathan S, Hillard Paula. Ginecología de Novack. Mc Graw Hill Interamericana. 12^o edición. 2002. Págs. 619 – 669

15. Zeelha Abdool. Ranee Thakar. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* (2011) 22: 273 – 278.
16. Lamers Babet, Pessary treatment for pelvic organ prolapsed and health related quality of life: a review. *Int Urogynecol J.* (2011) 22: 637 - 644
17. Loze Joseph. *Clinical Evidence.* BMJ Publishing Group. 2009 11:817
18. Rock John, Thompson John. *Telinde. Ginecología Quirúrgica.* 1998. 8va edición. Editorial Panamericana. 1103- 1111.
19. Cundiff, Geoffrey W. Alison C. A Survey of pessary use by Members of the American Urogynecologist Society. *Obstetrics and Gynecology* , 2000; 95(6): 931-935
20. Wu, Vincent, Farell Scott, Gordon. A Simplified protocol for pessary managment. *Obstetrics & Gynecology.* 1997. 90 (6):990 -994
21. Jones Keisha MD, Yang Lidia MD, Jerry L. Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology.* 2008. 112 (3) 630 – 636.1
22. Ritcher, Holly.E. MD. Brubacker Linda MD. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010. March; 115 (3): 609 – 617.
23. Porter, William E. Horton Rusell. Historical and physycal factors of successful pessary use-. *Obstetrics & Gynecology.* April 2003. 101 (4) 51S.
24. Culligan, Patrick. Pessary possition. *Obstetrics & Gynecology.* 2012. Vol 119.
25. Pessary Use and Managment for Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America,* 36 (3)
26. Kuhn A; Bapst D. Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: Are pessaries helpful. *Fertil Steril* 2009. 91 (5) 1914 – 8.
27. Gorti. M Hudelist. Evaluation of vaginal pessary management: a UK based survey. *J. Obstet Gynaecol.* 2009; 29, 129 – 131.

28. Heit, Michael, MD.; Rosenquist, Chris MD. Predicting treatment choice of patients with pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*. 2003. Vol 101. 1279 -1284.
29. Courtieu, C, Panel, L. Practical use of pessaries. *Pelvie – Perineologie*. 2004. Vol 3. Pages 244 – 249.

ANEXO 1.

THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

1. ¿COMO DESCRIBIRÍA SU SALUD EN EL PRESENTE?
MUY BUENA BUENA REGULAR POBRE MUY POBRE
2. ¿COMO PIENSA QUE EL PROBLEMA DE SU VEJIGA AFECTA SU VIDA?
NADA UN POCO MODERADAMENTE UNA GRAN CANTIDAD
3. LIMITACIONES DE ROL
 - A. ¿Su problema de la vejiga afecta las tareas del hogar (limpieza, compras, etc.?)
 - B. ¿Su problema de la vejiga afecta su trabajo

NO 1 POCO 2 MODERADAMENTE 3 MUCHO 4
4. LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES
NO 1 POCO 2 MODERADAMENTE 3 MUCHO 4
 - A. ¿Su problema de la vejiga afecta sus actividades físicas (por ejemplo, va a caminar, correr, deporte, gimnasio, etc.?)
 - B. ¿Su problema de vejiga afecta su capacidad de viajar?
 - C. ¿Su problema de vejiga afecta su capacidad de viajar?
 - D. ¿Su problema de la vejiga afecta su capacidad para ver y visitar a los amigos?
5. RELACIONES PERSONALES
 - A. ¿Su problema de la vejiga afecta su relación con su pareja?
 - B. ¿Su problema de la vejiga afecta su relación con su pareja?
 - C. ¿Su problema de la vejiga afecta su vida familiar?

NO APLICA 0 NO 1 POCO 2 MODERADAMENTE 3 MUCHO 4
6. EMOCIONES
 - A. ¿Su problema de la vejiga hace que se sienta deprimido?
 - B. ¿Su problema de la vejiga hace que se sienta ansioso o nervioso?

C. ¿Su problema de la vejiga hace que se sienta mal consigo mismo?

NO APLICA 0 NO 1 POCO 2 MODERADAMENTE 3 MUCHO 4

7. SUEÑO Y ENERGIA

A. ¿Su problema de vejiga afecta su sueño?

B. ¿Su problema de vejiga hace que usted se sienta agotado y cansado?

NUNCA 1 A VECES 2 A MENUDO 3 TODO EL TIEMPO 4

8. MEDIDAS SEVERAS

A. ¿Utiliza pañales para no mojarse?

B. ¿Es cuidadoso con la cantidad de líquido que puede beber?

C. ¿Cambia su ropa interior por que se moja?

¿Se preocupa debido a su olor?

NUNCA 1 A VECES 2 A MENUDO 3 TODO EL TIEMPO 4

EL USO ACTUAL DEL PESARIO EN EL MANEJO DEL PROLAPSO GENITAL

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
												Trauma Obstetrico			Prolapso					
	Pacien	te	Edad	Rango Representativo	Gestas	Partos	Macrosómicos	Menopausia	TRH	Pres enci a	Forceps	Episio	Desgarro	Anatomica	Grado prolapso	Qz ginecologica previa para correccion	Tipo Qz Ginecologica Previa			
3																				
4	1		59	1	si	1	si	si	si	si	si	si	si	III	III	si				
5	2		67	2	si	1	si	Si	no	no	no	no	no	IV	IV Aa	no				Vaginal
6	3		67	2	si	1	si	si	no	no	no	no	no	II	II Aa	si	Vaginal	Bursh	COLPOS	
7	4		75	3	si	2	si	Si	si	si	si	si	si	III	III	no				
8	5		72	3	si	2	si	si	si	si	no	si	si	III	III	no				
9	6		64	2	si	2	no	si	si	no	no	no	no	II	II Aa	si				HTA
10	7		82	3	si	1	si	si	no	no	no	no	no	III	III C	no				Cinta
11	8		78	3	si	3	si	si	si	si	si	si	si	III	II Aa	si	Vaginal			
12	9		85	3	si	2	no	si	si	no	no	no	no	III	III	no				
13	10		57	1	si	2	no	no	no	no	no	no	no	II	II Aa	si		COLPOS		
14	11		62	2	si	1	si	si	si	no	no	no	no	II	II Aa	si				HTA
15	12		67	2	si	3	no	si	no	no	no	no	no	II	II Aa	si	HTA			
16	13		65	2	si	2	si	si	no	no	no	no	no	II	II	no				
17	14		80	3	si	2	si	si	si	no	no	no	no	III	III C	si	COLPOS			COLPOS
18	15		64	2	si	1	no	si	no	no	no	no	no	III	III Aa	si	COLPOS			HTA
19	16		70	2	si	2	no	si	si	no	no	no	no	III	III	no				
20	17		75	3	si	3	no	si	si	si	si	si	si	III	III Aa	no				
21	18		74	3	si	1	si	Si	no	si	No	Si	Si	IV	III Bp	no				
22	19		64	2	si	2	si	si	no	no	no	no	no	III	III	no				
23	20		64	2	si	1	si	si	no	no	no	no	no	III	III Aa	si	HTA			
24	21		54	1	si	2	no	si	no	no	no	no	no	III	III Bp	si	COLPOS	COLPOS		
25	22		60	1	si	2	si	si	si	si	si	si	si	III	III Bp	si	Vaginal	COLPOS	COLPOS	Malla
26	23		57	1	si	1	no	si	no	no	no	no	no	III	III Aa	no				
27	24		62	2	si	1	no	si	si	no	no	no	no	III	III Aa	si	Bursh			HTA
28	25		82	3	si	1	si	si	si	si	si	si	si	III	III Ba	no				
29	26		72	3	si	3	si	si	no	no	no	no	no	III	III Aa	si	COLPOS			Cinta
30	27		64	2	si	3	no	si	si	no	no	no	no	III	III C	no				
31	28		85	3	si	3	si	si	no	no	no	no	no	III	III Aa	no				
32	29		70	2	si	3	si	si	si	no	no	no	no	III	III Aa	si	HTA			
33	30		60	1	si	2	si	si	no	no	si	si	si	III	III Bp	si	HTA	COLPOS		
34	31		61	2	si	1	no	si	no	no	no	no	no	III	III Aa	no				
35	31																			
36		Total																		

EL USO ACTUAL DEL PESARIO EN EL MANEJO DEL PROLAPSO GENITAL

V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ
Años entre la realización de la Qx y la aparición del Prolapso	# cirugías previas	Incontinencia urinaria	Incontinencia fecal	IYU recurrente	Enfermedad Crónica Degenerativa	Tipo de Enfermedad Crónica	Tipo de Enfermedad Crónica	tipo de pesario	Diametro Pesario (pulgadas)	Tiempo de Uso	Disminucion prolapso	Disminucion diametro	Años para disminución de Prolapso con Uso de Pesario	Pulgadas de disminución
8	1	si	si	si	si		hipertension	Dona	2	2	si	no	0	0
0	0	si	si	si	si		cancer mama	Dona	2	2	no	no	0	0
1	3	Si	si	si	si		adenomoma hipofisis	Anillo	2	2	no	no	0	0
0	0	si	no	si	no		artritis reumatoide	Anillo	3	2	no	no	0	0
0	0	si	no	si	si		hipertension	Anillo	3	2	si	si	3	1
3	2	si	si	si	no		IAM	Anillo	2	2	si	si	4	1
0	0	Si	no	si	si		parkinson	Anillo	3	3	no	no	0	0
14	1	si	no	si	si		diabetes	Anillo	3	3	si	si	2	1
0	0	si	no	si	si		hipertension	Anillo	3	3	no	no	0	0
5	1	si	si	si	no		diabetes	Dona	3	3	no	no	0	0
12	1	si	si	si	si		hipertension	Dona	2	3	no	no	0	0
15	1	si	no	si	no			Dona	2	2	no	no	0	0
0	0	si	no	si	si			Anillo	3	2	no	no	0	0
5	2	si	no	Si	si		diabetes	Dona	3	3	si	si	3	1
8	2	si	no	si	si		hipertension	Anillo	2	3	no	no	0	0
0	0	si	no	si	si	diabetes	hipertension	Dona	4	3	si	si	3	1
0	0	si	si	si	si			Dona	2	3	si	si	4	1
0	0	Si	si	Si	si		diabetes	Dona	3	3	si	si	5	1
0	0	si	no	si	si	cirrosis hepática		Dona	3	2	si	si	3	2
7	1	si	no	si	si		IAM	Dona	3	3	si	si	3	1
3	2	si	si	si	si		diabetes	Dona	2	4	no	no	0	0
1	4	si	no	si	si			Dona	3	3	si	si	3	1
0	0	si	no	si	si			Dona	3	3	no	no	0	0
3	2	si	no	si	si		hipertension	Anillo	4	2	no	no	0	0
0	0	si	si	si	si		hipertension	Dona	3	3	si	si	3	1
3	2	si	no	si	si		diabetes	Dona	2	3	si	si	3	1
0	0	si	si	si	si			Dona	4	3	si	si	4	1
0	0	si	si	si	si	cancer mama	fractura t12	Dona	4	4	no	no	0	0
5	1	si	si	si	si			Anillo	3	2	si	si	2	1
4	2	si	si	si	si			Anillo	4	3	si	si	4	1
0	0	si	no	si	no			Dona	2	1	no	no	0	0

EL USO ACTUAL DEL PESARIO EN EL MANEJO DEL PROLAPSO GENITAL

		Efectos		afectación a la calidad de vida 9 rubros										TOTAL	automanejo del pesario	Presencia de Mejoría en la Calidad			
Sí/no	Erosion	Rechazo	Expulsión	STV	escurrimiento vaginal	Iritación Vesical	Incomodidad Pélvica	percepción de la salud	impacto de la incontinencia	limitaciones del rol	limitaciones físicas	limitaciones sociales	relaciones personales	emociones	energía y sueño	medidas severas	GLOBAL		
si	si	no	no	no	no	no	no	25	0	0	0	0	0	0	0	0	25	Autosuficiente	no
si	no	no	no	no	si	no	no	25	67	50	50	33	0	33	67	25	350	Autosuficiente	no
no	no	no	no	no	no	no	no	25	0	0	0	11	0	0	0	0	36	Dependiente	si
si	si	si	no	si	si	no	si	75	100	67	83	50	0	100	67	33	575	Dependiente	si
no	no	no	no	no	no	no	no	25	33	33	17	0	0	0	33	0	142	Autosuficiente	si
si	no	si	no	no	si	no	no	25	33	0	0	0	0	17	0	0	75	Autosuficiente	si
no	no	no	no	no	no	no	no	50	67	67	67	56	0	67	67	50	489	Autosuficiente	si
no	no	no	no	no	no	no	no	50	0	0	0	28	50	0	0	8	136	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	si	no	si	50	67	50	33	56	83	67	83	42	531	Autosuficiente	si
si	si	no	no	no	si	no	no	50	67	83	100	56	17	67	67	50	556	Autosuficiente	si
si	si	si	no	no	no	no	no	25	0	0	0	11	17	0	0	0	53	Autosuficiente	si
no	no	no	no	no	no	no	no	50	33	33	50	22	0	11	33	33	267	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	si	no	si	25	33	17	0	11	0	0	17	17	119	Autosuficiente	si
si	no	no	no	si	no	no	si	50	67	67	50	44	0	33	67	50	428	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	75	67	67	67	22	0	67	67	42	472	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	25	67	67	67	33	50	44	50	42	444	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	50	0	67	33	22	50	78	17	0	317	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	50	67	67	50	33	0	11	50	33	361	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	50	100	0	17	0	17	0	17	8	208	Autosuficiente	si
si	si	no	si	no	no	si	no	50	0	33	33	11	17	0	17	17	178	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	50	67	33	100	22	0	56	50	50	428	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	25	67	67	17	0	0	0	17	0	192	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	si	si	no	50	33	33	17	0	0	11	33	33	211	Autosuficiente	si
si	si	si	no	no	no	si	no	25	67	67	50	0	0	0	17	8	233	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	25	33	33	50	0	133	0	33	17	325	Autosuficiente	si
si	si	no	si	no	si	si	si	50	0	67	33	22	50	78	17	0	317	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	si	si	si	25	33	67	50	100	133	33	67	50	558	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	75	67	67	67	22	0	67	67	42	472	Dependiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	25	67	33	17	33	50	22	50	25	322	Autosuficiente	si
si	si	no	no	no	no	si	si	50	67	33	50	11	17	44	33	50	356	Autosuficiente	si
si	no	no	no	no	no	si	no	50	0	0	17	0	0	0	0	8	75	Autosuficiente	si
								42	44	41	38	23	23	23	35	24	298		