

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN**

UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 80

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



“CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON PROLAPSO DEL PISO PÉLVICO”

TESIS

**PARA LA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

VICTOR ROMERO ELIZARRARAS

Matricula 97176216

ROEV880131HGTMLC03

ASESORA DE TESIS:

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

Especialista en Medicina Familiar

Maestra e Psicoterapia Familiar

Matrícula 9917406

COASESORA

DRA. MARIA ELENA CAMACHO MIRANDA

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Numero de Registro Ante el Comité de Ética e Investigación:

R-2020-1602-028

Morelia, Michoacán, México Octubre 2022



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 80



“CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON PROLAPSO DEL PISO PÉLVICO”

TESIS

PARA LA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

VICTOR ROMERO ELIZARRARAS

Unidad De Medicina Familiar No. 80

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula 97176216

ROEV880131HGTMCLC03

Correo electrónico: vicdocuag@hotmail.com

ASESORA DE TESIS:

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

Especialista en Medicina Familiar

Maestra e Psicoterapia Familiar

Hospital General Regional No. 1, Morelia, Michoacán.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matrícula 9917406

Correo electrónico: pamelahannibalita@hotmail.com

COASESORA

DRA. MARIA ELENA CAMACHO MIRANDA

Hospital General Regional No. 1 Morelia Michoacán

Correo electrónico: camachom869@hotmail.com

No. de Registro: R-2020-1602-028

Morelia, Michoacán, México Octubre 2022



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OOAD MICHOACAN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Medico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortes

Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

Dra. Laura Miriam Pérez Flores

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dr. Gerardo Antonio Gutiérrez Calderón

Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Dr. JAVIER SANTACRUZ VARELA

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar de la UNAM

División de Estudios de Postgrado

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar

División de Estudios de Postgrado

Dr. Giovanni López Ortíz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Institución y personas que contribuyeron para la posibilidad de realización de esta tesis, apoyo sin el cual no habría sido posible realizar el trabajo.

A mi alma mater la Universidad Autónoma de Guadalajara, por formarme como profesional, abrirme las puertas para iniciar y concluir mi carrera como Médico Cirujano, a la Universidad Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro social, en especial a la **Unidad Medico Familiar No. 80 y al Hospital General Regional No. 1**, por llevar mi formación como médico Familiar durante estos tres años, a mi Asesora de Tesis por ser guía en este camino, al Coordinadore clínico de enseñanza e Investigación y Profesora Titular por su colaboración en las revisiones de esta tesis

DEDICATORIA

A mis padres ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, como una meta más conquistada. Orgulloso de haberlos elegido como mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante.

A mi asesora de tesis la Dra. Paula Chacón Valladares, sin usted y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado. Sus consejos fueron siempre útiles cuando no salían de mi pensamiento las ideas para escribir lo que hoy he logrado. Usted formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que la caracterizan. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite; por estar allí cuando mis horas de trabajo se hacían confusas. Gracias por sus orientaciones.

A mis amigos y compañeros de residencia, hoy culminan esta maravillosa aventura y no puedo dejar de recordar cuantas tardes y horas de trabajo nos juntamos a lo largo de nuestra formación. Hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de vida y no puedo dejar de agradecerles por su apoyo y constancia, al estar en las horas más difíciles, por compartir horas de estudio. Gracias por estar siempre allí.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	ABSTRACT.....	2
III.	ABREVIATURA	3
IV.	GLOSARIO.....	4
V.	RELACION DE TABLAS Y FIGURAS.....	6
VI.	INTRODUCCION.....	7
VII.	MARCO TEÓRICO	8
	a. Definición	8
	b. Anatomía.....	8
	c. Musculatura Del Piso Pélvico	8
	d. Órganos Pélvicos	9
	e. Sistema Digestivo	9
	f. Sistema Genitourinario	9
	g. Etiología	10
	h. Fisiopatología	11
	i. Cuadro Clínico	11
	j. Diagnóstico.....	13
	k. Clasificación.....	13
	l. Tratamiento	14
	m. Tratamiento quirúrgico	15
	n. Calidad De Vida	16
	o. Formas De Evaluar Calidad De Vida	16
	p. Prolapso Y Calidad De Vida	17
VIII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
IX.	JUSTIFICACIÓN	20
X.	HIPÓTESIS	21
XI.	OBJETIVOS.....	21
XII.	MATERIAL Y MÉTODOS	22
	a. Diseño De Estudio	22
	b. Población Estudio.....	22
	c. Tamaño De La Muestra	22

d.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	22
e.	TIPO DE VARIABLES	23
f.	Cuadro De Operacionalización De Las Variables	24
g.	Descripción Operativa.....	27
h.	Análisis Estadístico	28
i.	Recursos Humanos Y Financiamiento	28
j.	Consideraciones Éticas y Legales	29
XIII.	RESULTADOS	31
XIV.	DISCUSION	34
XV.	CONCLUSIONES	36
XVI.	BIBLIOGRAFIA.....	37
XVII.	ANEXOS	41
	Anexo 1	41
	Anexo 2	42
	Anexo 3	46
	Anexo 4	47
	Anexo 5	51

I. RESUMEN

CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON PROLAPSO DEL PISO PÉLVICO

Romero Elizarrarás V.¹, Paula Chacón Valladares P.², Camacho Miranda M. E.³

Unidad de Medicina Familiar No. 80¹, Hospital General Regional No.1^{2,3}.

Introducción El prolapso del piso pélvico afecta a mujeres conforme aumenta su edad, repercutiendo negativamente sobre su calidad de vida, estas afectaciones se producen a nivel físico, psicológico y social.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en pacientes con prolapso del piso pélvico.

Material y Métodos: Estudio transversal y descriptivo, de pacientes con diagnóstico de prolapso del piso pélvico, mayores de 18 años, de noviembre del 2020 a junio del 2021 en la Unidad Médico Familiar No. 80, se les realizó un estudio clínico y un cuestionario “Calidad de vida en Prolapso”, el cual evalúa 9 dominios: salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, física, social, relaciones personales, emociones, sueño/energía, donde se utilizó un sistema de puntaje del 0 al 4 para cada ítem. El análisis estadístico de los resultados se dará en frecuencias y Porcentajes. Comparación de Medias a través de una chi cuadrada para muestras relacionadas. Todos los cálculos se harán en el programa *SPSS Statistics 23.0* para Windows. No. de Registro: R-2020-1602-028.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes, la media de edad fue 61 ± 10 años con un rango de entre 33 y 80 años, las pacientes sin casadas y amas de casa en su mayoría, el diagnóstico principal fue Cistocele grado II en un 58%, las cuales presentan Buena calidad de Vida en un 72%, el área con más afectación fue la limitación del rol 65%, se encontró relación entre el grado de prolapso y la calidad de vida,

Conclusiones: La calidad de vida en pacientes con prolapso del piso pélvico en la unidad de medicina familiar no. 80 es buena.

Palabras Clave: Prolapso del Piso Pélvico, Calidad de Vida, Unidad de Medicina Familiar.

II. ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PELVIC FLOOR PROLAPSE

Romero Elizarrarás V.¹, Paula Chacón Valladares P.², Camacho Miranda M. E.³

Unidad de Medicina Familiar No. 80¹, Hospital General Regional No.1^{2,3}.

Introduction: Pelvic floor prolapse affects women as their age increases, negatively impacting their quality of life, these affectations occur at the physical, psychological and social levels.

Objective: To evaluate the quality of life in patients with pelvic floor prolapse.

Material and Methods: Material and Methods: Cross-sectional and descriptive study, of patients with a diagnosis of pelvic floor prolapse, over 18 years old, from November 2020 to June 2021 in the Family Medical Unit No. 80, a clinical study and a questionnaire "Quality of Life in Prolapse" were performed, which evaluates 9 domains: general health, impact of prolapse, role limitation, physical, social, personal relationships, emotions, sleep/energy, where a scoring system from 0 to 4 was used for each item. Statistical analysis of the results will be given in frequencies and percentages. Comparison of Means through a chi-square for related samples. All calculations will be done in SPSS Statistics 23.0 for Windows. Registration No.: R-2020-1602-028.

Results: A total of 100 patients were analyzed, the mean age was 61±10 years with a range between 33 and 80 years, most of the patients were unmarried and housewives, the main diagnosis was Cystocele grade II in 58%, 72% of them had a good quality of life, the most affected area was role limitation 65%, a relationship was found between the degree of prolapse and quality of life.

Conclusions: The quality of life in patients with pelvic floor prolapse in family medicine unit no. 80 is good.

Key words: Pelvic Floor Prolapse, Quality of Life, Family Medicine Unit.

III. ABREVIATURA

ACR: Alteraciones Colorrectales.

APP: Alteración Por el Prolapso.

ART: Articulo.

AU: Alteración Urinaria.

CM: Centímetros.

EAI: Esfínter Anal Interno.

EAE: Esfínter anal externo.

MEA: Músculo elevador del ano.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PFDI: Pelvic Floor Distress Inventory.

PFIQ: Pelvic Floor impact Questionnaire.

POP-Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification.

PQOL: Prolapse Quality Of Life.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

IV. GLOSARIO

Calidad de Vida: Percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Cistocele: El prolapso vaginal anterior, también conocido como cistocele o prolapso de la vejiga.

Colpocele: Hernia en la pared de la vagina.

Hernia: Una hernia es un saco formado por el revestimiento de la cavidad abdominal (peritoneo).

Histerectomía: Operación quirúrgica realizada para extirpar el útero de la mujer, total o parcialmente.

Incontinencia de esfuerzo: Incontinencia urinaria que se produce a raíz de esfuerzos físicos bruscos como toser, estornudar, reír, levantar peso o hacer ejercicio. Normalmente se trata solamente de pequeñas pérdidas y suele estar relacionada con el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico.

Músculos pélvicos: Los músculos del suelo pélvico forman una amplia unidad de soporte entre las piernas que se extiende desde el hueso púbico hacia atrás, hacia la base de la espina dorsal.

Perimenopausia: Etapa que transcurre entre la última menstruación y la menopausia. Se caracteriza por el comienzo de irregularidades en el ciclo menstrual.

Premenopausia: Período de transición a la menopausia que comienza en torno a los 40 años y en la que la reserva ovárica empieza a disminuir.

Prolapso pélvico: Es el descenso de los órganos pélvicos debido al fallo en las estructuras de soporte.

Rectocele: Prolapso vaginal posterior ocurre cuando se debilita la pared delgada de tejido que separa el recto de la vagina.

Suelo pélvico: Conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Sostiene el aparato digestivo, urinario y reproductor.

V. RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla I.- Características generales de la Población estudiada.....	31
Tabla II.- Relación Calidad de Vida en pacientes con Prolapso Pélvico (n=100).....	33
Figura 1.- Tipos de Prolapso en pacientes de la UMF No. 80.....	32
Figura 2.- Calidad de Vida en Pacientes de la UMF No. 80.....	33
Figura 3.- Figura comparativa de las Áreas con Mayor Afectación.....	32

VI. INTRODUCCION

El prolapso del piso pélvico es una entidad muy común en nuestro país, según estudios de prevalencia entre un 7.5-14% de las histerectomías realizadas tienen como causa el prolapso del piso pélvico, aproximadamente 23.7% de las mujeres presenta un síntoma relacionado con el prolapso del piso pélvico, una condición frecuente que puede llegar hasta el 40% en multíparas, cuyo impacto en la salud femenina es importante y representa uno de los motivos de consulta más frecuentes del urólogo y ginecólogo, la patología a ser estudiada en nuestro proyecto de investigación puede no comprometer seriamente la vida de las pacientes, pero puede resultar muy perturbador e incluso discapacitante, los síntomas generan un gran impacto en la calidad de vida afectando la función sexual, actividades cotidianas y generando efectos negativos en aspectos psicosociales, como la imagen corporal y el desempeño de las mujeres. Saber cómo abordar, incluso diagnosticar para un buen tratamiento y llevar a una mejoría en la calidad de vida.

El objetivo es valorar la calidad de vida en pacientes con prolapso del piso pélvico en la Unidad Médico Familiar No.80.

VII. MARCO TEÓRICO

a. Definición

El prolapso genital o prolapso del piso pélvico; es el descenso de los órganos pélvicos debido al fallo en las estructuras de soporte de los órganos pélvicos, es decir, el suelo pélvico. La vejiga o el recto caen sobre la pared vaginal y el útero desciende, ocupando la vagina e incluso asomando el cuello uterino por la vulva en los casos más graves. (1)

El prolapso del suelo pélvico no solo produce una sensación de bulto y de peso en la zona, sino que también puede conllevar incontinencia urinaria, disfunción sexual, dolor crónico y problemas en la defecación. Por eso es importante, en la medida de lo posible, prevenir el debilitamiento del suelo pélvico. (1)

b. Anatomía

La pelvis es un espacio que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anexos y vagina), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano). Estas estructuras se apoyan y se anclan en el piso pélvico, una estructura de músculos y tejido conectivo. Su principal componente es el músculo elevador del ano (MEA), un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis, formado por tres fascículos y que su forma de “U” o “V” abierta hacia anterior permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo. Además, existen otras estructuras de tejido conectivo fibroso que sirven de soporte y suspensión para estas estructuras, como ligamentos, arcos tendinosos. (2) Existe una íntima relación entre estas estructuras determinando no solo un soporte mecánico estático, sino además una estructura dinámica que participa en la continencia urinaria y fecal. (2)

c. Musculatura Del Piso Pélvico

La musculatura del piso pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte similar a una “Hamaca” para los órganos de la pelvis. El músculo más importante es el elevador del ano. El músculo elevador del ano en conjunto con un segundo músculo del piso pélvico, el músculo coccígeo, forman el llamado diafragma pélvico, siendo el primero el componente principal. Este diafragma se extiende anterior desde el pubis, posterior hacia el coxis y lateral hacia ambas paredes

laterales de la pelvis menor. Se extiende como un embudo inferior formando la mayor parte del suelo de la pelvis. Existe además otro grupo muscular que conforma el diafragma urogenital, más inferior, es decir superficial al elevador del ano que, al igual que este, participa en la continencia urinaria. (3)

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. (3)

d. Órganos Pélvicos

Desde un punto de vista clínico didáctico, la pelvis puede ser dividida en tres compartimentos. El compartimento anterior incluye la vejiga y uretra, el compartimento medio incluye al útero y vagina, y el compartimento posterior incluye al recto y conducto anal. Esta división es más bien práctica y no anatómica, ya que todas estas estructuras se encuentran estrechamente interrelacionadas mediante tejido conectivo sin existir una verdadera compartimentalización entre ellas. (3)

e. Sistema Digestivo

El recto y ano constituyen el segmento más distal del tubo digestivo. El recto corresponde a la continuación del colon o intestino grueso previo al conducto anal. El recto limita posterior con el sacro y cóccix, anterior con el fondo de saco recto vaginal, cara posterior de la vagina y útero. Entre recto y vagina existe una capa fibrosa que mezcla elementos de la vaina del recto y la fascia recto vaginal o tabique recto vaginal que en su extremo inferior rodeando al EAI (Esfínter Anal Interno) se encuentra el esfínter anal externo (EAE), músculo estriado, voluntario, de una altura de 15 a 20 milímetros, formado por tres partes musculares, el fascículo profundo y el fascículo puborrectal del elevador del ano por superior, fibras mediales y fascículos inferiores. (4)

f. Sistema Genitourinario

En la mujer, el tamaño del útero varía entre nulíparas y multíparas. Está formado principalmente por una capa muscular o miometrio, gruesa capa de músculo liso con fibras

en diferentes direcciones. El útero se fija a la pelvis por tres pares de ligamentos que lo mantienen en su lugar tanto en reposo como con los cambios de la presión intraabdominal. Los ligamentos anchos, los ligamentos redondos, y los ligamentos posteriores o pliegues recto-uterinos. La vagina se dirige oblicua inferior y anteriormente. Posee una longitud promedio de 8 cm. Limita anteriormente con la vejiga urinaria y uretra y posteriormente con el recto, separándose de este superiormente por el fondo de saco rectovaginal e inferiormente por tejido conectivo laxo y la fascia del tabique rectovaginal. (4)

Más anterior se encuentra la vejiga, que corresponde al reservorio de orina, y por lo tanto su forma y relaciones son variables dependiendo si se encuentra vacía o distendida. En su cara anteroinferior se une a la pelvis por los ligamentos pubovesicales, también presenta unión con la región umbilical a través del uraco. Formada por músculo liso, y mucosa. A nivel del cuello vesical se ubica el orificio interno de la uretra que posee normalmente forma circular. (4)

g. Etiología

Las lesiones de los tejidos pélvicos, la mayoría de las veces comienza con los partos. Sin embargo, existen otras condiciones asociadas como factores congénitos, alteraciones del colágeno, lesiones neurológicas, cirugías pélvicas previas, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, hipoestrogenismo e incluso actividades laborales asociadas a valsalva importante. (5)

Es importante entender que las disfunciones del piso pélvico dependen de diferentes condiciones que aumentan el riesgo: Factores predisponentes, estimuladores, promotores y descompensadores.

Entre los factores predisponentes son sexo femenino, alteraciones neurológicas, alteraciones anatómicas y musculares, enfermedad del colágeno.

Algunos Factores estimulantes son los partos, lesiones neurológicas, lesiones musculares, radiaciones, ruptura de tejidos y cirugías.

Factores Promotores como la profesión, la constipación, recreación, obesidad, cirugía, enfermedad pulmonar, tabaquismo, menopausia, infecciones, medicamentos.

Los factores descompensadores, son el envejecimiento, demencia, debilidad, enfermedades, medioambientales, medicamentosas. (6)

h. Fisiopatología

Al analizar la etiología, en general el punto de inicio es una lesión del músculo elevador del ano. Estas lesiones producen un aumento del área del hiato urogenital. Esto a su vez produce estiramiento y ruptura de los elementos de sostén, como son las fascias y los ligamentos. Dependiendo de cuál es la estructura que se rompe, será la manera en que se manifestará el prolapso. (7)

El daño en los distintos niveles nos permite comprender de mejor manera la producción del prolapso de órganos pélvicos. Identificar y comprender la correlación de estos 3 niveles son fundamentales al momento de realizar cirugía reconstructiva por prolapso genital. (8)

Nivel I: Este nivel está compuesto por el complejo de ligamentos útero sacro cardinal y el anillo pericervical. Daño a este nivel, se asocia a prolapsos del compartimento apical: prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal post histerectomía o enterocele.

Nivel II: Este nivel está compuesto por el tercio medio de la vagina, específicamente el tabique rectovaginal y fascia pubocervical. Daño a este nivel producirá prolapsos en el compartimento anterior (cistocele) o del compartimento posterior (rectocele).

Nivel III: Este nivel está compuesto por el cuerpo del periné y las estructuras que lo conforman: Esfínter anal externo, músculos superficiales del periné y la membrana perineal. Daños a este nivel se manifiestan como desgarros perineales o cuerpos perineales deficientes. Se debe comprender que los ligamentos, fascias y el músculo elevador del ano se pueden dañar en diferentes lugares. Es así como lesiones de las fascias a nivel de la línea blanca se conocen como lesiones paravaginales. (8)

i. Cuadro Clínico

Los síntomas son muy variables en intensidad, algunas mujeres apenas tienen molestias, en otras en cambio, se produce sensación de cuerpo extraño, pesadez y dolor, sobre todo cuando

permanecen de pie durante un tiempo, en muchos casos se presenta sensación de urgencia miccional, incontinencia urinaria e imposibilidad de vaciar completamente la vejiga urinaria durante la micción, disuria, sensación de pesadez, hinchazón, tirón o dolor en la vagina que se agrava al final del día, sensación de cuerpo extraño o ver que un "bulto" o "algo que sale" de la vagina, infecciones urinarias frecuentes, pérdidas de materia fecal o dificultad para controlar los gases, estreñimiento. Los casos leves pueden no causar síntomas hasta que una edad más avanzada, pero cada síntoma está relacionado de la porción afectada. (9)

El síntoma primario del uterocele es la incontinencia urinaria de esfuerzo. La gravedad de la incontinencia suele denotar la dificultad de la reparación y puede influir en el método terapéutico. Los síntomas deben aparecer de modo regular y no obligadamente guardar relación con la vejiga llena o el embarazo. (10)

En el cistocele se caracteriza por la presencia de una sensación de masa u ocupación a nivel de la pelvis que puede alcanzar diversos grados. Al caer la vejiga sobre la vagina se aumenta la presión sobre aquella, con lo cual se pueden producir síntomas de incontinencia urinaria por aumento de la presión, que hace que se abra el esfínter urinario.

Asimismo, el mismo hecho de la caída de la vejiga puede dificultar el vaciado de esta, con lo cual la micción no es completa y pueden darse ganas constantes de orinar y una ausencia de satisfacción con la micción. La orina arremansada que queda en el interior de la vejiga puede favorecer que se produzcan infecciones urinarias de repetición. (10)

El cistocele puede causar también dificultades para defecar por compresión secundaria del recto, y hacer que las infecciones de orina.

Histerocele y prolapso de cúpula vaginal además de la sensación de masa producida por la salida de la víscera puede presentarse ulceración de la mucosa con irritación y sangrado de los tejidos al sufrir necrosis, además de leucorrea por infecciones vaginales, dispareunia al momento del acto sexual y molestias al caminar. (10)

Rectocele se reconoce por la tendencia del intestino a concentrar las heces cerca al ano, lo que produce dolor al defecar. Muchas pacientes han aprendido a devolver el recto a su sitio y en esta forma defecar, y otras simplemente usan enemas. El rectocele se diferencia del estreñimiento en que se ha perdido la urgencia de defecar. Además de la presencia de pérdida incontinencia rectal, sensación de no evacuar completamente, dispareunia. (10)

j. Diagnóstico

El diagnóstico del prolapso del piso pélvico es estrictamente clínico, pero el hecho de solo hacer una historia clínica y una exploración física, pueden pasar desapercibidos detalles de alguna alteración mucho mayor. (11)

En la exploración física la inspección de los genitales externos y la zona perineal, observar si hay cicatrices, lesiones cutáneas, hemorroides. Inspección de la mucosa vaginal, signos inflamatorios, infecciones o atrofia, pruebas de esfuerzo con maniobras de valsalva, palpación vaginal de los músculos del suelo pélvico, tacto rectal medir el tono del esfínter anal y del puborectal en reposo y con la contracción voluntaria, valorar el septum rectovaginal y tacto vaginal bimanual para descartar tumoraciones pélvicas.

La realización de estudios urodinámicos, manometrías rectoanales, ecografía endoanal y estudios neurofisiológicos del suelo pélvico pueden ayudar a clarificar el diagnóstico.

La resonancia magnética dinámica del suelo pélvico permite identificar cambios en la morfología de los músculos pélvicos, y proporciona una alta resolución en la evaluación global de la pelvis, tanto de los órganos pélvicos, como de las estructuras de soporte musculofasciales. (11)

k. Clasificación

En el año 1996 la Sociedad Internacional de Continencia publicó una estandarización en la terminología del prolapso del piso pélvico, la cual es conocida como POP-Q. Esto evita el uso de terminología como cistocele o rectocele. En su lugar asigna 2 puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado con el cérvix (C), un punto en relación con el fórnix posterior (D) y asigna

medición de la longitud vaginal total (tv), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb). El punto de referencia utilizado para objetivar el descenso de los distintos puntos antes descritos es el himen.

A los 6 puntos de referencia se les asigna números negativos cuando se encuentren por sobre el himen y números positivos cuando se encuentren por fuera de este. Las mediciones de longitud vaginal, hiato genital y cuerpo perineal serán siempre números positivos.

Registrados estos valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical. Estos serán:

0: cuando no hay descenso.

I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen.

II: el descenso es +/- 1 cm del himen.

III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2 cm de la longitud vaginal.

IV: cuando estamos frente a una procidencia completa. (11)

I. Tratamiento

Existen diversos tratamientos para el prolapso del piso pélvico. La identificación del tratamiento más adecuado para una determinada paciente dependerá de múltiples aspectos: edad, tipo de prolapso, estadio del prolapso, cirugías previas y estilo de vida. Se le puede proponer a la paciente la observación de su prolapso cuando este es asintomático.

La meta del tratamiento será corregir el prolapso genital y sus patologías asociadas en un mismo acto quirúrgico, si esto es posible. (12)

Tratamiento conservador

La rehabilitación perineal, podría ser una alternativa en estados iniciales de prolapso genital y como terapia coadyuvante en estadios más avanzados.

Los pesarios, la forma más antigua de tratamiento del prolapso, sigue siendo una buena alternativa a ofrecer, este dado su bajo costo, facilidad de uso y bajo riesgo de complicaciones. Estos son en especial indicados cuando la paciente rechaza la cirugía como tratamiento, cuando existe contraindicación quirúrgica por otras condiciones o a la espera de su cirugía en caso de prolapso muy avanzado. (12)

Entrenamiento de los músculos del piso pélvico, también llamado ejercicios de Kegel, este entrenamiento implica apretar y aflojar los músculos del piso pélvico. Si se realizan de manera correcta y rutinaria, los ejercicios de Kegel pueden mejorar los síntomas del prolapso. Sin embargo, estos ejercicios no pueden corregir el prolapso. A veces se utiliza bio retroalimentación para enseñarles a las mujeres qué grupo de músculos deben apretar. (12)

Medicamentos. A veces se recetan medicamentos para tratar ciertos problemas de control de la vejiga o prevenir las deposiciones flojas o las evacuaciones intestinales frecuentes. (12)

m. Tratamiento quirúrgico

Al enfrentar una paciente desde el punto de vista quirúrgico, se debe tener una clara idea de la anatomía y de los conceptos de soporte de las estructuras del piso pélvico.

Al reconstruir los elementos de sostén, debemos asegurarnos de que los 3 niveles descritos por De Lancey sean reparados y conectados entre ellos. Debe quedar claramente establecido que la cirugía por prolapso del piso pélvico se realiza en pacientes en las cuales existe una alteración en su calidad de vida, ya que la paciente debe aceptar los riesgos y complicaciones inherentes al procedimiento ofrecido.

El abordaje quirúrgico se basará en: tiempo de recuperación, durabilidad del procedimiento, riesgo de complicaciones, riesgo de cuerpo extraño en el caso de recibir una malla y en el deseo de mantener vida sexual activa.

Los conceptos básicos en la cirugía reconstructiva son: diagnosticar todos los defectos a reparar, utilizar antibiótico profilaxis de acuerdo con lo establecido por la institución donde se realiza el procedimiento, la mucosa sobre los defectos reparados se debe recortar el mínimo posible. (13)

n. Calidad De Vida

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Más adelante en 1994 describiría la calidad de vida como, percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. (14)

Hacia 1995, un grupo de expertos de la OMS hicieron un consenso acerca de las características que deberían tener las medidas o instrumentos de medición de la calidad de vida en apartado de la salud. Según esto, las medidas deben ser subjetivas, multidimensionales, incluir sentimientos positivos y negativos, y registrar la variabilidad en el tiempo. (15)

o. Formas De Evaluar Calidad De Vida

Los instrumentos o escalas de medida de la calidad de vida relacionada con la salud incluyen diferentes instrumentos que permiten la evaluación del funcionamiento físico, social y emocional. Estos se pueden dividir primero, en genéricos que se pueden aplicar en un amplio espectro de enfermedades y en la población general y segundo, en específicos que se centran en aspectos más concretos de la salud de una patología determinada. Estos instrumentos de medición deben tener propiedades importantes que nos garanticen que en realidad se está midiendo lo que se desea, la calidad de vida para este caso. Las dos características más importantes son la validez y la fiabilidad. (16)

Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI): Evalúa únicamente síntomas. Se ordenan en 3 subescalas: Alteración urinaria (AU), alteración por el prolapso (APP), alteraciones colorrectales (ACR).

Defecation Distress Inventory: Es similar al AU, puede ser usado para evaluar la presencia y molestias de los síntomas de defecación

Prolapse Quality of life (P_QOL): Evalúa 9 dominios: salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, física, social, relaciones personales, emociones, sueño/energía y severidad de los síntomas.

Pelvic Floor impact Questionnaire (PFIQ) Evalúa actividades del diario vivir y como estas afectan los síntomas vesicales, intestinales o pélvicos, midiendo las sensaciones o sentimientos que provocan, se divide en 3 escalas: Impacto de la incontinencia, impacto colorrectal e impacto del prolapso pélvico. (16)

p. Prolapso Y Calidad De Vida

El prolapso urogenital es común, angustiante y de condición incapacitante que afecta hasta al 30% de las mujeres. La incidencia de prolapso urogenital aumenta con edad avanzada, menopausia y paridad. Se cree que es más común en los blancos, menos común en asiático y poco común en negros, aunque algunos autores no han mostrado diferencias raciales. Además, se ha informado que el 2% de las mujeres jóvenes nulíparas tiene prolapso urogenital debido a debilidad congénita de las estructuras de soporte del tejido conectivo. El síntoma de "algo que baja" es casi universalmente descrito. Las mujeres pueden describir un bulto o un "Sensación de presión" en la vagina, que es peor hacia el final del día, se alivia al acostarse y puede ser totalmente asintomático por la mañana. (17)

El manejo del prolapso urogenital generalmente se basa en los resultados del examen médico para determinar si una mujer necesita o no ser tratada y si ella se cura o no con ese tratamiento.

Entrevistando a una mujer sobre los síntomas de prolapso estos pueden causar vergüenza; por lo que los síntomas pueden ser inexactos, por lo cual se diseñaron cuestionarios como el Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) y el Pelvic Floor impact Questionnaire (PFIQ) que solían ser utilizados previamente más sin embargo tenían una limitante, ya que su tamaño de 46 y 93 reactivos respectivamente, lo que los hacía largos de contestar y tomaban mucho tiempo y los pacientes perdían el interés. Por lo que se diseñó el PQOL como método de

calificación de calidad de vida, estudiado y validado y traducido a más de 10 idiomas diferentes. (18)

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En España en el 2004 Modoroño y colaboradores, en un estudio realizado, donde reportaron en un grupo de 1000 pacientes, la incidencia de incontinencia urinaria y el impacto en la calidad de vida, donde se observó que la edad media de estas pacientes era de 47 años. Además, se observó un impacto en la calidad de vida, de grado moderado a severo, las actividades de la vida diaria en el 7.7%, los desplazamientos en el 9.2%, las relaciones sociales en el 9,4% y el impacto emocional en el 15.6%. (19)

En México en el 2007 Mauricio Velázquez y colaboradores, realizaron un estudio en 800 pacientes, donde señalan que la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres fue 46.5%, con una incidencia de 30.2% en el grupo de edad 20 a 29 años, con un aumento en la incidencia en el grupo de edad de 40 a 49 y 50 a 59 años, de 54 y 57.8%. (20)

En México en el 2016, Gill y Feinstein sugieren que, al hablar de calidad de vida, se debe de dar la importancia a las cosas que los pacientes dan cierto valor y siempre deben de venir de ellos, sin que nadie indique desde su punto de vista lo mejor para cada individuo. (21)

En la UMF 80 no hay un estudio para saber la calidad de vida en derechohabientes, con diagnóstico y complicaciones del prolapso del piso pélvico.

Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con prolapso del piso pélvico, en la Unidad Médico Familiar No 80?

IX. JUSTIFICACIÓN

El prolapso del piso pélvico es una entidad muy común en nuestro país, según estudios de prevalencia entre un 7.5-14% de las histerectomías realizadas tienen como causa el prolapso del piso pélvico, aproximadamente 23.7% de las mujeres presenta un síntoma relacionado con el prolapso del piso pélvico, una condición frecuente que puede llegar hasta el 40% en multíparas, cuyo impacto en la salud femenina es importante y representa uno de los motivos de consulta más frecuentes del urólogo y ginecólogo, la patología a ser estudiada en nuestro proyecto de investigación puede no comprometer seriamente la vida de las pacientes, pero puede resultar muy perturbador e incluso discapacitante, los síntomas generan un gran impacto en la calidad de vida afectando la función sexual, actividades cotidianas y generando efectos negativos en aspectos psicosociales, como la imagen corporal y el desempeño de las mujeres. Saber cómo abordar, incluso diagnosticar para un buen tratamiento y llevar a una mejoría en la calidad de vida.

Los alcances de esta investigación primariamente serán a nivel de la Unidad de Medicina Familiar No. 80, Morelia, Michoacán, pero podría ser la base para un buen modelo diagnóstico oportuno, un tratamiento efectivo en estadios tempranos tanto de rehabilitación, psicológico, farmacológico o quirúrgico y así reducir el costo de tratamiento que este tipo de afección implica, todas las pacientes que tengan un factor de riesgo como multíparas, pacientes de edad avanzada o en la perimenopausia, este estudio ayudaría a poder dar una mejor atención de calidad de nuestros pacientes o poder canalizarlos correctamente ante tal problema.

El proyecto que a continuación presentamos es factible de realizar, ya que no se requiere un financiamiento externo, en la Unidad Médico Familiar No.80, se cuenta con los expedientes y el material de investigación será proporcionado por el investigador.

Al final tendríamos resultados que nos indiquen la prevalencia de este tipo de pacientes, la calidad de vida de estas y así poder plantear medidas para fortalecer la ayuda a este tipo de pacientes y sus afectaciones en la calidad de vida.

X. HIPÓTESIS

La calidad de vida en pacientes con prolapso del piso pélvico se ve afectada negativamente, en un 40% en pacientes con síntomas.

XI. OBJETIVOS

Objetivo General

1.- Valorar la calidad de vida en pacientes con prolapso del piso pélvico en la Unidad Médico Familiar No.80.

Objetivos Específicos

1.- Identificar los tipos de prolapso del piso pélvico, en la unidad medico familiar No.80

2.- Conocer el componente de calidad de vida con más afectación en pacientes con prolapso del piso pélvico (salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, física, social, relaciones personales, emociones, sueño/energía).

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

a. Diseño De Estudio

Nuestro diseño de estudio se basa en un sistema transversal descriptivo de pacientes con diagnóstico de prolapso del piso pélvico.

b. Población Estudio

Los pacientes por estudiar, es toda paciente femenina con diagnóstico de prolapso del piso pélvico, que acudan a consulta externa de la Unidad Médico Familiar No. 80 en Morelia Michoacán.

c. Tamaño De La Muestra

La fórmula que se utiliza es la de población finita debido a que se conoce la población a estudiar.

$$n = \frac{N}{1 + N\sigma^2}$$

n= 702,857/1 + 702,857 (0.01)
n= 70,857 / 7028.58= 99.99
n= 100

Conociendo el tamaño de la población del año 2019 en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, en Morelia Michoacán que es de 702, 857 pacientes de la consulta externa, los cuales 306 pacientes presentaron diagnósticos de prolapso de piso pélvico, con un margen de error del 1% y un nivel de confianza de 95%.

El tamaño de la muestra a estudiar es de 100 pacientes.

d. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente Femenina.
- Mayores de 18 años a 80 años.
- Diagnóstico de Prolapso del Piso Pélvico
- Que estén de acuerdo en participar en el estudio
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes que hubieran tenido un parto o una cirugía abdominal en los últimos 6 meses.
- Pacientes en el embarazo.
- Pacientes con algún tipo de discapacidad Física o Mental.

Criterios De Exclusión

- Paciente que no completen la encuesta satisfactoriamente.

e. TIPO DE VARIABLES

Variable Dependientes.

- Calidad de Vida.

- Limitación del rol
- Limitación Física y Social
- Relaciones Personales
- Emociones
- Sueño.

Variable Independientes.

- Prolapso del Piso Pélvico (Cistocele, Colpocele y Rectocele)

f. Cuadro De Operacionalización De Las Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Unidad de Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	De acuerdo con el número de años vividos.	Cuantitativa	Edad en años.
Calidad de Vida	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	De acuerdo con la sumatoria de los 5 ítems PQOL - Muy Bueno= 0-9. - Bueno=10-18. - Regular =19- 27. - Malo=28-36. - Muy malo= 37-45.	Cualitativas	-Muy Bueno - Bueno - Regular - Malo - Muy malo
Prolapso del Piso Pélvico	Prolapso descenso o caída de un órgano interno.	Se mide con la clasificación llamada POP-Q. Grado 0, cuando no hay descenso Grado I, el descenso es 1 cm por sobre el himen. Grado II, el descenso es más de 1 cm del himen. Grado III, cuando el descenso es mayor	Cualitativa	Grado I Grado II Grado III Grado IV

		de 1 cm del himen y la protrusión no sea mayor de 2 cm de la longitud vaginal. Grado IV, cuando estamos frente a una prociencia completa.		
Limitaciones del rol.	Limitación de la Función que una persona desempeña en un lugar o en una situación.	Ítem 1 (PQOL) - Nada= 0 - Un poco=1-2 Moderadamente=3-4 - Mucho= 5-6	Cualitativas	-Nada -Un poco - Moderadamente - Mucho
Limitaciones físicas y sociales.	El término engloba los problemas que afectan a una estructura o función corporal, a las limitaciones en la actividad y a las restricciones en la participación que estos conllevan.	Ítem 2 (PQOL) - Nada= 0 - Un poco= 5-6 Moderadamente=5-8 - Mucho= 9-12	Cualitativas	-Nada - Un poco - Moderadamente - Mucho
Relaciones personales.	Asociaciones entre dos o más personas (familia, amigos o vecinos).	Ítem 3 (PQOL) - No tiene= 0 - Nada= 1-3 - Un poco= 4-6 - Moderadamente= 7-9	Cualitativas	-No tiene -Nada -Un poco - Moderadamente -Mucho

		- Mucho=10-12		
Emociones.	Reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante.	Ítem 4 (PQOL) - Nunca= 0 - A veces= 1-3 - Frecuentemente= 4-6 - Siempre= 7-9	Cualitativas	-Nunca -A veces -Frecuentemente -Siempre
Sueño	Periodo de descanso que se alterna con la vigilia.	Ítem 5 (PQOL) - Nunca= 0 - A veces= 1-3 - Frecuentemente= 4-6 - Siempre= 7-9	Cualitativa	-Nunca -A veces -Frecuentemente -Siempre

g. Descripción Operativa

Previa autorización del comité #1602 de ética e investigación, donde el investigador principal el Dr. Victor Romero Elizarrarás, residente de Medicina Familiar, el cual acudió a la Unidad Médico Familiar No.80, en el turno matutino durante el periodo de noviembre del 2020 a julio del 2021, para encuestar a toda paciente, con diagnóstico de prolapso del piso pélvico en cualquiera de sus variantes previamente diagnosticada por el servicio de ginecología, previa información y firma de consentimiento informado, se le invito a pasar al aula 1 o 2, donde se le pedio contestar el cuestionario de calidad de vida en prolapso (P-QOL) con 36 reactivos, los cuales están divididos en 5 dominios con opciones múltiples donde se obtendrán un puntaje, Limitación del rol, el cual consta de 2 preguntas, donde nada equivale a 0 puntos, un poco a 1 punto, moderadamente a 2 puntos y mucho a 3 puntos, donde el mínimo es 0 punto y el máximo 6 puntos. Limitación Física y Social, el cual consta de 4 preguntas, donde nada equivale 0 puntos, un poco a 1 punto, moderadamente a 2 puntos y mucho a 3 puntos, donde el mínimo es 0 puntos y el máximo es 12 puntos. Relaciones Personales, el cual consta de 4 preguntas, no tiene equivale a 0 puntos, nada equivale 1 puntos, un poco a 2 punto, moderadamente a 3 puntos y mucho a 4 puntos, el mínimo es 0 y el máximo es 12 puntos. Emociones, consta de 3 preguntas la cuales donde nada equivale 0 puntos, un poco a 1 punto, moderadamente a 2 puntos y mucho a 3 puntos, donde el mínimo es 0 puntos y el máximo es 12 puntos. Sueño/energía, el cual consta de 2 preguntas, donde nada equivale a 0 puntos, un poco a 1 punto, moderadamente a 2 puntos y mucho a 3 puntos, donde el mínimo es 0 punto y el máximo 6 puntos. Se considera puntuación final como calidad de vida con putuacion Muy Bueno= 0-9, Bueno=10-18, Regular =19- 27, Malo=28-36, Muy malo= 37-45. Esto tomo al paciente contestar alrededor de 10 min, al término de este se pasaron los resultados a la hoja de recolección de datos, anexados en las encuestas y estos posteriormente al sistema de cálculo para el análisis en Excel, Comparación de Medias a través de una chi cuadrada para muestras relacionadas. Todos los cálculos se harán en el programa SPSS Statistics 23.0 para Windows. Se considera la diferencia estadística significativa con P valor <0.05 .

El cuestionario es validado desde el 2004, actualmente está traducido a más de 32 idiomas en todo el mundo y ha sido utilizado en estudios nacionales, con alfa de Cronbach mayor a 0.70 lo cual se considera aceptable.

h. Análisis Estadístico

Se realizó la Prueba de Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QOL) para obtener los datos. Los resultados se presentaron en frecuencias y porcentajes. Todos los cálculos se hicieron en el programa SPSS Statistics 23.0 para Windows.

i. Recursos Humanos Y Financiamiento

Recursos Humanos

Investigador principal: Victor Romero Elizarrarás. Médico actualmente cursando la Especialidad en Medicina Familiar. Se encargó de encontrar la muestra de mujeres con diagnóstico de prolapso del piso pélvico en la Unidad Médico Familiar No. 80, Morelia, Michoacán, donde se les aplicó el cuestionario Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QOL), no se realizó la revisión de expediente clínico o examen físico, se analizaron y se interpretaron los resultados.

Colaboradores:

Dra. Paula Chacón Valladares. Asesor. Médico especialista en Medicina Familiar, con grado de maestría en Psicometría Familiar. Cuenta con estudios de investigación y ha realizado varios proyectos de investigación en la Unidad Médica Familiar No. 80, responsable del diseño, metodología, realización del estudio, así como en el análisis e interpretación de resultados.

Dra. María Elena Camacho. Co-Asesora. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, adscrita al Hospital General Regional No.1, Charo, responsable del diseño, metodología y complementación de notas y obtención de pacientes para el estudio, así también como análisis de resultados y complementación de conclusiones.

Recursos Físicos.

- Recursos Materiales: Computadora, impresora, hojas, insumos de papelería (hojas, lápices, lapiceros, etc.), copia de autorización de autoridades institucionales.
- Recursos Financieros: Se proporciono por el investigador principal, se utilizó las instalaciones de la Unidad Médico Familiar No. 80, Morelia, Michoacán para los procedimientos necesarios para el estudio.

j. Consideraciones Éticas y Legales

El presente estudio para realizar se apegó a las consideraciones de los principios de investigación médica en los ámbitos éticos y legales, establecidas en la Declaración de Helsinki en 1975 enmendados en la Asamblea General de Brasil en el año 2013, así como en el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en Materia de Investigación para la salud, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

Para desarrollar el presente trabajo se tomó en cuenta los principios éticos pertinentes, haciendo énfasis respecto a la autonomía, privacidad y beneficios de los pacientes. Los nombres de los pacientes, así como la información obtenida se utilizaron de forma confidencial y confines netamente académicos.

La Ley General de Salud establece los lineamientos y principios generales a los cuales se sometió la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondiendo a la Secretaría de Salud. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1 (Disposiciones Comunes):

Art. 13: Establece que el ser humano sea sujeto a estudios, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Art. 14: La investigación se desarrolló bajo las siguientes bases: adaptación a criterios científicos y éticos, que contribuyan a las soluciones de problemas de salud, probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos, contar con consentimiento informado del sujeto, realizado por profesionales médicos, así como dictamen favorable por el comité de

investigación ética y bioseguridad, así como la terminación del estudio en caso de sobrevenir algún riesgo de lesiones.

Art. 17.1. Conforme al riesgo de la investigación, que se establezca sin riesgo, ya que emplean técnicas y métodos de la investigación documental retrospectiva, y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales del individuo.

Categoría I. Que es una investigación sin riesgo ya que se trata de un estudio observacional y transversal en el que se realizó revisión de expediente clínica tanto electrónicos como escritos y también se aplicaron cuestionarios para detectar los diagnósticos que se desean buscar en el estudio establecido.

XIII. RESULTADOS

La muestra que se recolecto es de 100 (100%) pacientes, de los cuales el de mayor rango de edad es 61-70 años, seguido del grupo 51-60 años, y el de menor cantidad el grupo de 30-40 años, la mayoría de los pacientes se dedican al hogar y están casadas (Tabla I).

TABLA I. FACTORES DEMOGRÁFICOS (n=100)		
EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (NÚMERO)	PORCENTAJE (%)
30-40 años	3	3
41-50 años	9	9
51-60 años	32	32
61-70 años	39	39
Mayor de 71 años	17	17
OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES		
EMPLEADA	34	34
HOGAR	66	66
ESTUDIANTE	0	0
ESTADO CIVIL DE LAS ESTUDIADAS		
CASADA	86	86
UNIÓN LIBRE	10	10
SOLTERA	0	0
VIUDA	4	4
SEPARADA	0	0

De las 100 pacientes 56(56%) corresponde al cistocele grado II, seguido de 24(24%) con cistocele grado I y solo una paciente con Cistocele grado IV y rectocle 1(1%). (Figura 1).

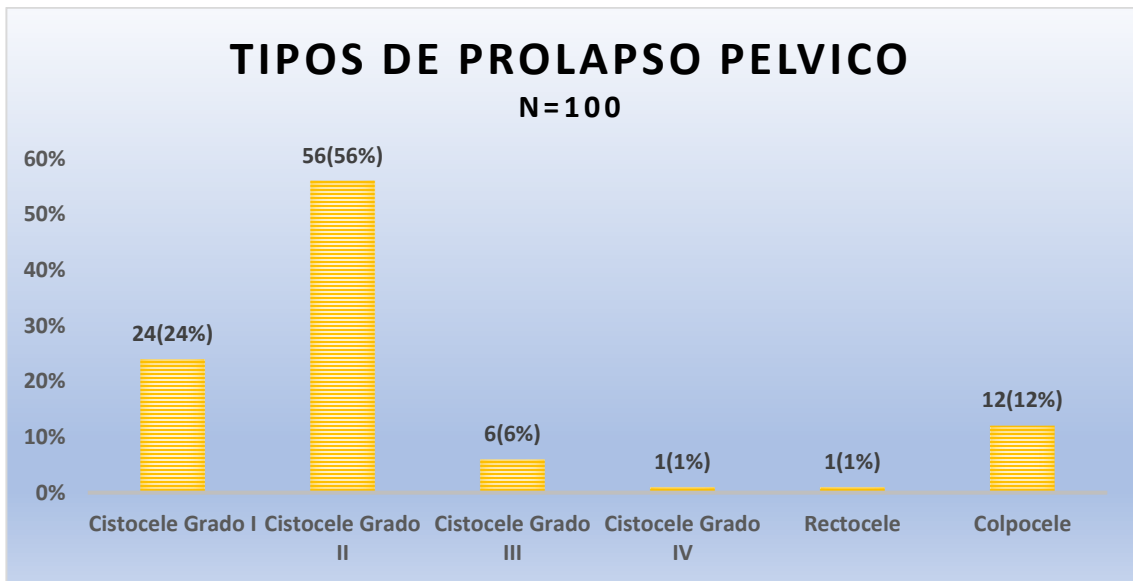


Figura1.- Tipos de Prolapso en pacientes de la UMF No. 80. (n=100)

La calidad de vida en paciente con prolapso del piso pélvico es Buena las cuales corresponde a Cistocele Grado II y Malo en pacientes con Cistocele Grado III y II. (figura 2).

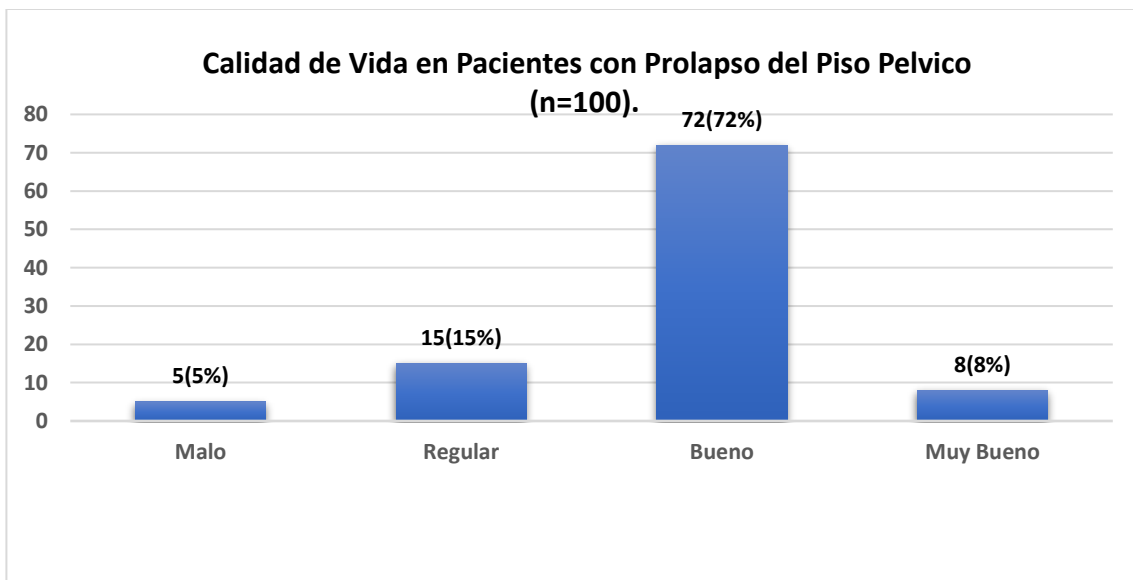


Figura 2.- Calidad de Vida en Pacientes de la UMF No. 80. n(100)

Se observo que no hay relación de significancia entre la calidad de vida y el prolapso del piso pélvico, según la percepción de los pacientes, ya que no cuenta con un valor menor a $p=0.05$. (figura3)

Tabla II.- Relación Calidad de Vida en pacientes con Prolapso Pélvico (n=100).						
TIPO DE PROLAPSO	CALIDAD DE VIDA				X ²	P
	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO		
Cistocele Grado I	1(1%)	5(5%)	14(14%)	4(4%)	18.08 (gl 15)	0.258
Cistocele Grado II	3(3%)	5(5%)	46(46%)	2(2%)		
Cistocele Grado III	1(1%)	3(3%)	1(1%)	1(1%)		
Cistocele Grado IV	0(0%)	0(0%)	1(1%)	0(0%)		
Rectocele	0(0%)	0(0%)	1(1%)	0(0%)		
Colpocele	0(0%)	2(2%)	9(9%)	1(1%)		

El área de mayor afectación es la de Limitación del Rol con 51(51%) con un poco, 13(13%) moderadamente y Mucho 1(1%), seguido de limitación física y social 46(46%) con un poco y Emociones 38(38%) con un poco (Figura 3).

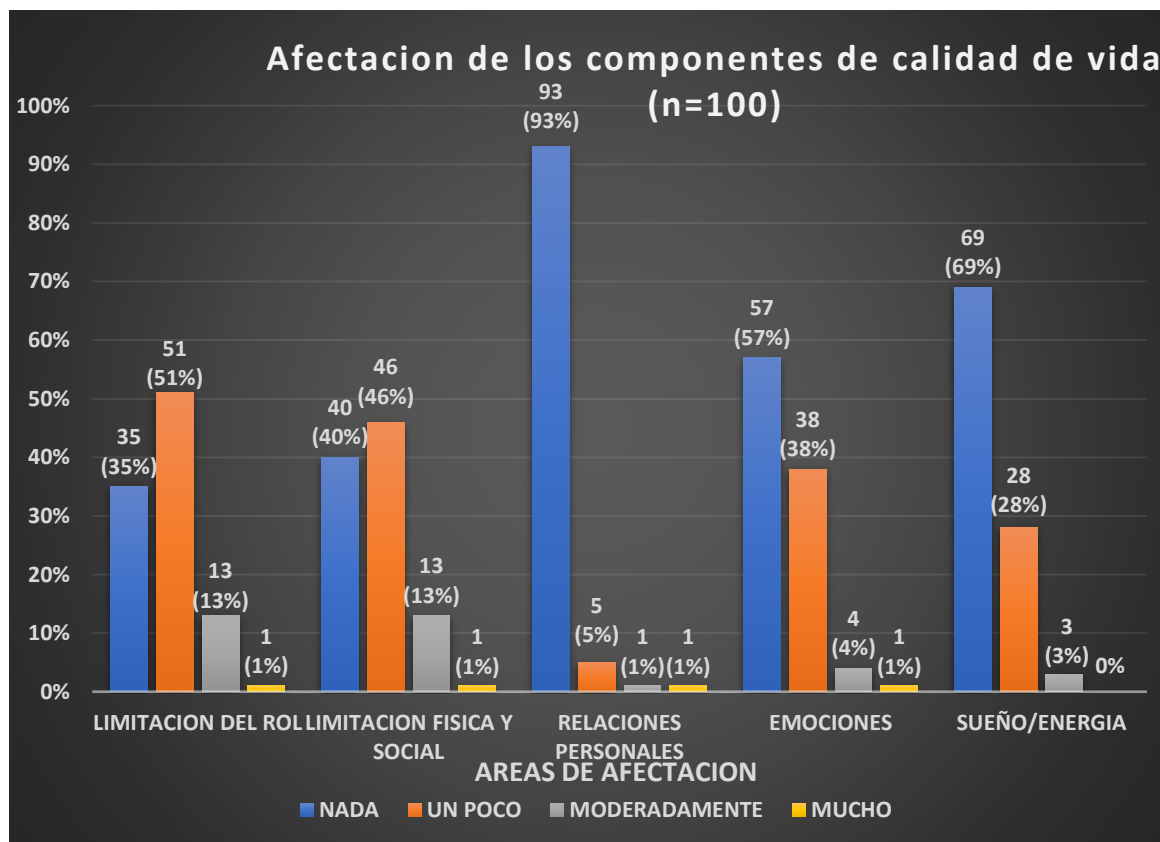


Figura 3.- Figura comparativa de las Áreas con Mayor Afectación.

XIV. DISCUSION

El prolapso genital es un problema muy común que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76% de la población femenina general. Si bien la definición de la Calidad de vida es compleja, la literatura concuerda en que incluye los aspectos físicos, psicológicos y sociales, debido a que estas patologías tienen un gran impacto en la calidad de vida de las pacientes.

Santamaria-Acela y Cols (2019) realizaron un estudio de cohorte de 29 pacientes con prolapso del piso pélvico, para evaluar la calidad de vida y costo beneficio del uso de pesarios. Dentro de las características de su población mencionan un rango de edad 66 ± 11 años con un promedio de edad de entre 40 y 80 años. En nuestro estudio la edad media es de 61 ± 10 años con rango de rango de entre 33 y 80 años, donde vemos una similitud dentro de la edad media de nuestros pacientes. En su estudio también analizaron el tipo de prolapso más común 58% corresponde al cistocele grado II, seguido de 38% con cistocele grado III y al último es Cistocele grado IV con 4%.²¹ En nuestro estudio 56% corresponde al cistocele grado II, seguido de 24% con cistocele grado I y solo una paciente con Cistocele grado IV y rectocele 1(1%). Mattsson Nina y Cols (2021) en su estudio Pelvic organ Prolapse surgery and quality of life, donde tomaron una cohorte de 2528 pacientes mayores de 18 años, donde se observó un diagnóstico de Cistocele Grado III 68.8% y Rectocele 33.5%.²² Espitia-De La Hoz FJ. (2021) en su estudio Prevalencia y caracterización del prolapso de órganos pélvicos en mujeres del Quindío, Colombia, donde se observó la edad promedio fue 52.74 ± 5.64 años, donde se observó que el tipo de prolapso más común fue el Cistocele II 33.54, seguido de Rectocele 23% y el menos frecuente fue el Cistocele grado IV 6%.²³

Gurovich, M. y Cols (2019) utilizo el cuestionario de calidad de vida prolapso (P-QOL) se evaluó la percepción de salud al momento y después del tratamiento en el estudio para evaluar la calidad de vida y costo beneficio del uso de pesarios, antes del estudio donde la percepción de la calidad de vida fue mala (34%), y las áreas de mayor afectación fueron Limitación física y Emocional moderadamente 67%, Seguido de Rol Moderadamente 54%, Relaciones Interpersonales y Emocionales con un Moderadamente 55%.²¹ En cuanto a nuestra muestra de pacientes nuestros resultados fueron Limitación física y emocional moderadamente 67%,

Seguido de Rol Moderadamente 54%, Relaciones Interpersonales y Emocionales con un Moderadamente 55%. Mattsson Nina y Cols (2021) en su estudio realizado utilizaron PFDI-20 donde evalúa síntomas relacionados al prolapso y para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario HRQoL, donde sus resultados fueron el área de mayor afectación durante el estudio fue la de las relaciones interpersonales, seguida de Físicas y emocionales y en tercer lugar la de roles. Karaca, S. Y. (2021) en su estudio donde participaron Se estudiaron 48 pacientes pos operadas, con diagnósticos de prolapso del piso pélvico, se les realizado una encuesta entes y después de la cirugía, donde se observó antes de la cirugía que el área más afectada es la del Rol con 33.5%, seguida de Limitación Física y Social 32.3 % y el menos afectado son Emociones 21.4%.²⁴

XV. CONCLUSIONES

La calidad de vida en pacientes con prolapso del piso pélvico en la Unidad Medico Familiar No. 80, es buena. El tipo de prolapso más común es el Cistocele grado II y el área de mayor afectación es la de Limitación Física y Emocional.

XVI. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fattouh B, Cayrac M, Letouzey V, et al. Anatomía Funcional del Piso Pélvico, EMC Ginecología-Obstetricia 2015 [29 de marzo del 2020]; 51(1): 1-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X15700329>
- 2.- Araujo C, Carmona J, Conceptos Actuales en la Anatomía del Piso Pélvico Referida a la Aplicación de la Terminología Anatómica Internacional, Rev Arg Anat Online 2016 [29 de marzo del 2020]; 7(1): 29-33. Disponible en: <https://www.revista-anatomia.com.ar/archivo/2016-1-revista-argentina-de-anatomia-online.pdf>.
- 3.- Abreu PY, Martínez TJC, Rodríguez AEM, et al. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Rev Cub de Med Fis y Rehab. 2016 [29 de marzo del 2020]; 8(1): 99-110. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72109>.
- 4.- David Cohen S, Prolapso Genital Femenino: Lo que Debería Saber, Rev Med Clin Condes 2013 [29 de Marzo del 2020]; 24(2): 202-209. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdfS0716864013701512>.
- 5.- Gómez M, Castaño JC, Saldarriaga EC, Trastornos de la Contracción de los Músculos del Piso Pélvico Femenino, Rev Urol Colomb 2015; 24(1): 35-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-urologia-colombiana-398-pdf-S0120789X15000106>.
- 6.- Volløysen I, Mørkved S, Salvesen KÅ, Association Between Pelvic Floor Muscle Trauma and Pelvic Organ Prolapse 20 Years After Delivery. Int Urogynecol J 2016 [29 de marzo del 2020]; 27(1): 39-45. Disponible en: 10.1007/s00192-015-2784-8. Epub 2015 Jul 22
- 7.- Maldonado PA, Wai CY, Pelvic Organ Prolapse New Concepts In Pelvic Floor Anatomy, Obstet Gynecol Clin North Am 2016 [29 de marzo del 2020]; 43(1): 15-26. Disponible en: doi: 10.1016/j.ogc.2015.10.001.

8.- Lacima G, España M, Patología del Suelo Pélvico, Gastroenterol Hepatol. 2008 [29 de marzo del 2020]; 31(9): 587-595. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S021057050875088X>.

9.-Raj D, Lama S, Maharjan S, Knowledge on Risk Factors of Uterine Prolapse Among Reproductive Age Group Women of Bajrabarahi Municipality Of Lalitpur, Nepal, Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2016 [29 de Marzo del 2020]; 5(10); 3343-3348. Disponible en: 10.18203/2320-1770.ijrcog20163406.

10. - Barber MD, Maher C, Epidemiology and Outcome Assessment of Pelvic Organ Prolapse, Int Urogynecol J 2013 [29 de Marzo del 2020]; 24(11): 1783-1790. Disponible en: 10.1007/s00192-013-2169-9.

11.- Rodríguez-Colorado ES, Ramírez-Isarraraz C Granados-Martínez V, Gobeia Chávez V, Olvera-Delgado JJ. Himen como punto de corte para el prolapso genital sintomático. Ginecol Obstet Mex. 2019 [29 de marzo del 2020]; 87 (9): 583-589.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89162>.

12.- Arango B, Restrepo M, Echavarría R, Gómez L, Prolapso De Órganos Pélvicos Durante El Embarazo Tratado Con Pesario. Reporte De Dos Casos, Ginecol Obstet Mex 2016 [29 de marzo del 2020]; 84(9): 601-606. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73221>

13.- González MI, Zubieta ME, Álvarez HJ, Santillán D, Favre G, González Y, Tejerizo JC, Resultados Objetivos y funcionales de Cirugía de Prolapso de Órganos Pélvicos Vía Vaginal con malla e Incidencia de Incontinencia Urinaria de Novo, Rev Arg de Urol 2017 [29 de marzo del 2020]. 83(1): 26-31. Disponible en: <https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/4060/3504>.

14.- Robles AI, Rubio B, De la Rosa EV, Nava AH, Generalidades y Conceptos de Calidad de Vida en Relación con los Cuidados de Salud, El Residente 2016 [29 de marzo del 2020];

11(3): 120-125. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68589>.

15.- Santamaría AM, Andrade IA, Guzmán CR, Montañés E, Flores Y, Rizo JN, Evaluación de la Calidad de Vida y Costo Beneficio del Uso de Pesarios en Pacientes con Prolapso de Órganos Pélvicos Mediante la Evaluación de P-QOL, Boletín Conamed 2019[29 de marzo del 2020]; 4(24). Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4dyn2>.

16.- Musibay ER, Borges RS, Cuestionarios de Calidad de Vida en las Mujeres con Disfunciones del Suelo Pélvico, Rev cubana Obstet Ginecol 2016 [29 de marzo del 2020]; 42(3): 372-285 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300013

17.- Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V, Symptomatic Pelvic Organ Prolapse at Midlife, Quality Of Life and Risk Factors, Revis Obstet Gynecol 2009 [29 de Marzo del 2020]; 113(3): 609-616. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850374/>

18.- Digesu G, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S, P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapsed, Int Urogynecol 2005 [29 de Marzo del 2020]; 16: 176-181. Disponible en: DOI 10.1007/s00192-004-1225-x.

19. - Modoroño MJ, Sánchez MJ, Gayoso P, Valero M, Blanco M, Cuña FO, Estudio de Prevalencia de Incontinencia Urinaria en Mujeres de 18 a 65 Años y su Influencia de la Calidad de Vida, Aten Primaria 2014[22 de marzo del 2020] 34(4):134-139. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13064525>.

20.- Velázquez M, Aguirre G, Álvarez R, Méndez JA, González J, Incontinencia Urinaria en Mujeres del Distrito Federal, An Med (Mex) 2017 [22 de marzo del 2020]; 52(1): 14-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12500>.

- 21.- Robles AI, Rubio B, De la Rosa EV, Nava AH, Generalidades y Conceptos de Calidad de Vida en Relación con los Cuidados de Salud, *El Residente* 2016 [22 de Marzo del 2020]; 11(3): 120-125. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68589>.
- 22.- Gurovich, M., Aros, S., Sepúlveda, J., Rey, R., Wainstein, A., & Sacomori, C. (2021). Calidad de vida, complicaciones asociadas y satisfacción con el uso de pesarios para tratamiento conservador del prolapso de órganos pélvicos. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(2), 87-94.
- 23.- Belayneh, T., Gebeyehu, A., Adefris, M., Rortveit, G., Gjerde, J. L., & Ayele, T. A. (2021). Pelvic organ prolapse surgery and health-related quality of life: a follow-up study. *BMC Women's Health*, 21(1), 1-11.
- 24.- Espitia-De La Hoz, F. J. (2022). Prevalencia y caracterización del prolapso de órganos pélvicos en mujeres del Quindío, Colombia. 2016-2019. *Revista de la Facultad de Medicina*, 70(3), e90175-e90175.

XVII. ANEXOS

Anexo 1

Carta de Aceptación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1602
HGRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 16 022 019
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 002 2017033

FECHA Viernes, 09 de octubre de 2020

M.E. PAULA CHACON VALLADARES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON PROLAPSO DEL PISO PÉLVICO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Numero de Registro Institucional
R-2020-1602-028

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, deberá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Patricia Ortega León
Presidenta del Comité Local de Investigación en Salud No. 1602

Imprimir

IMSS
SEGURO SOCIAL

Anexo 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 80

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PROLAPSO DEL PISO PÉLVICO
MORELIA, MICHOACÁN. El día _____ de _____ del _____.

Por medio del presente se le informa que usted ha sido seleccionado para participar en el estudio de investigación titulado: Calidad de Vida en Paciente con Prolapso del Piso Pélvico. Registrado en el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 16028, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el siguiente documento se le proporciona la información detallada. Por favor léalo con detenimiento.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La caída de los órganos internos del abdomen bajo (prolapso), causada por debilidad o lesión de los músculos que los sujetan al abdomen (pelvis), esta enfermedad no pone en riesgo la vida, pero si afecta las tareas del diario vivir como limitación de sus actividades diarias, ejercicio, la relación con sus familiares y conocidos, su estado de ánimo y sueño (Calidad de Vida). Se estima que entre un 3 a 6% de la población femenina desarrollará prolapso severo en algún momento de su vida. El objetivo del siguiente estudio es valorar la calidad de vida en las pacientes con diagnóstico prolapso del piso pélvico.

PROCEDIMIENTOS

Al aceptar participar en el siguiente estudio, se le realizará una encuesta P-QOL (Cuestionario de Calidad de Vida en Prolapso) valora las actividades de diario vivir y como

estas afectan la calidad de vida; los síntomas vesicales, intestinales o pélvicos, con la medición de la sensación o sentimientos que provocan. Evalúa 6 dominios: salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, física, social, relaciones personales, emociones, sueño/energía y severidad de los síntomas, se le invitará pasar al aula 1 o 2, para posteriormente, entregar el cuestionario para su llenado posteriormente pasar los resultados a la hoja de recolección de datos, anexados en las encuestas.

RIESGOS Y MOLESTIAS

Los posibles riesgos y molestias en torno a la participación en el estudio serian la incomodidad al responder algunas preguntas del cuestionario, en el presente estudio usted no sufrirá algún riesgo.

BENEFICIOS

Los beneficios que obtendrá al participar en el estudio son: Realizará una evaluación clínica sobre su estado de salud y calidad de vida, para poder hacer un informe a su Médico Familiar el cual podrá orientarlo para su correcto manejo integral.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

El Dr. Victor Romero Elizarrarás (Investigador Responsable) se ha comprometido a responder cualquier duda o pregunta que pudiera tener acerca del cuestionario. Así como darle información sobre el resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su estado de salud.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir que, si usted no desea participar en el estudio su decisión, no afectara su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificara de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente. Para los fines de esta

investigación, solo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento en que acepto participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo, será guardada de manera confidencial y por separado. Al igual que sus respuestas al cuestionario, para garantizar su privacidad. Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES

En caso de Dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con:

- Dra. Paula Chacón Valladares, Investigador Responsable adscrita a la UMF 80, Matrícula: 9917406, Correo Electrónico pamelahannibalitaa@imss.gob.mx o con los colaboradores Dr. Victor Romero Elizarrarás Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a la UMF 80, al teléfono 3310256440.
- Dra. María Elena Camacho Miranda Co-asesor, Adscrita al HGZ No. 1, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Matricula 6689566, correo camachom869@hotmail.com.

En caso de aclaraciones sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse con:

- Dra. Anel Gómez García presidenta del Comité de Ética en Investigación en Salud 16028, son sede en el Hospital General Regional No. 1, ubicado en Av. Bosque de los Olivos #101, la Goleta, Michoacán, C.P. 61301, al teléfono 4433222600 Ext. 15, correo anel.gomez@imss.gob.mx.
- Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS al teléfono 5556276900 Ext. 21230, correo comisión etica@imss.gob.mx, ubicada en Avenida Cuauhtémoc #330, 4° piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Colon Doctores, Ciudad de México. C.P. 06720

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en que consiste este estudio, además he leído o alguien me ha leído, el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del participante

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1
Nombre, Dirección, Relación y Firma.

Testigo 2
Nombre, Dirección, Relación y Firma

Cronograma Anexo 3	Marzo a Octubre 2020		Noviembre 2020- Abril 2021	Mayo 2021- Oct 2021	Noviembre 2021- Abril 2022	Mayo 2022- Octubre 2022	Noviembre 2022-Feb 2023
Diseño del protocolo de investigación	X						
Evaluación por el CEIS		X					
Reclutamiento pacientes o revisión de expedientes			X	X			
Aplicación de instrumentos			X	X			
Análisis de resultados			X	X			
Redacción de Resultados					X		
Redacción de discusión y conclusiones					X		
Redacción Tesis terminada						X	
Manuscrito Publicación						X	
Difusión Foro						X	
Examen de Grado							X

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN PROLAPSO (P-QOL)

Anexo 4

El prolapso es un bulto que sale a través de la vagina que le causa molestias.

Instrucciones: Marque con una cruz la alternativa que más la representa, aunque usted sienta que no tiene prolapso.

1. ¿Cómo describiría usted su estado de salud en la actualidad?

- | | |
|--------------|--|
| 1. Muy bueno | |
| 2. Bueno | |
| 3. Regular | |
| 4. Malo | |
| 5. Muy malo | |

2. ¿Cuánto cree usted que el problema de prolapso afecta su vida?

- | | |
|------------------|--|
| 1. Nada | |
| 2. Un poco | |
| 3. Moderadamente | |
| 4. Mucho | |

3. Por favor escriba abajo si usted tiene cualquiera de los siguientes síntomas y marque **¿cuánto le afecta?**

	No tiene	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
3.1. Ir al baño a orinar muy seguido.					
3.2. Urgencia (apuros): un deseo inaguantable de orinar.					
3.3. Incontinencia de urgencia: pérdida de orina (escapes) asociada a un deseo inaguantable de orinar (apuros).					
3.4. Incontinencia de esfuerzo: pérdida de orina asociada con toser (o estornudar).					
3.5. Sensación de bulto/abultamiento desde o en la vagina.					
3.6. Pesadez o sensación de peso a medida que transcurre el día en la vagina o en la parte baja del abdomen.					

3.7. Bulto vaginal que interfiere al momento de la evacuación intestinal (al defecar).					
3.8. Incomodidad o molestia en la vagina que empeora cuando está de pie y se alivia cuando se acuesta.					
3.9. Escaso flujo urinario (chorro con poca fuerza).					
3.10. Esforzarse para eliminar la orina.					
3.11. Gotas de orina después de orinar.					

4. Por favor marque abajo si usted tiene alguno de los siguientes síntomas y marque **cuánto le afectan** cada uno de ellos

	No tiene	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
4.1. Los intestinos no se sienten completamente vacíos después de tener deposiciones (defecar).					
4.2. Constipación (estreñimiento): dificultad para defecar.					
4.3. Esfuerzo para defecar (pujo).					
4.4. Bulto vaginal que interfiere al momento de tener relaciones sexuales.					
4.5. Dolor en la parte baja de la espalda que empeora con las molestias vaginales.					
4.6. ¿Usted se ayuda con sus dedos en la vagina y/o recto para defecar?					

	Más de una vez al día	Una vez al día	Día por medio	Cada tres días	Una vez a la semana o más
4.7. ¿Con que frecuencia usted defeca?					

Abajo hay algunas actividades que pueden verse afectadas por el problema de prolapso.

5. Limitaciones del rol: ¿Cuánto le afecta el problema de prolapso?

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
5.1. ¿En qué medida el prolapso afecta sus tareas domésticas? (por ejemplo: limpiar, ir de compras, etc.).				
5.2. ¿El prolapso afecta su trabajo o sus actividades diarias fuera de la casa?				

6. Limitaciones físicas y sociales: ¿Cuánto le afecta el problema de prolapso?

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
6.1. ¿El prolapso afecta sus actividades físicas? (Por ejemplo, salir a caminar, subir escaleras, hacer deportes, ir al gimnasio, etc.).				
6.2. ¿El prolapso afecta su capacidad de salir de viaje?				
6.3. ¿El prolapso limita su vida social?				
6.4. ¿El prolapso limita su capacidad de ver o visitar amigos?				

7. Relaciones personales: ¿Cuánto le afecta el problema de prolapso?

	No tiene	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
7.1. ¿El prolapso afecta su relación con su pareja/esposo?					
7.2. ¿El prolapso afecta su vida sexual?					
7.3. ¿El prolapso afecta su vida familiar?					

8. Emociones: ¿Cuánto le afecta el problema de prolapso?

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
8.1. ¿El prolapso hace que usted se sienta deprimida?				
8.2. ¿El prolapso hace que usted se sienta ansiosa o nerviosa?				
8.3. ¿El prolapso hace que usted se sienta mal consigo misma?				

9. Sueño/energía: ¿Cuánto le afecta el problema de prolapso?

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
9.1. ¿El prolapso afecta su sueño?				
9.2. ¿Usted se siente desgastada/cansada?				

10. Usted ¿hace alguna de las siguientes actividades para aliviar el problema de prolapso? Responda incluso si usted no siente que tiene un problema de prolapso. **Si lo tiene, ¿Cuánto...?**

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
10.1. ¿Cuántas veces usa toallitas o protectores diarios o ropa interior firme o tampones para ayudar?				
10.2. ¿Empuja su prolapso con los dedos?				
10.3. ¿Siente dolor o molestias producto de su prolapso?				
10.4. ¿Su prolapso le impide estar de pie?				

¡GRACIAS!, ahora verifique que respondió todas las preguntas.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES	No. De Registro	
Nombre:		
NSS:		
Edad:		
Ocupación:		
Estado Civil:		

Grado de Prolapso según el sistema de clasificación POPQ			
Grado I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Cistocele	Rectocele	Colpocele	