

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DEL ESTE "Dr. DOMINGO LUCIANI"

PROLAPSO GENITAL: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDAS A  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO  
Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en  
Obstetricia y Ginecología

Aponte Zapata, Laura Andreína  
Duerto Serpa, María Columba

Tutor: Dra. María Mercedes Pérez

Caracas, junio de 2013

---

Dra. María Mercedes Pérez Alonso

Tutor

---

Dr. Vicente Velázquez

Director del Curso de Ginecología y Obstetricia

---

Dra. María Mercedes Pérez Alonso

Coordinador Docente de Ginecología y Obstetricia

---

Lic. Ana María Gómez

Asesor Estadístico

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por estar siempre con nosotras y guiar nuestros pasos en todo momento.

A nuestros padres y esposos por ser nuestros pilares fundamentales y ayudarnos a lograr esta meta.

A la Dra. María Mercedes Pérez por su apoyo incondicional y ser parte fundamental en este proyecto.

A la Licenciada Ana María Gómez, por darnos sus conocimientos estadísticos.

## ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Planteamiento y delimitación del problema	7
Importancia y Justificación	8
Antecedentes	9
Marco Teórico	12
Objetivo General	22
Objetivos Específicos	22
Hipótesis	22
Aspectos éticos	22
Métodos	23
Resultados	26
Discusión	32
Referencias	37
Anexos	41

## RESUMEN:

### PROLAPSO GENITAL: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDAS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

**Laura Andreína Aponte Zapata**, C.I. 16.658.055. Sexo: Femenino, E-mail: [laurandreina85@gmail.com](mailto:laurandreina85@gmail.com). Telf.: 0414-1331248/0212-6318026. Dirección: Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. Especialización en Ginecología y Obstetricia;

**María Columba Duerto Serpa**, C.I. 16.373.751. Sexo: Femenino, E-mail: [mcduerto82@hotmail.com](mailto:mcduerto82@hotmail.com). Telf.: 0424-3519590/0212-2576109. Dirección: Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. Especialización en Ginecología y Obstetricia.

Tutor: **María Mercedes Pérez Alonzo**, C.I.6431.301. Sexo: Femenino, E-mail: [mperez62@gmail.com](mailto:mperez62@gmail.com). Telf.: 0416-6202765/0212-5678909. Dirección: Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Objetivo: evaluación de la calidad de vida en pacientes con prolapso genital sometidas a tratamiento quirúrgico. Métodos: se seleccionaron 20 pacientes que acudieron a la consulta de Uroginecología, que fueron diagnosticadas con prolapso genital, candidatas a corrección quirúrgica. Se les aplicó una encuesta para evaluar la calidad de vida "Prolapse Quality of Life (P-QOL)", antes y después de la cirugía, la cual evalúa nueve dominios de la calidad de vida (salud general, impacto del prolapso, limitaciones de rol, limitaciones físicas, limitaciones sociales, relaciones personales, emociones, perturbaciones del sueño y la energía, medidas para afrontar los síntomas severos). Resultado: posterior a la cirugía, 75% de las pacientes presentó mejoría en la percepción de salud general. El 90% presentó mejoría en el impacto del prolapso. El 100% de las pacientes presentó mejoría de funciones urogenitales, sexuales e intestinales. Conclusión: la calidad de vida mejora significativamente con la corrección quirúrgica del prolapso genital.

**Palabras claves: calidad de vida, prolapso genital y tratamiento quirúrgico.**

## ABSTRACT

### *Genital prolapse: assessment of quality of life in patients undergoing surgery*

Objective: To evaluate the quality of life in patients with genital prolapse undergoing surgical treatment. Methods: We selected 20 patients who attended the consultation of Urogynecology, who were diagnosed with genital prolapse, candidates for surgical correction. They were given a survey to assess the quality of life "Prolapse Quality of Life (P-QOL)", before and after surgery, which assesses nine domains of quality of life (general health, impact of prolapse, limitations role, physical limitations, social limitations, personal relationships, emotions, sleep disturbances and energy, measures to address severe symptoms). Result: after surgery, 75% of patients had improvement in general health perception. Showed 90% improvement in the impact of the prolapse. 100% of the patients showed improvement of urogenital functions, sexual and bowel. Conclusion: The quality of life is significantly improved with surgical correction of genital prolapse.

**Keywords: quality of life, genital prolapse and surgical treatment.**

## INTRODUCCION

El prolapso genital es una entidad que ha afectado a las mujeres desde el comienzo de la humanidad ya que su fisiopatología está íntimamente relacionada a los eventos que ocurren a lo largo de su vida reproductiva.<sup>(1)</sup> Su frecuencia aumenta con la edad y afecta a la mitad de las mujeres mayores de 50 años, con una prevalencia de 30 - 50%.<sup>(2)</sup>

Las primeras referencias escritas datan de 1500 años AC en los papiros egipcios. Hipócrates (460-377AC) describió las primeras técnicas e indicaciones de tratamiento quirúrgico del prolapso uterino. El mismo consistía en una ligadura simple del útero prolapsado seguida de escisión con bisturí o se lo dejaba in situ hasta que se produjera necrosis y eliminación del muñón uterino en un período de semanas.<sup>(3)</sup>

Numerosas técnicas destinadas a la conservación del útero fueron descritas desde la antigüedad, ya que se consideraba a este órgano como “el asiento de la condición femenina”. Las mismas trataban de colocar el útero en su posición anatómica por medio de pesarios de diferente forma, tamaño y material colocados dentro de la vagina para sostén mecánico del útero prolapsado.<sup>(3)</sup>

Se ha estimado que una mujer durante su vida tiene un riesgo de 11,1% de ser llevada a cirugía por prolapso. La corrección quirúrgica se acompaña de frecuentes recaídas por fallas en la pared o compartimiento anterior (cistocele) aproximadamente en un 30% de las pacientes cuando se utiliza la técnica convencional.<sup>(4)</sup>

La reparación del prolapso vaginal anterior representa uno de los aspectos más desafiantes de la cirugía reconstructiva pelviana en términos de alcanzar un adecuado resultado y que este se mantenga a largo plazo. Esto ha llevado al perfeccionamiento de las técnicas y a la utilización de mallas sintéticas. Su función se basa principalmente en reforzar o reemplazar zonas de tejido dañado. <sup>(5)</sup>

### **Planteamiento y delimitación del problema**

El prolapso genital representa un problema importante en ginecología ya que su prevalencia en mujeres de 50 a 70 años llega a un 40% y de cada dos mujeres mayores de 50 años que acuden a la consulta una de ellas tendrá algún tipo de prolapso genital. Altera la calidad de vida, ya que produce síntomas desagradables, interfiere en las relaciones sociales, excursiones, salidas fuera de casa y en la actividad sexual, pudiendo ser causa de aislamiento social, pérdida de autoestima y depresión; y cada día aparecen nuevas tecnologías para su tratamiento por lo que se plantea: <sup>(4)</sup>

Se obtendrá mejoría en la calidad de vida de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico del prolapso genital?

¿Cuáles serían las complicaciones más frecuentes de esta intervención?

¿Cuál sería la recurrencia inmediata y mediata en pacientes en quienes se realiza esta intervención?

## **Importancia y justificación**

El prolapso uterino y los cuadros relacionados, así como su tratamiento, constituyen un objetivo fundamental en ginecología. Especialmente en su etapa avanzada, el prolapso uterino es una causa de grave discapacidad en las mujeres y constituye un desafío a la habilidad de cualquier cirujano ginecológico que intenta corregirlo. La capacidad de proporcionar un alivio permanente a esta patología y lograr el mantenimiento o restablecimiento de las funciones normales es fundamental.<sup>(6)</sup>

El prolapso no se ha catalogado como una enfermedad sino como una alteración propia del tejido de sostén de los órganos.<sup>(7)</sup>

Casi 60 millones de mujeres en el mundo padecen algún factor de riesgo para desarrollar un prolapso de órganos pélvicos. Más de un billón de mujeres se encuentra en periodo posmenopáusico sin atención en el mundo.<sup>(2)</sup> Se estima que unas 225.000 mujeres se realizan operaciones de prolapso urogenital anualmente en los Estados Unidos de América.<sup>(4)</sup>

La disfunción del piso pélvico es una condición que altera la calidad de vida de la mujer porque produce el aislamiento social, inhibición sexual, restricción de empleos, pérdida de oportunidades y de independencia, y es una de las principales causas de cirugía ginecológica.<sup>(8)</sup>

La evaluación de los síntomas del prolapso genital por parte del médico puede ser difícil

o inexacta, ya que puede estar limitado por la vergüenza de la paciente a responder dicho interrogatorio. <sup>(4)</sup>

Es por ello que se han desarrollado diferentes instrumentos que nos permiten conocer cuánto puede afectar el prolapso genital la calidad de vida de la mujer. El P-QoL es uno de los cuestionarios más utilizados. <sup>(7)</sup>

Su incorporación en la práctica clínica, puede ayudar al clínico y a la propia paciente, a obtener información estandarizada del impacto de la enfermedad, además de obtener información de la respuesta al tratamiento, mediante la percepción de salud. Permite al médico identificar y priorizar cuales son los problemas más importantes para la paciente, y monitorizar la respuesta al tratamiento. <sup>(7)</sup>

## **Antecedentes**

Kapoor D. et al. realizaron en el año 2009, en Mayday University Hospital de Londres, estudio prospectivo utilizando el cuestionario de síntomas de prolapso Sheffield para determinar si la presencia de síntomas graves influye en la elección de la paciente sobre su tratamiento. Se encontró que las mujeres que presentaban síntomas severos de prolapso como vaciado intestinal incompleto optaron por la cirugía, además, también consideró que el prolapso afecta significativamente el disfrute de la vida. <sup>(9)</sup>

McLennan M. et al. en 2007 en estudio de cohorte realizado en la División de Uroginecología de la Universidad de Saint Louis, Estados Unidos, determinaron que el riesgo de prolapso fue de 1,4 (IC 95% 1.2 a 1.8) veces mayor en las mujeres con antecedentes familiares de prolapso, que en aquellas que no los tenían. <sup>(10)</sup>

Srikrishna, S. et al. en 2007 realizaron estudio evaluando la diferencia de percepción entre médico y paciente de la calidad de vida de este último con prolapso, a través del PQoL, concluyendo que los médicos no estiman correctamente el impacto de los síntomas del prolapso genital sobre la calidad de vida del paciente. <sup>(11)</sup>

Digesu, G. et al. en 2005 realizaron estudio prospectivo observacional relacionando la severidad del prolapso genital con la sintomatología y calidad de vida, a través de la aplicación del PQoL, concluyendo que a mayor grado de prolapso hay tendencia significativa de aumento de los síntomas, siendo éstos mayores cuando el prolapso sobresale más allá de las carúnculas himeneales en comparación con una baja incidencia de los síntomas cuando el prolapso se mantiene igual o superior a las carúnculas himeneales. <sup>(6)</sup>

Abed H. et al. En 2010, realizaron revisión sistemática en Medline de los informes publicados entre 1950 y noviembre de 2010, sobre eventos adversos posterior a las reparaciones de prolapso vaginal con materiales de injerto tanto sintéticos como biológicos. Se encontraron tres principales eventos adversos: erosiones del injerto (10,3%), granuloma de herida (7,8%), y dispareunia (9,1%). Tasas similares de incidencia de la erosión se produjo con injertos sintéticos o biológicos. Los datos disponibles sugieren que la erosión del injerto se produce dentro de

un año posterior a la cirugía y por lo general se presentan con dolor vaginal, y/o dispareunia. El tiempo de formación del granuloma de herida no se informó de manera consistente, pero fue de hasta 8 semanas después de la operación, y la mayoría apareció como resultado de material de sutura expuesto. La dispareunia afectó un 9,1% de pacientes, con tasas similares entre los injertos biológicos y sintéticos. <sup>(12)</sup>

Obregón L., et al. en 2009 realizaron estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico, encontrando incidencia de prolapso en la Maternidad “Concepción Palacios” de 11,1 %. La edad promedio de 56,65 años y representa el mayor factor de riesgo de descenso del piso pélvico. La intervención más realizada fue la histerectomía vaginal y el porcentaje de complicaciones intraoperatorias fue 14%. <sup>(13)</sup>

Barber MD., et al en 2007 realizaron un estudio con el objetivo de describir el efecto de los trastornos del piso pélvico en la calidad de vida en las distintas dimensiones, sin mediar intervenciones. teniendo como resultado que 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, y concluyeron que es necesario generar una atención integral centrada en síntomas, función sexual, educación y apoyo emocional. <sup>(14)</sup>

Hott H. et al en 2007 realizaron un estudio de cohorte prospectivo para evaluar el resultado anatómico y la evolución de la colpoptosis anterior con malla de prolene. Como resultados obtuvieron que ingresaron 35 pacientes con una edad promedio de 61,4 años; 85,7%

de ellas estaba en postmenopausia y 3% utilizaba terapia hormonal de reemplazo. La principal patología asociada fue la incontinencia de orina de esfuerzo (54,3%). El estado del piso pelviano preoperatorio correspondió a 31,4% cistocele grado II, 48,6% cistocele grado III y 20% cistocele grado IV. Se asoció prolapso uterino en 88,6% de los casos y 74,3% con prolapso de la pared posterior. No hubo complicaciones intraoperatorias. Hubo complicaciones postoperatorias en 4 pacientes (11,4%). Una paciente presentó erosión de la malla (2,9%). El seguimiento fue de 1 a 11 meses. En la evaluación postoperatoria de las pacientes con cistocele grado II 80% corrigió a grado 0; para cistocele grado III 72% corrigió a grado 0. Un 11% llegó a grado I y 17% grado II. Para el grupo con cistocele grado IV, 71% resultó en grado 0 y 29% grado II. Con lo antes expuestos concluyeron que la técnica presentada solucionó un severo problema de calidad de vida de las pacientes afectadas. <sup>(15)</sup>

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con prolapso genital sometidas a tratamiento quirúrgico es un tema que aún está en estudio, por lo cual, no contamos con suficientes referencias.

## **Marco teórico**

El prolapso genital de acuerdo con el reporte del “Sub-comité de Estandarización de la Sociedad Internacional de Continencia” (ICS), es el descenso de uno o más de: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, el ápex de la vagina (cérvix/útero) o la cúpula vaginal posterior a histerectomía. <sup>(3)</sup>

Se trata de una patología frecuente, con una prevalencia de 30% en mujeres entre los 20 y 59 años, siendo los factores de riesgo mas asociados la edad avanzada, embarazos y paridad, obesidad, histerectomía, estreñimiento y trastornos neurológicos y genéticos. <sup>(7)</sup>

En Colombia en un estudio de 240 pacientes 72 % reportó sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo en los prolapso de segundo grado y estaban asociados a multiparidad, edad mayor de 60 años y menopausia <sup>(2)</sup>. En otro estudio de 102 casos, el 74,5 % tenían prolapso de tercer grado de III ° y señalan que el 30 % de la cirugías ginecológicas de ese centro asistencial son por cura de prolapso <sup>(16)</sup>.

Se ha estimado que una mujer durante su vida tiene un riesgo de 11,1% de ser llevada a cirugía por prolapso. <sup>(4)</sup>

En vista de la incidencia y prevalencia del prolapso genital, se ha sugerido que el estudio del piso pélvico se aborde como si se tratara de un ejercicio de ingeniería mecánica, en donde se mide la capacidad de resistencia de un puente (teoría del puente). Siendo necesario para tal efecto, conocer sus componentes estructurales, la configuración arquitectónica, y la carga potencial que le será aplicada. Los componentes estructurales del piso pélvico, a semejanza del puente, estarían representados de la siguiente manera: los pilares y los cimientos, por los huesos pélvicos; el sistema de suspensión, por las fascias y ligamentos; y el sistema de soporte por la capa muscular. Teniendo que considerar a los tres aparatos tubulares que lo atraviesan y forman parte de él: el tracto urinario bajo, el aparato genital y al canal ano rectal. <sup>(17)</sup>

De Lancey divide la vagina en tres niveles, de acuerdo al sostén conjuntivo: el nivel I que corresponde al segmento más apical, donde se produce la unión de la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal, conformando una estructura única denominada complejo ligamentoso cardinal – útero sacro, que sostiene este segmento proximal vaginal, junto con el cérvix, y lo fija al hueso pélvico, el nivel II el cual corresponde al segmento medio, donde la pared vaginal anterior, junto con la fascia pubocervical, se insertan en el arco tendinoso de la fascia endopélvica, o arco tendinoso de la aponeurosis del elevador del ano, que adquiere a este nivel una estructura similar a la de un ligamento, que va de pubis a espina ciática. Esta disposición fascial permite entender el mecanismo de suspensión vesical y constituye la base anatómica sobre la cual se desarrolló el concepto conocido como “teoría de la hamaca”, y que permite explicar la continencia urinaria. Por otro lado, la pared vaginal posterior, junto con el tabique recto vaginal, se insertan hacia inferior y posterior, también en una condensación fascial que corre sobre la porción iliococcígea del elevador del ano, denominada arco tendinoso de la fascia rectovaginal, conformándose a cada lado los pilares rectales, el nivel III a diferencia de las anteriores, corresponde a una fusión de la pared vaginal con las estructuras adyacentes, hacia adelante con la uretra, hacia atrás con el cuerpo perineal, y hacia los lados con el elevador del ano.<sup>(18)</sup>

Anteriormente se solía dividir el prolapso genital de la siguiente manera: 1. Prolapso uterino, 2. Colpocele anterior: uretrocele cuando falla el ligamento triangular, cistocele cuando están afectados los ligamentos de sostén pubovesicouterinos. 3. Colpocele posterior: rectocele cuando falla el tabique recto-vaginal, enterocele (o elitrocele o Douglascele) cuando fallan los ligamentos útero-sacros. 4. Elongación cervical.<sup>(19)</sup>

A fin de estandarizar y valorar criterios que permitan comparar publicaciones de distintos centros o la realización de evaluaciones longitudinales y estudios colaborativos, la Sociedad Internacional de Continencia adoptó el sistema de estadificación del prolapso de los órganos pélvicos conocido como POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) en Octubre de 1995, siendo aceptado posteriormente por la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos. Este sistema utiliza como referencia 9 medidas: la distancia en centímetros con respecto al himen a cada uno de 6 puntos fijos en la pared vaginal (2 en la pared vaginal anterior, 2 en la posterior y 2 en el fondo vaginal) y tres mediciones perineales también en cm. Se simboliza con el signo (+) cualquier medición fuera del himen y con el signo (-) si es proximal a él.<sup>(4)</sup>

#### Puntos de referencias utilizados en el POPQ

-Puntos anteriores: Aa: pared vaginal anterior 3 cm proximal al meato urinario. Su rango de posición es de -3 (normal) a +3, Ba: fórnix anterior o extremo anterior de la cúpula vaginal. En ausencia de prolapso es -3 por definición.

-Puntos superiores: C: extremo distal del cérvix o cicatriz de la cúpula en la histerectomizada, D: fórnix posterior. En ausencia del cuello, el punto D se omite.

-Puntos posteriores: Ap: similar a Aa en la pared posterior de la vagina, Bp: similar a Ba en la pared vaginal posterior, Gh (Hiato Genital): distancia en cm. desde el meato urinario hasta el borde himeneal inferior en la línea media, Pb (Cuerpo Perineal): distancia en cm. desde el borde posterior del hiato genital hasta el borde anterior del ano, Tvl (Longitud vaginal total): profundidad máxima en cm de la vagina.<sup>(4)</sup>

## Clasificación clínica propuesta por la Sociedad Internacional de la Continencia (ICS)

Divide la lesión anatómica en cinco grados:

- 0 grado sin descenso los puntos A y B a – 3cm.
- I grado descenso de punto A y B, llega hasta – 1 cm., del himen.
- II grado descenso de punto A y B de –1 hasta + 1 cm., del himen.
- III grado descenso > 1 cm., del himen, pero no más allá de (largo vagina – 2 cm.).
- IV grado completa eversión del largo vaginal, mínimo = (largo vagina – 2 cm.).<sup>(9)</sup>

Se realiza un adecuado y completo interrogatorio, orientado y/o dirigido al problema motivo de consulta, ya que la mayoría de las veces son ocultados por vergüenza o pudor, realizando una minuciosa descripción y categorización de los síntomas y signos.

Síntomas: sensación de peso, dolor dorso lumbar y/o sacro, dolor inguinal bilateral, dolor en silla de montar, dolor vulvovaginal, alteración sexual (dispareunia, dolor durante y después del orgasmo, síndrome de excitación sexual, apareunia, etc.).<sup>(12)</sup>

Signos: úlcera de decúbito, protrusión por hiato urogenital (vagina, órganos intra pélvicos), incompetencia esfinteriana (uretra, ano), lesión anatómica (desgarro perineal, prolapso mucosa rectal), genitorragia, proctorragia, cambio de ropa frecuente o continua, uso de protectores, desodorantes, perfumes, en forma continua.<sup>(19)</sup>

## Estudios complementarios

- Laboratorio: en la que se solicita un hemograma completo, hepatograma, creatinina, uremia, glicemia y un examen bacteriológico de orina, cuyo resultado negativo permite la realización de otros estudios invasivos.<sup>(120)</sup>

- Urodinamia: es toda prueba y/o estudio que aporte información objetiva sobre la disfunción del tracto urinario inferior, constituye un complemento y no un sustituto de la historia clínica, la urodinamia varía de acuerdo a su complejidad. Para su realización se requiere de un equipo y un entrenamiento. Aumenta la precisión diagnóstica y a menudo explica el motivo del fracaso de los tratamientos previos, consta de un registro simultáneo de presión en uretra, vejiga y presión abdominal, estudio que lo requiere el 10 % de los pacientes con disfunción del tracto urinario inferior.<sup>(20)</sup>

El objetivo del estudio urodinámico es: 1. confirmar el tipo de incontinencia de orina, 2. determinar tipo de vaciado vesical, 3. Identificar factores de riesgos previos a la cirugía.<sup>(19)</sup>

- Diagnostico por imágenes: evaluación dinámica, de la función del diafragma pelviano, y esfinteriano.

a) Ultrasonografía: para evaluar función (contractilidad - hipermovilidad) y estructura muscular (grosor, desgarró), tipos de ultrasonografía: perineal, transrectal, transuretral, endoluminal con transductor de 360 °, (afinamiento, desgarró, fibrosis, fístulas).

- b) Urograma excretor: La radiografía simple y el urograma excretor con placa post-miccional, junto con la uretrografía retrógrada miccional, son útiles para el diagnóstico de uroestasis, cálculos, y malformaciones congénitas, y los mismos preceden a estudios instrumentales.
- c) Cistografía: en la actualidad si bien es cierto que la radiología vesical es objetada, su empleo con placas de perfil con y sin esfuerzo, continúa vigente en los casos de recidiva posterior a cirugía.
- d) Defecografía – videocistoproctografía: método dinámico que evalúa, la movilidad del diafragma pelviano, el comportamiento de la ampolla rectal, conducto anal, esfínter interno del ano, y la elevación de la unión ano-rectal (prolapso rectal externo o rectocele), y prolapso rectal interno o posterior, enterocele, eversión vaginal, invaginación o intususcepción intestinal); como así también el comportamiento de la unión uretrovesical, durante el llenado y maniobras de stress (retención – evacuación).
- e) Resonancia magnética nuclear: método dinámico al igual que el anterior contribuye a la descripción funcional y dinámica del diafragma pelviano.
- f) Tomografía axial computada.
- g) Tomografía computada multislice: de 64 o más filas de detectores, que permiten ver el aparato ginecológico en forma integral (cuello uterino, útero, trompas). A su vez proporciona información extraginecológica, permitiendo visualizar las regiones anexiales, y otros sectores de la pelvis, el procedimiento completo dura 10 a 15 minutos.<sup>(21)</sup>

- Uretrocistoscopia: procedimiento que tiene dos objetivos básicos:

a) Diagnóstica: uretra, en la que se buscara procesos inflamatorios, divertículo, atrofia, etc., en la unión uretrovesical (hipermovilidad, e incompetencia ante el esfuerzo), en la vejiga las características de la pared, trigonitis, trabéculas, sufusiones hemorrágicas, pólipos, divertículo, tumores cálculos, fístulas, etc., y en el uréter, observar su normal inserción, y el tipo de eyaculado urinario.

b) Rutina: en la incontinencia recidivada, neoplasias, en la que se evalúa, la distensibilidad, trabéculas, rigidez y/o infiltración mediante la ayuda de la palpación vaginal (palposcopia).<sup>(16)</sup>

- Evaluación computada del diafragma pelviano: esta evaluación nos permite reconocer, graficar y cuantificar el grado de disfunción del diafragma pelviano, utilizando para tal fin una computadora, un software diseñado especialmente para la recolección de información o datos, mediante electrodos colocados en dispositivos vaginales y anales, que registran la actividad electromiográfica muscular.<sup>(9)</sup>

¿Cómo afecta el prolapso genital la calidad de vida de la paciente?

El prolapso genital no es una causa de mortalidad, pero si es una de las principales causas de morbilidad en las mujeres. De hecho puede afectar gravemente la calidad de vida de la mujer, causando alteraciones física, social, psicológica, ocupacional y limitaciones sexuales.

Existen diferentes cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con prolapso genital, el más utilizado es el (P-QoL). Un estudio realizado en el King's College Hospital, London, UK, determinaron que este cuestionario es un instrumento capaz de

determinar la gravedad de la sintomatología, el impacto en la calidad de vida, así como evaluar el resultado del tratamiento de los pacientes.<sup>(7)</sup>

El primer objetivo del tratamiento del prolapso es mejorar el confort y la calidad de vida de la paciente. El segundo objetivo de todo tratamiento es la reparación de las estructuras anatómicas deficitarias, la restauración del sostenimiento aponeurótico de la vejiga y la uretra y el restablecimiento del eje y la profundidad normales de la vagina.<sup>(17)</sup> Para conseguir estos objetivos disponemos de diversas alternativas que se pueden incluir en dos grandes grupos: el tratamiento conservador y el quirúrgico.

El Tratamiento conservador:

- Fisioterapia (rehabilitación activa o pasiva electroestimulación-, reeducación de los músculos del suelo pélvico). Indicada sobre todo en pacientes jóvenes y estadios iniciales de la enfermedad, y en pacientes que no han visto cumplidos sus deseos genésicos. En mujeres de edad avanzada o prolapsos severos suele ser inútil.
- Estrógenos locales. Permiten mejorar el trofismo.
- Adoptar hábitos de vida saludables (dieta adecuada rica en fibra, reducir peso, dejar de fumar) y tratar aquellas patologías que se asocian a valsalva repetidamente (por ejemplo tos crónica).
- Uso de pesario vaginal, ayuda a dar soporte al útero, vagina, vejiga o recto.<sup>(17)</sup>

El Tratamiento quirúrgico:

Para el tratamiento del prolapso se encuentra disponible una amplia variedad de técnicas quirúrgicas abdominales y vaginales.

- Los abordajes vaginales incluyen la histerectomía vaginal, la reparación de la pared vaginal anterior o posterior, la culdoplastia de McCall, la reparación de Manchester (amputación del cuello uterino con suspensión del útero a los ligamentos cardinales), la colpopexia preespinal y sacroespinal, la ligadura del enterocele, la reparación paravaginal, el procedimiento y la reconstrucción perineal de Le Fortes.

- Los abordajes abdominales incluyen la colpopexia sacra, la reparación paravaginal, la suspensión de la bóveda y la plicatura de ligamentos uterosacros, la ligadura del enterocele y la reparación de la pared vaginal posterior. La intervención quirúrgica abdominal puede realizarse por medio de una incisión abierta o con laparoscopia, la cual requiere incisiones pequeñas.<sup>(8)</sup>

La elección de la cirugía depende de un número de factores que incluyen la naturaleza, el lugar y la gravedad del prolapso, si hay síntomas adicionales que afectan la función urinaria, intestinal o sexual, la salud general de la mujer y la preferencia y habilidad del cirujano. Para ayudar en la evaluación del éxito de la intervención quirúrgica, se debe registrar una clara clasificación vaginal específica de sitios anteriores y posteriores a la operación y los detalles de la intervención quirúrgica.<sup>(22)</sup>

Puesto que existe una estrecha interrelación entre las estructuras de la pelvis, la corrección de una alteración posicional de un órgano genera un debilitamiento en el apoyo de los otros, motivo por el cual la reparación quirúrgica se hace enfocada sobre los elementos de sostén de la pelvis, lo que secundariamente instala en posición adecuada a cada estructura, evitando así que otros pierdan su correcta ubicación.<sup>(8)</sup>

Entre las complicaciones se encuentran: Infección incluida la infección de la malla o el injerto, extrusión, dispareunia, dolor pélvico.

## **Objetivo General**

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con prolapso genital sometidas a tratamiento quirúrgico que acudieron a la consulta de ginecología del Hospital “Dr. Domingo Luciani” en el período mayo 2011 – mayo 2012.

## **Objetivos específicos**

1. Valorar la calidad de vida en pacientes con prolapso genital previo a la corrección quirúrgica, mediante el Test de calidad de vida P-QoL.
2. Valorar la calidad de vida en pacientes con prolapso genital tres meses posterior a la corrección quirúrgica, mediante el Test de calidad de vida P-QoL.

## **Hipótesis**

La calidad de vida en pacientes con diagnóstico de prolapso genital mejora con el tratamiento quirúrgico.

## **Aspectos éticos**

En la bioética el criterio fundamental que regula esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona, es

por ello que en nuestra investigación solo se incluyeron las pacientes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado previa explicación detallada de los objetivos e importancia de dicho estudio. La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas, este principio se cumplió al respetar la decisión de las pacientes al aceptar o no la participación en la investigación. La beneficencia promueve el mejor interés del paciente pero sin tener en cuenta la opinión de éste. Supone que el médico posee una formación y conocimientos de los que el paciente carece, por lo que aquél sabe lo más conveniente para éste, fue por esto que se aplicó la encuesta para obtener información relacionada con la calidad de vida de las pacientes pre y post quirúrgica. El principio de no maleficencia en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar al paciente. El principio de justicia en tratar a cada paciente como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.).

## **METODOS**

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio tipo descriptivo, prospectivo y correlacional.

### **Población y muestra**

La población estuvo constituida por las pacientes que acudieron a la consulta de uroginecología durante el periodo comprendido entre mayo 2011 a mayo 2012 con síntomas y signos de prolapso genital. La muestra estuvo constituida por 20 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El tipo de muestreo fue intencional no probabilístico.

## **Criterios de inclusión**

Pacientes que acudieron a la consulta de uroginecología del Hospital “Dr. Domingo Luciani” durante el periodo comprendido entre mayo 2011 – mayo 2012 con diagnóstico clínico de prolapso genital y planteamiento de tratamiento quirúrgico.

## **Criterios de exclusión**

1. Pacientes que no quieran participar en el estudio.
2. Pacientes embarazadas.

## **Variables**

(Ver operacionalización de las variables en anexo 1)

## **Procedimiento**

### **Consentimiento informado:**

Una vez explicado a cada paciente los objetivos, importancia y beneficios del estudio, las mismas firmaron el consentimiento informado, paso importante para poder participar en el estudio.

### **Recolección de datos**

Se basó en obtener el nombre, edad de la paciente, diagnóstico de ingreso, intervención propuesta, fecha de la intervención. A cada paciente se le entregó un cuestionario PQOL para evaluar la calidad de vida preoperatoria y postoperatoria, el cual consta de 6 preguntas que debió responder de acuerdo a lo que mejor definiera su situación en ese momento. Las preguntas 1, 3 y

4 tienen 5 opciones de respuestas mientras que las preguntas 2, 5 y 6 tienen cuatro opciones de respuestas.

Dicho cuestionario corresponde a la traducción al castellano, realizada por las autoras, del “Prolapse Quality of Life (P-QOL)”, que consiste en una escala tipo Likert con 20 ítems que cubren nueve dominios específicos de la calidad de vida (salud general, impacto del prolapso, limitaciones de rol, limitaciones físicas, limitaciones sociales, relaciones personales, emociones, perturbaciones del sueño y la energía, medidas para afrontar los síntomas severos) y 18 ítems adicionales dirigidos a evaluar síntomas urogenitales, función intestinal y función sexual, para un total de 38 ítems. Las puntuaciones en cada dominio oscilan entre 0 y 100, donde una puntuación alta refleja mayor deterioro de la calidad de vida, mientras que una puntuación baja refleja la percepción de mejor calidad de vida. (Digesu et al, 2005).

Las pacientes se evaluaron en el preoperatorio y llenaron el cuestionario al momento de asistir a la consulta de uroginecología. Fueron evaluadas nuevamente en el postoperatorio mediato (a la semana), luego se efectuaron controles mensuales por la consulta de ginecología y a los 3 meses se aplicó la encuesta de calidad de vida.

### **Tratamiento estadístico**

Tomando en cuenta que se trata de una muestra intencional, no probabilística en cuyo caso resultan inapropiados los métodos de estadística inferencial (Seijas, 1999), el análisis de los datos se realizó a partir de métodos de estadística descriptiva propios del nivel de medición ordinal, con énfasis en el análisis de frecuencias, utilizando para ello el paquete estadístico de análisis de datos SPSS Statistics 19.

## **Recursos humanos y materiales**

1. Médicos adjuntos del servicio de ginecología del Hospital Dr. Domingo Luciani.
2. Médicos residentes a cargo del trabajo de investigación.
3. Pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología del Hospital Dr. Domingo Luciani.
4. Enfermeras de la consulta de Ginecología del Hospital Dr. Domingo Luciani.
5. Espacio físico del consultorio de ginecología y urodinamia del Hospital Dr. Domingo Luciani.
6. Área de quirófano con todo el personal de enfermeras instrumentistas.
7. Médicos anesthesiólogos.
8. Anestesia Peridural o Raquídea.
9. Vicryl 2/0.
10. Catgut Crómico 1.

## **RESULTADOS**

La muestra estuvo constituida por 20 pacientes con edades comprendidas entre 55 y 77 años de edad, y una edad promedio de 66 años, con diagnóstico de prolapso genital.

A partir de las respuestas proporcionadas por las pacientes en el cuestionario, se calcularon las correspondientes puntuaciones para los nueve dominios de calidad de vida y las dos sub-escalas de síntomas encontrando lo siguiente:

Se registraron importantes reducciones en el valor medio de las puntuaciones obtenidas por las pacientes posterior a la cirugía vs las obtenidas previo a la cirugía en todos los dominios de calidad de vida (Figura 1, Tabla 1): los dominios salud general, impacto del prolapso y limitaciones sociales que obtuvieron el máximo valor de la mediana (100 puntos) antes de la cirugía obtuvieron el mínimo valor de la mediana (0) después de ésta.

Los dominios limitaciones de rol y limitaciones físicas que también obtuvieron el máximo valor de la mediana antes de la cirugía (100) pasaron a obtener medianas de 16,67 y 33,33, respectivamente.

Las medianas de los dominios limitaciones en las relaciones personales y problemas emocionales pasaron de 95,83 y 88,89 puntos a 25,00 y 11,11 puntos, respectivamente mientras que las medianas de los dominios disturbios del sueño/energía y medidas para afrontar los síntomas severos pasaron de 83,33 y 91,67 respectivamente, a 0 cada uno.

Con relación a cada dominio de calidad de vida en particular, se encontró lo siguiente:

a. Salud general: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 50 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 50 puntos; 18 pacientes (90%) evaluaron este dominio con 75 puntos o más, registrando 13 de ellas (65%) la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 0 y 25 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 25 puntos, 5 pacientes (25%) evaluaron este dominio con 25 puntos y las 15 restantes (75%) lo evaluaron con la mínima puntuación posible del cuestionario. (Tabla 1, Figura 2).

Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía.

b. Impacto del prolapso: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 67 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 33 puntos, 3 pacientes (15%) evaluaron este dominio con 67 puntos y 17 pacientes (85%) lo evaluaron con la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 0 y 33 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 33 puntos; 2 pacientes (10%) evaluaron este dominio con 33 puntos y 18 pacientes (90%) lo evaluaron con la mínima puntuación posible del cuestionario. (Tabla 1, Figura 3). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía.

c. Limitaciones de rol: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 50 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 50 puntos; 17 pacientes (85%) evaluaron este dominio con 83 puntos o más, 15 de ellas (75%) le asignaron la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 0 y 33 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 33 puntos; 18 pacientes (90%) evaluaron este dominio con 17 puntos o menos, 7 de ellas (35%) lo hicieron con la mínima puntuación posible del cuestionario. (Tabla 1, Figura 4). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía.

d. Limitaciones físicas: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 50 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 50 puntos; 14 pacientes (70%) evaluaron este

dominio con 83 puntos o más, 12 de ellas (60%) le asignaron la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 16 y 50 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 33 puntos; 19 pacientes (95%) evaluaron este dominio con 33 puntos o menos. (Tabla 1, Figura 5). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía

e. Limitaciones sociales: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 50 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 50 puntos; 16 pacientes (80%) evaluaron este dominio con 83 puntos o más, 11 de ellas (55%) le asignaron la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 0 y 33 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 33 puntos; 13 pacientes (65%) evaluaron este dominio con la mínima puntuación posible en el cuestionario. (Tabla 1, Figura 6). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía.

f. Relaciones personales: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 67 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 33 puntos; 19 pacientes (95%) evaluaron este dominio con 83 puntos o más, 10 de ellas (50%) le asignaron la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 25 y 33 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 8 puntos; 11 pacientes (55%) evaluaron este dominio con 25 puntos y las 9 restantes (45%) lo hicieron con 33 puntos (Tabla 1, Figura 7). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía

g. Problemas emocionales: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 78 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 22 puntos; 15 pacientes (75%) evaluaron este dominio con 89 puntos o más, 5 de ellas (25%) le asignaron la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 0 y 22 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 8 puntos; 15 pacientes (75%) evaluaron este dominio con 11 puntos o menos, 9 de ellas (45%) lo hicieron con la mínima puntuación posible en el cuestionario (Tabla 1, Figura 8). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía.

h. Perturbaciones del sueño/energía: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 50 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 50 puntos; 13 pacientes (65%) evaluaron este dominio con 83 puntos o más, 8 de ellas (40%) le asignaron la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 0 y 33 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 33 puntos; 19 pacientes (95%) evaluaron este dominio con 17 puntos o menos, 15 de ellas (75%) lo hicieron con la mínima puntuación posible en el cuestionario (Tabla 1, Figura 9). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía.

i. Acciones para afrontar los síntomas severos: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 75 y 100 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 25 puntos; 19 pacientes (95%) evaluaron este dominio con 83 puntos o más, 9 de ellas (45%) le asignaron la máxima puntuación posible del cuestionario. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 0 y 17 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 17 puntos; 17 pacientes (85%) evaluaron este

dominio con 8 puntos o menos, 13 de ellas (65%) lo hicieron con la mínima puntuación posible en el cuestionario (Tabla 1, Figura 10). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de este dominio después de la cirugía.

Con relación a las sub-escalas de síntomas, también se aprecian reducciones en el valor medio de las puntuaciones obtenidas por las pacientes posterior a la cirugía vs las obtenidas previo a la cirugía (Tabla 2, Figura 11): en la sub-escala función urogenital la mediana se redujo de 57 a 27 puntos y en la sub-escala de funciones intestinal y sexual, la mediana se redujo de 46 a 27 puntos.

a. Funciones urogenitales: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 50 y 68 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 18; después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 23 y 32 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 9 puntos. (Tabla 2, Figura 12). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de esta sub-escala después de la cirugía.

Funciones intestinales y sexuales: las puntuaciones antes de la cirugía oscilaron entre 36 y 61 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 25 puntos. Después de la cirugía las puntuaciones oscilaron entre 18 y 43 puntos distribuidas a lo largo de un rango de 25 puntos, 15 pacientes (75%) concentraron sus puntuaciones entre 21 y 28 puntos. (Tabla 2, Figura 13). Todas las pacientes registraron reducciones en la puntuación de esta sub-escala después de la cirugía.

## **DISCUSION**

Si bien la definición de la Calidad de Vida es compleja, la literatura concuerda en que incluye los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Las mujeres con trastornos de piso pélvico describen un impacto negativo en varias dimensiones de la calidad de vida, destacando principalmente los aspectos físicos.

A pesar de la descripción del impacto en la calidad de vida, existen controversias en cuanto a la severidad de este, lo que demuestra que la calidad de vida es un elemento difícil de evaluar.

Barber<sup>(14)</sup>, revisó los cuestionarios existentes en la literatura en relación a los trastornos de piso pélvico, recomendando seleccionarlos según el tipo de población a evaluar y las características psicométricas de cada uno.

Creemos que lo vital es generar instrumentos validados adaptados a cada cultura que logren describir los efectos en la vida de la mujer para generar una intervención adecuada.

La evaluación de la calidad de vida, cada vez más es un resultado considerado en el éxito del tratamiento, lo que permite tener una aproximación objetiva del efecto de las intervenciones terapéuticas.

La calidad de vida de las mujeres se ve afectada, independiente del grado de severidad del prolapso. La International Continence Society (ICS) y la International Urogynecology Association (IUGA), recomiendan la inclusión de medición de calidad de vida en todos los estudios de prolapso genital e incontinencia urinaria, evidenciando su evaluación como un resultado esencial después de cualquier intervención en el área

En nuestro estudio podemos observar como la calidad de vida mejora significativamente con la corrección quirúrgica del prolapso genital, lo que concuerda con el estudio realizado por Humberto Hott A et al 2007<sup>(15)</sup>

Si observamos cada dominio por separado, nos damos cuenta que con respecto a la salud general el 65% de las pacientes (13pacientes), refería previo a la cirugía tener mala salud general (100 puntos), y solo un 5% (5 pacientes) con un puntaje mínimo de (75 puntos), posterior a la cirugía 15 pacientes (75%) refirieron mejoría de su salud general alcanzando una puntuación de 0 y solo 5 pacientes (25%) alcanzaron una puntuación mínima de 25, esto debido a la severidad del prolapso genital.

Con respecto al impacto que tiene el prolapso en la vida de las pacientes 17 pacientes (85%) alcanzaron una puntuación máxima de 100, posterior a la cirugía 90% de la pacientes presentaron una mejoría significativa alcanzando una puntuación de 0, demostrando que la corrección quirúrgica del prolapso genital es capaz de mejorar el impacto negativo que este tiene en la vida de la mujer, ya que le permite a esta, integrarse nuevamente a la sociedad por el solo hecho de mejorar la sintomatología que este causaba.

Cuando evaluamos las limitaciones de rol y físicas pudimos observar que 15 y 12 pacientes respectivamente alcanzaron un máximo puntaje de 100 sin embargo posterior a la cirugía solo 7 (35%) y 6 (30%) pacientes respectivamente lograron alcanzar una baja puntuación esto debido al poco tiempo de postoperatorio que tenían dichas pacientes, lo que les impide una recuperación optima para realizar sus actividades físicas.

El dominio de relaciones personales podemos observar como el 50% de las pacientes referían que el prolapso afectaba sus relaciones personales en gran medida alcanzando 100 puntos, y 45% con un puntaje mínimo de 75%, un dato curioso en este dominio es que posterior a la cirugía el 100% de las pacientes alcanzaron puntajes entre 25 y 49 puntos, lo que podemos explicar ya que las pacientes no alcanzaban una recuperación máxima a los tres meses del postoperatorio momento en el cual se solicito a las mismas completaran el cuestionario PQOL.

Desde el punto de vista de problemas emocionales, perturbación de sueño/energía y medidas para afrontar síntomas severos podemos decir que la cirugía vaginal mejora considerablemente la calidad de estos dominios, ya que al corregir la disfunción del piso pélvico estaríamos evitando el aislamiento social, inhibición sexual, restricción de empleos, pérdida de oportunidades y de independencia todo esto producido por dicha disfunción lo que coincide con la literatura realizada por Lugo L et al 2008.<sup>(8)</sup>

La función urogenital, intestinal y sexual podemos apreciar que hubo una importante mejoría de la sintomatología posterior a la cirugía.

Tomando en cuenta lo antes expuesto podemos concluir que todas las pacientes reflejaron reducciones en las puntuaciones de cada uno de los dominios del cuestionario, siete de los cuales incluyen evaluaciones con la mínima puntuación posible por parte de algunas pacientes: salud general (15), impacto del prolapso (18), limitaciones de rol (7), limitaciones sociales (13), problemas emocionales (9), perturbaciones del sueño/energía (15) y acciones para afrontar los síntomas severos (13). Los anteriores resultados sugieren un incremento en la percepción de bienestar en la calidad de vida de las integrantes de la muestra.

De igual manera, todas las pacientes reflejaron reducciones en las puntuaciones de los síntomas que les aquejan, tanto los que afectan las funciones urogenitales como los que afectan las funciones intestinales y sexuales, lo que sugiere una reducción en la severidad de los mismos.

En vista de la poca literatura nacional relacionada con el estudio del prolapso genital y la calidad de vida, ampliar el campo de investigaciones sobre este tema, incluyéndose estudios comparativos entre los diferentes tipos de defectos de piso pélvico y sus diferentes técnicas quirúrgicas correctivas, así como también el impacto en la calidad de vida en cada caso.

Realizar estudios que evalúen a largo plazo la efectividad del tratamiento quirúrgico.

Debido a que la percepción de calidad de vida es variable de una paciente a otra y dependiente del éxito del tratamiento quirúrgico, se recomienda realizar estudios que amplíen la población en estudio.

Realizar de forma rutinaria el cuestionario PQoL, en toda paciente con prolapso que sea sometida a tratamiento quirúrgico, para constatar de forma más objetiva los cambios en la calidad de vida.

## REFERENCIAS

- 1.- Leyes S, López S, Kusmiruc A, Gómez J, Franco M. Abordaje terapéutico de los grandes prolapsos genitales. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2006; 69: 1-3
- 2.- Echavarría L, Londoño J, Trujillo L, Montoya L. Comparación entre la corrección con mallas sintéticas vía vaginal del prolapso genital vs técnicas vaginales tradicionales. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2008; 59: 111-7.
- 3.- Coya F. Disfunción Diafragma Pélvico: Evaluación y Diagnostico (sitio en internet). Disponible en <http://disfuncionpisopelviano.com/index.html>. Acceso el 20 de marzo de 2011.
- 4.- Braun H, Rojas I, González F, Fernández M, Ortiz J. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2004; 69 (2) 149-56.
- 5.- Hott H, Iglesias R, Schneider E, Anrique D, Villanueva C, Valdevenito G. Reparación de prolapso vaginal anterior con malla Prolene. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2007; 72(2):120-4.
6. Grande J, Delgado D. Colpopexia anterior con uretrosuspensión con monoprótesis sintética en el tratamiento simultáneo del cistocele y la incontinencia urinaria. Rev. Med Hered 2010; 21: 84-90.

7. Digesu A, 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 J* 2005; 16: 176-81.
8. Lugo L, Álvarez J. Primer Consenso Venezolano de Uroginecología 2008 (sitio en internet). Disponible en <http://www.sogvzla.org/Publicaciones/Consensos/Consenso%20Uroginecolog%EDa.pdf>. Acceso el 20 de marzo de 2011.
9. Kapoor D, Thakar R, Sultan A, Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapsed: What dictates patient choice. *Int Urogynecol J* 2009; 20:1157-61.
10. McLennan M, Harris J, Kariuki B, Meyer S. Family History as a risk for pelvic Organ Prolapse. *Int. Uroginecol J* 2008; 19: 1063-9.
11. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, González J. Is there a difference in patient and physician quality of life evaluation in pelvic organ prolapsed. *Int. Uroginecol J* 2008; 19: 517-20.
12. Abed H, Rahn D, Lowenstein L, Balk E, Clemons J, Rogers R. Incidence and management of graft erosion, wound granulation, and dyspareunia following vaginal prolapsed repair with graft materials: a systematic review. *Int urogynecol J* 2011; 1384-94.

13. Obregón L, Saunero A, Díaz S. Prolapso genital en la Maternidad “Concepción Palacios”. Revista de la Facultad de Medicina 2009; 32: 139-43.
14. Barber MD. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007;18:461-5.
15. Hott H, Iglesias R, Schneider E. Reparación de prolapso vaginal anterior con malla de prolene. Rev chil obstet ginecol 2007; 72(2):120-124.
16. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres (sitio en internet). Disponible en <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004014>. Acceso el 20 de marzo de 2011.
- 17- Flores S. Anatomía funcional del piso pélvico en mujeres. Sociedad Mexicana de urología ginecológica (sitio en internet). Disponible en <http://www.smug-ac.com/pdf/anatomiafuncional.pdf>. Acceso el 20 de marzo de 2011.
- 18- Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C. Campbell-Walsh Urología. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008; 2195-9.
19. Porta O, Kishimoto F, Carballal J. Indicaciones de la histerectomía en patología benigna. Prolapso uterino. Ginecología Clínica y Quirúrgica 2001; 2(1):26-31.

20. Theofrastous J., Swift S. Pruebas urodinámicas. Ostergard Uroginecología y Disfunción del piso pelviano. McGrawHill. México. 2004. Quinta edición. 30:116-42.
  
21. España P, Puig C. Bases de la uroginecología. La exploración urodinámica. Cabero, L. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción Editorial Médica Panamericana. España. 2003. Primera edición. Tomo 2. 138: 1139-43.
  
22. Frías J. Corrección del prolapso de órganos pelvianos mediante técnica quirúrgica abdominal con malla de prolene fija al ligamento presacro: colposacropexia. Revista Chilena de Urología 2004; 69: 113-22.

## ANEXO 1

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<b>Objetivos</b>	<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Valorar la calidad de vida en pacientes al momento del ingreso y posterior a la corrección quirúrgica, mediante el Test de calidad de vida P-QoL.	Calidad de vida	Cualitativa	Social/Biológica	Buena Regular Mala
Determinar las complicaciones más frecuentes de la cura operatoria del compartimiento anterior del prolapso genital.	Complicaciones	Cualitativa	Clínica	Presente Ausente
Determinar la recurrencia inmediata y mediata en pacientes en quienes se realiza la cura operatoria del compartimiento anterior del prolapso genital.	Recurrencia	Cualitativa	Clínica	Presente Ausente

## **ANEXO 2**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nosotros, María Duerto y Laura Aponte, residentes del Postgrado Universitario Ginecología y Obstetricia del Hospital “Dr. Domingo Luciani”, solicitamos su colaboración y autorización en la participación de nuestro Trabajo especial de Grado titulado: EVALUACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO GENITAL.

El objetivo de la investigación es evaluar el tratamiento quirúrgico para la corrección del prolapso genital al valorar la calidad de vida de la paciente al momento del ingreso y posterior a la corrección quirúrgica.

Si acepta participar en nuestra investigación, debe llenar un cuestionario relacionado con la calidad de vida y será sometida a corrección operatoria del prolapso genital bajo anestesia regional. La intervención será realizada por adjuntos y residentes del servicio de ginecología.

Las complicaciones que pueden presentarse en esta intervención son: hemorragia, necesidad de transfusión sanguínea, infecciones, incluida la infección de la malla o injerto, daño de las vísceras circundantes, erosión de la malla o injerto, recurrencia del prolapso genital.

Serán respondidas todas sus dudas y todos los datos aportados serán registrados en estricta confidencialidad. En caso de cualquier eventualidad como resultado del estudio, la atención y el tratamiento médico serán proporcionados preferentemente en esta institución. Si

decide no participar esto no afectará en el futuro la atención médica por parte de nosotros e igualmente se le dará asistencia médica a su problema.

Una vez informado todos los aspectos referentes a la investigación, deje asentado por escrito su deseo de participar en la misma.

Yo \_\_\_\_\_ de C.I. \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades declaro que he sido invitado a participar como paciente en el Trabajo Especial de Grado EVALUACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO GENITAL No se me ha ofrecido ni pretendo recibir ningún beneficio económico producto de los hallazgos de esta investigación y mi participación es sólo para contribuir con los avances de las ciencias médicas.

---

Firma de la paciente

### ANEXO 3

#### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL PROLAPSO (P-QoL)

Nombre:

Fecha:

Edad: \_\_\_\_\_ años.

1. ¿Cómo describiría su salud en el presente?

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Muy mala

2. ¿Cuánto piensa ud. Que su problema de prolapso afecta su vida?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

3. Por favor marque abajo si tiene alguno de estos síntomas y que tanto le afectan.

	No aplica	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
¿Va al baño a orinar con mucha frecuencia?	<input type="radio"/>				
Urgencia: un fuerte deseo de orinar	<input type="radio"/>				
Incontinencia de urgencia, escape de orina asociado con un fuerte deseo de orinar.	<input type="radio"/>				
Incontinencia de esfuerzo, escape de orina asociado con la tos.	<input type="radio"/>				
Sensación de un bulto o masa en la vagina.	<input type="radio"/>				
Pesadez que aumenta a medida que transcurre el día en la vagina o la parte inferior del abdomen.	<input type="radio"/>				
Bulto en vagina que interfiere con la evacuación.	<input type="radio"/>				
Molestia en la vagina que	<input type="radio"/>				

es peor al estar de pie y se alivia al acostarse.					
Poco flujo de orina.	<input type="radio"/>				
Esfuerzo para vaciar la vejiga.	<input type="radio"/>				
La orina gotea después de haber orinado.	<input type="radio"/>				

4. Por favor marque abajo si tiene alguno de estos síntomas y que tanto le afectan.

	No aplica	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
No siente el intestino completamente vacío después de evacuar.	<input type="radio"/>				
Estreñimiento, dificultad para el evacuar.	<input type="radio"/>				
Realiza esfuerzo para evacuar.	<input type="radio"/>				
Bulto en vagina, que interfiere con las relaciones sexuales.	<input type="radio"/>				
Dolor de espalda que empeora con molestias vaginales.	<input type="radio"/>				
Se ayuda durante la evacuación con los dedos.	<input type="radio"/>				

¿Con qué frecuencia va ud. A evacuar?	Más de una vez al día	Una vez al día	Cada 2 días	Cada 3 días	Una vez a la semana o más
	<input type="radio"/>				

5. A continuación se nombran algunas de las actividades diarias que pueden verse afectadas por su problema de prolapso. ¿Cuál le afecta su problema de prolapso?

LIMITACIONES DE ROL	No siempre	Ligeramente	Moderadamente	Mucho
¿En qué medida su prolapso afecta la realización de tareas del hogar? Por ejemplo: limpiar o hacer mercado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su prolapso afecta su trabajo o la realización de sus actividades diarias fuera de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LIMITACIONES FISICAS Y SOCIALES	No siempre	Ligeramente	Moderadamente	Mucho
¿Su prolapso afecta sus actividades				

físicas? Por ejemplo: ir a caminar, trotar, al gimnasio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su prolapso afecta su capacidad de viajar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su prolapso limita su vida social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su prolapso limita su capacidad para ver o visitar a sus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RELACIONES PERSONALES	No aplica Mucho	Nada	Un poco	Moderadamente
¿Su prolapso afecta su relación con su pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su prolapso afecta su vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su prolapso afecta su vida familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EMOCIONES	No siempre	Ligeramente	Moderadamente	Mucho
¿Su prolapso la ha hecho sentir deprimida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su prolapso la ha hecho sentir ansiosa o nerviosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su prolapso la ha hecho sentirse mal consigo misma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SUEÑO/ ENERGIA	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
¿Su prolapso afecta su sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se siente cansado/ agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Realiza cualquiera de las siguientes opciones para ayudar a su problema de prolapso?

Responda, incluso si no siente que tiene un problema de prolapso. Si es así ¿cuánto?

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
¿Utiliza tampones, compresas o toallas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has realizado alguna maniobra con los dedos para subir el prolapso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
¿Tiene dolor o malestar por el				

prolapso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Evita el prolapso que ud se mantenga de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GRACIAS. POR FAVOR REVISE QUE HAYA RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS.

## ANEXO 4

**TABLA 1.**

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con prolapso genital - Puntuaciones por dominio antes y después del tratamiento quirúrgico.

Dominio	Mediana	Moda	Rango	Mínimo	Máximo
Salud general					
Pre-cirugía	100	100	50	50	100
Post-cirugía	0	0	25	0	25
Impacto del prolapso					
Pre-cirugía	100	100	33	67	100
Post-cirugía	0	0	33	0	33
Rol					
Pre-cirugía	100	100	50	50	100
Post-cirugía	17	17	33	0	33
Físico					
Pre-cirugía	100	100	50	50	100
Post-cirugía	33	33	33	17	50
Social					
Pre-cirugía	100	100	50	50	100
Post-cirugía	0	0	33	0	33
Relaciones personales					
Pre-cirugía	96	100	33	67	100
Post-cirugía	25	25	8	25	33
Emociones					
Pre-cirugía	89	89	22	78	100
Post-cirugía	11	0	22	0	22
Sueño/energía					
Pre-cirugía	83	100	50	50	100
Post-cirugía	0	0	33	0	33
Medidas para paliar los síntomas					
Pre-cirugía	92	100	25	75	100
Post-cirugía	0	0	17	0	17

**TABLA 2.**

Evaluación de la severidad de los síntomas en pacientes con prolapso genital -  
Puntuaciones por sub-escala antes y después del tratamiento quirúrgico.

Sub-escala	Mediana	Moda	Rango	Mínimo	Máximo
Funciones urogenitales					
Pre-cirugía	56,82	54,55	18,18	50	68
Post-cirugía	27,27	25,00	9,09	23	32
Función intestinal /sexual					
Pre-cirugía	46,43	46,43	25,00	36	61
Post-cirugía	26,79	21,43	25,00	18	43

**GRAFICA 1**

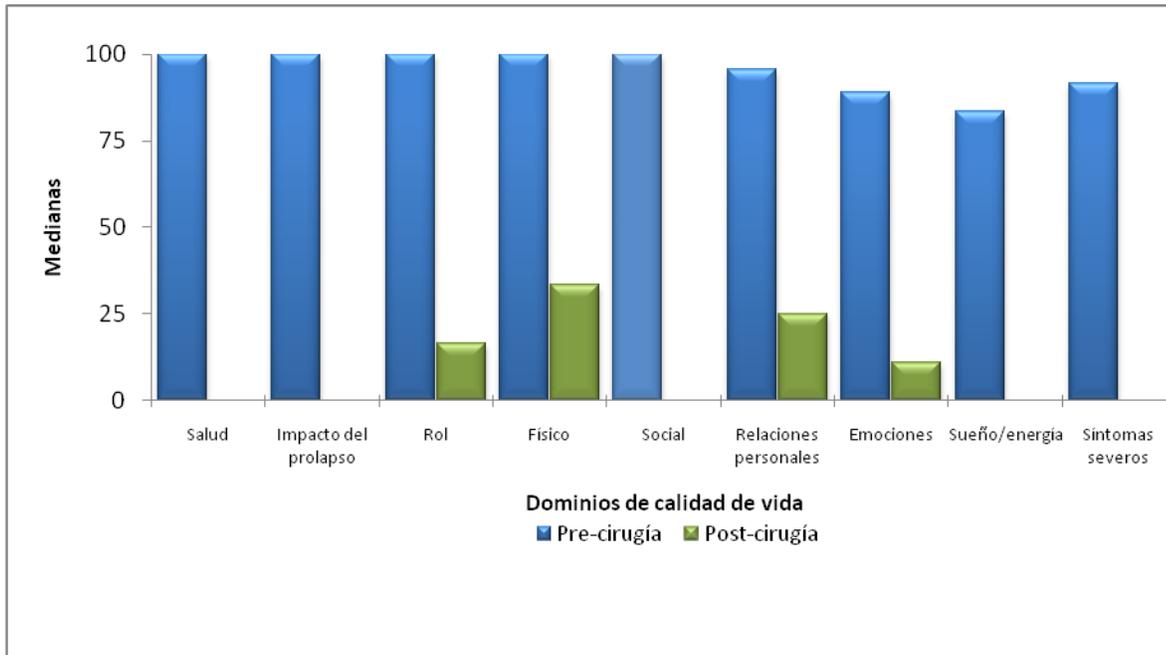


Figura 1. Medianas de las puntuaciones por dominio de calidad de vida en el cuestionario P-QOL.

## GRAFICA 2

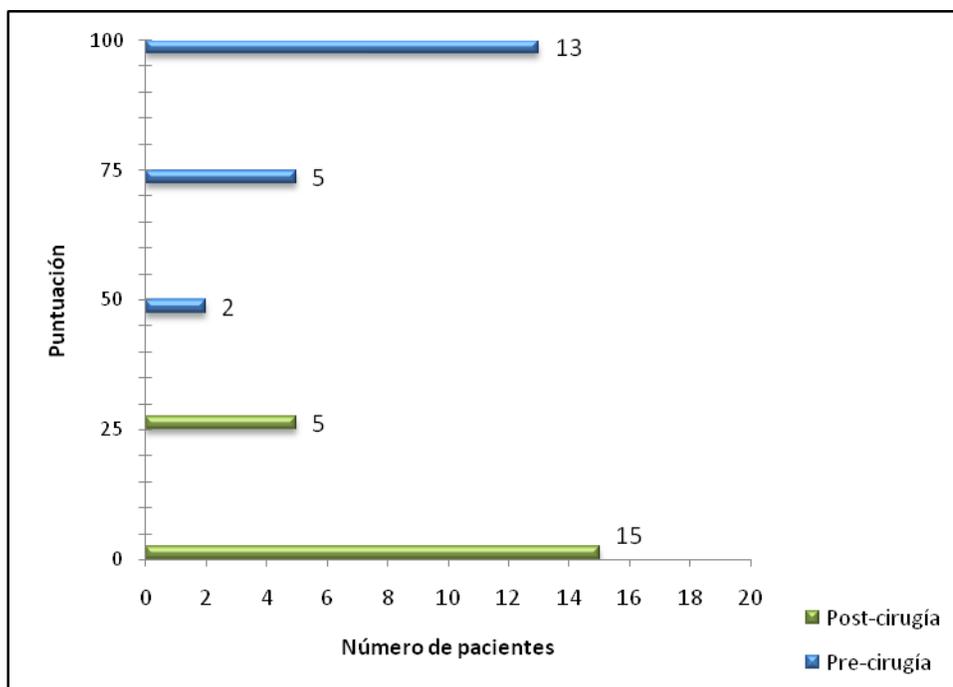


Figura 2. Salud general - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía

### GRAFICO 3

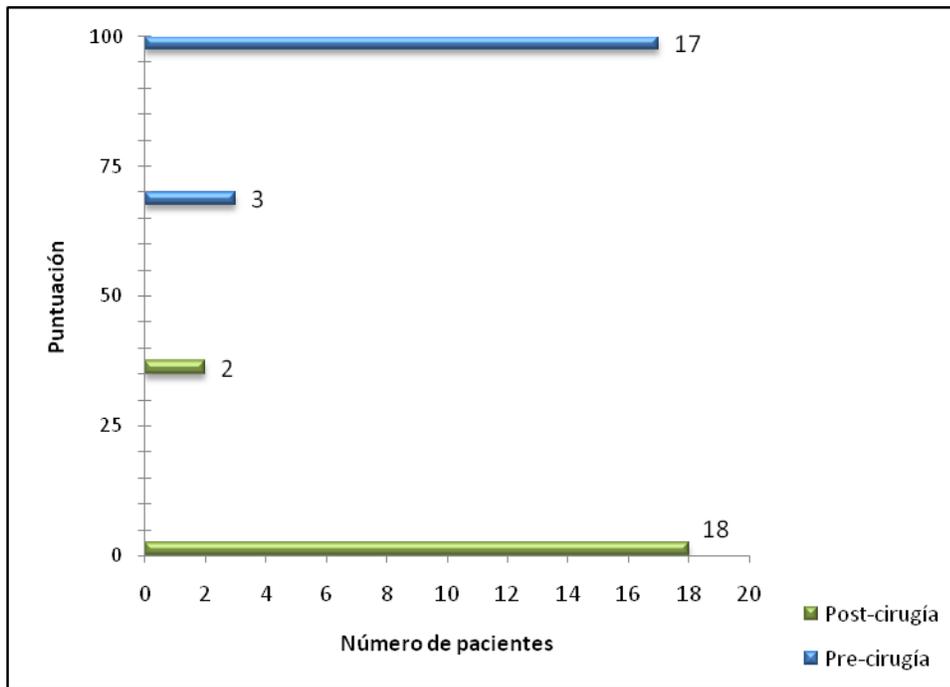


Figura 3. Impacto del prolapso - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía

**GRAFICO 4**

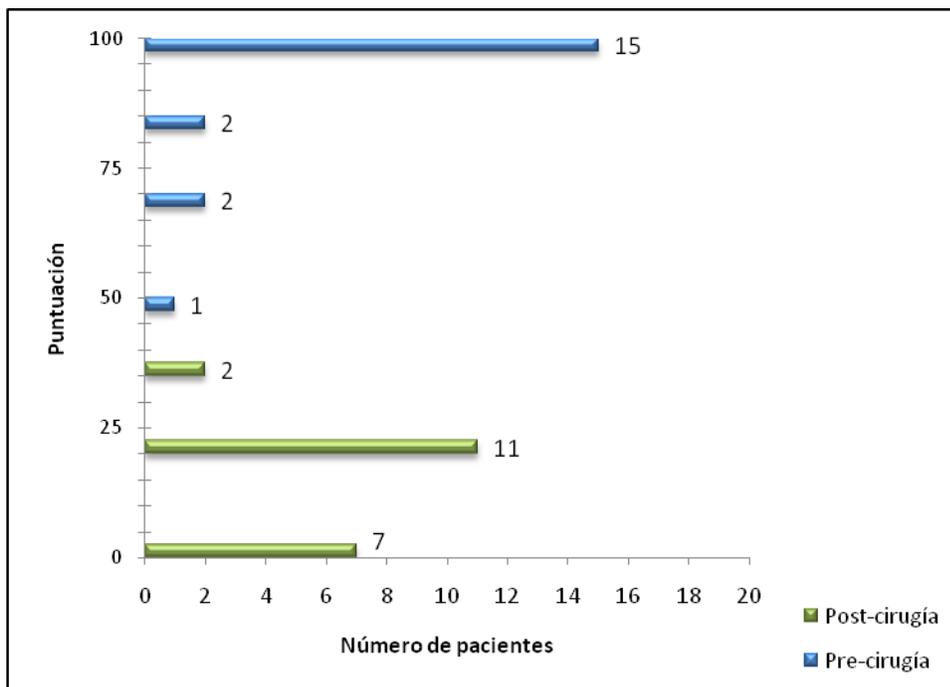


Figura 4. Limitaciones de rol - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía

**GRAFICO 5**

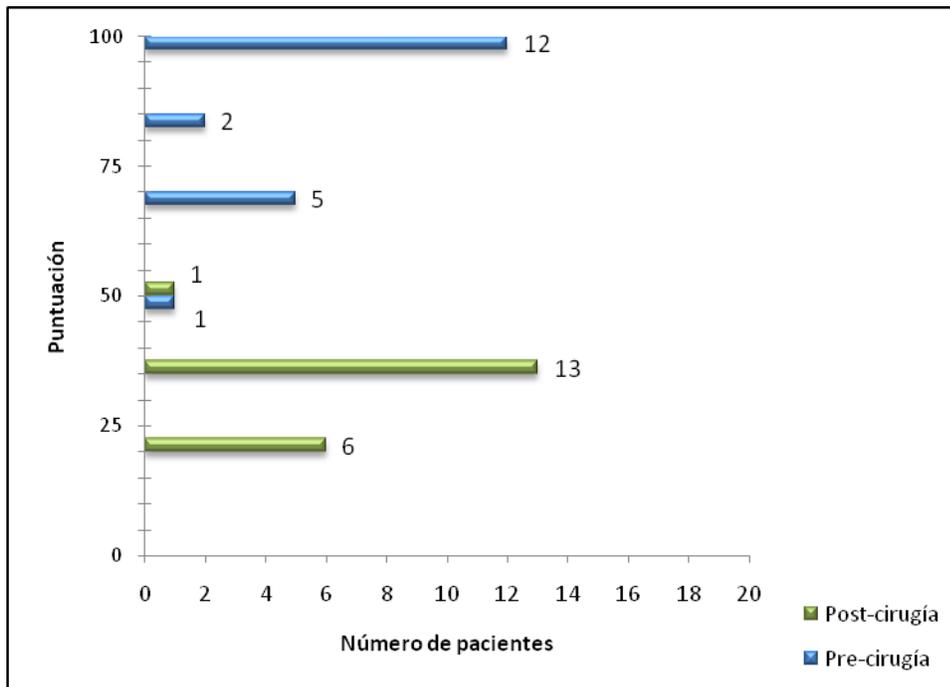


Figura 5. Limitaciones físicas - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía

**GRAFICO 6**

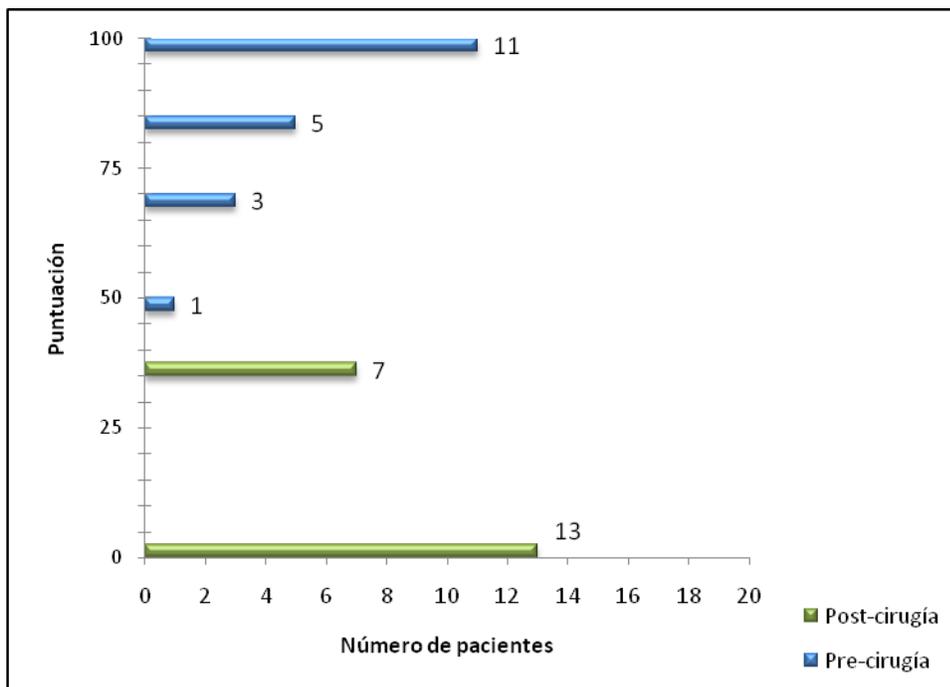


Figura 6. Limitaciones sociales - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía

## GRAFICO 7

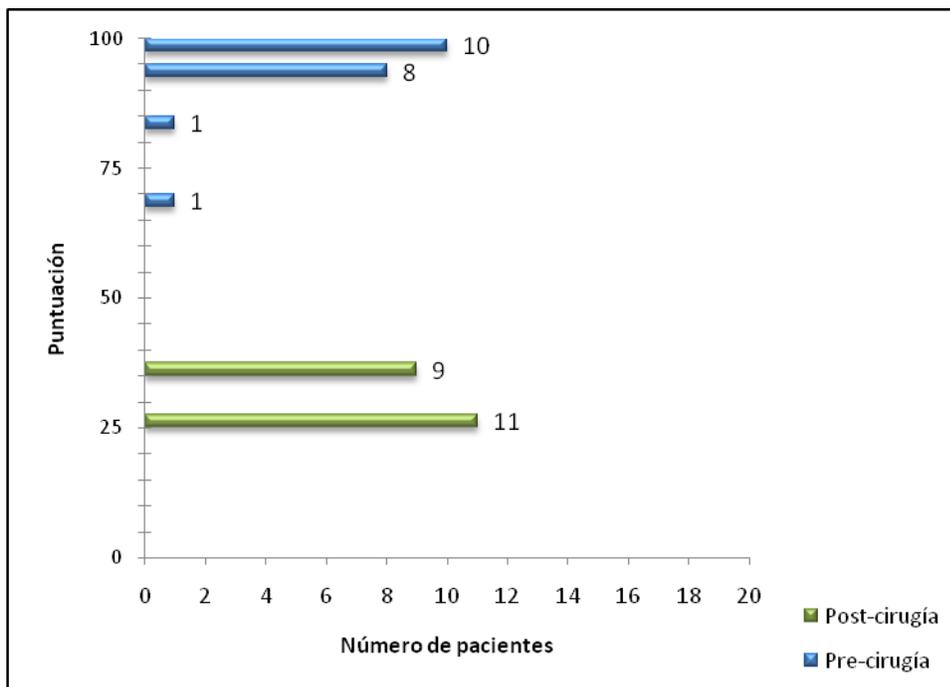


Figura 7. Relaciones personales - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía

GRAFICO 8

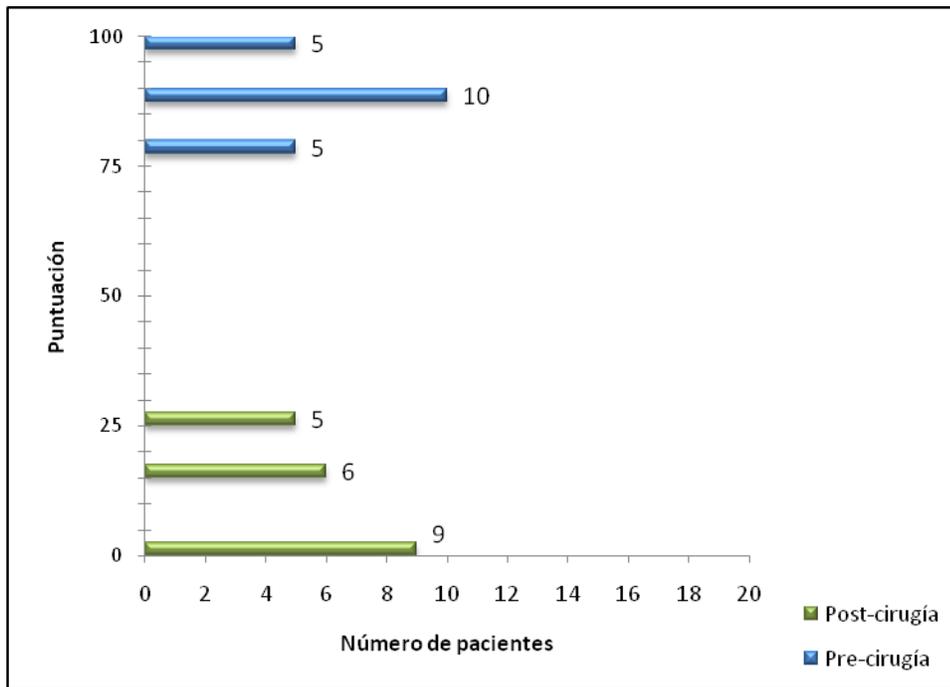


Figura 8. Problemas emocionales - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía.

**GRAFICO 9**

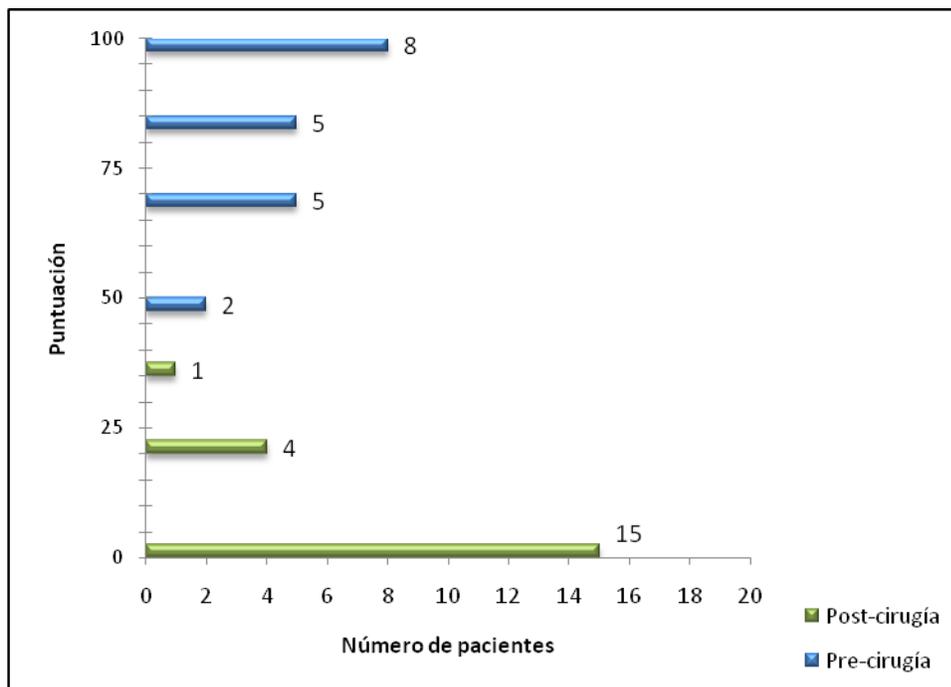


Figura 9. Perturbaciones del sueño/energía - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía.

**GRAFICO 10**

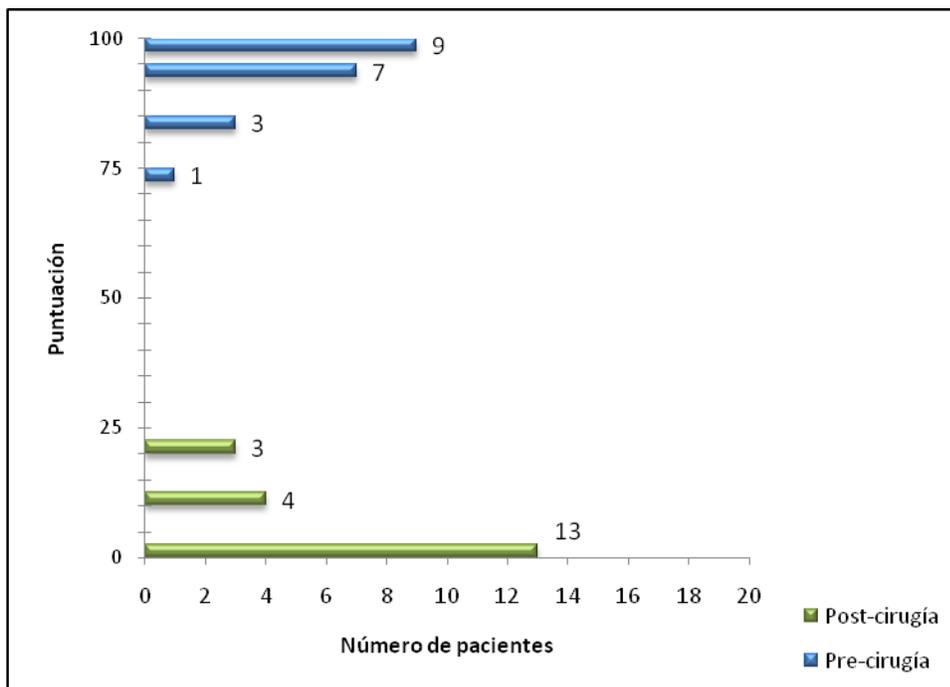


Figura 10. Medidas para afrontar síntomas severos - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía.

**GRAFICO 11**

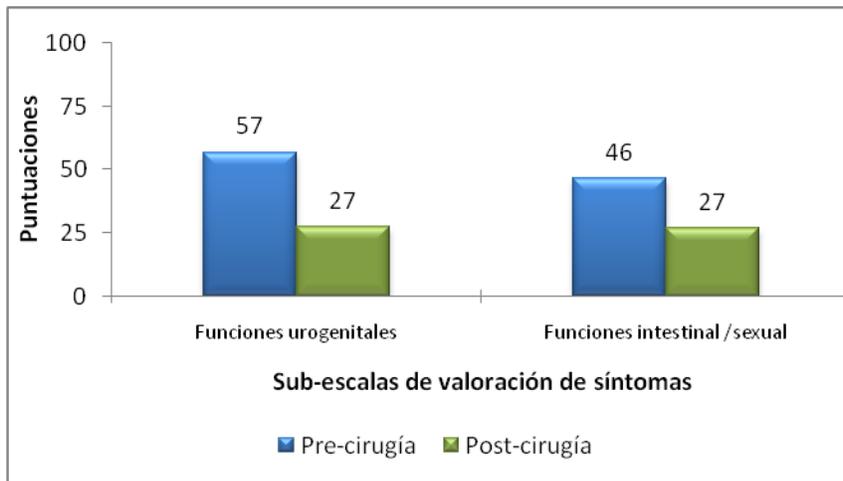


Figura 11. Medianas de las puntuaciones por sub-escala de severidad de síntomas en el cuestionario P-QOL.

GRAFICO 12

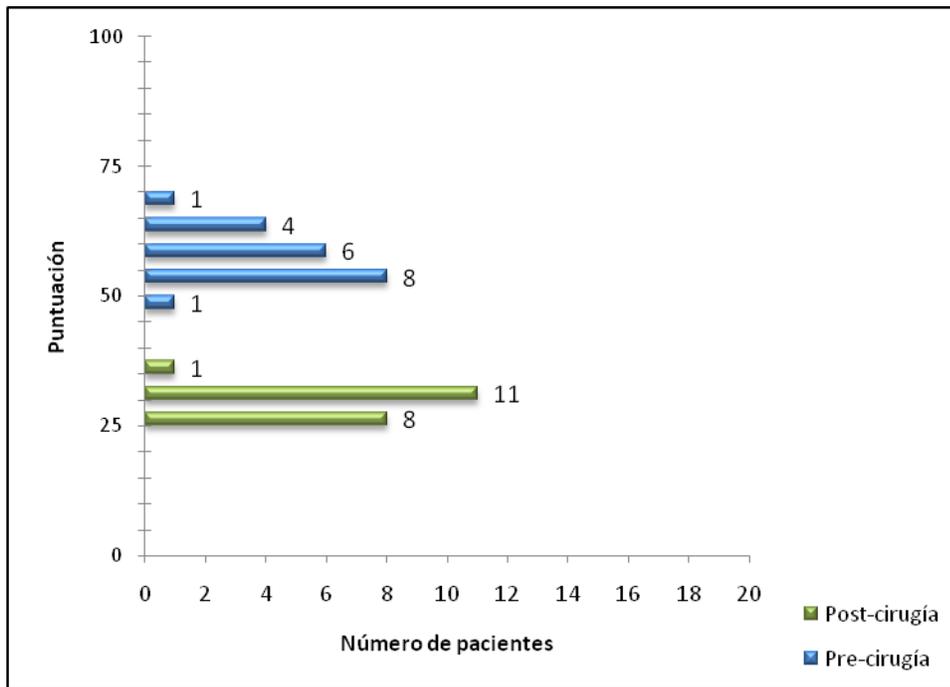


Figura 12. Función urogenital - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía

GRAFICO 13

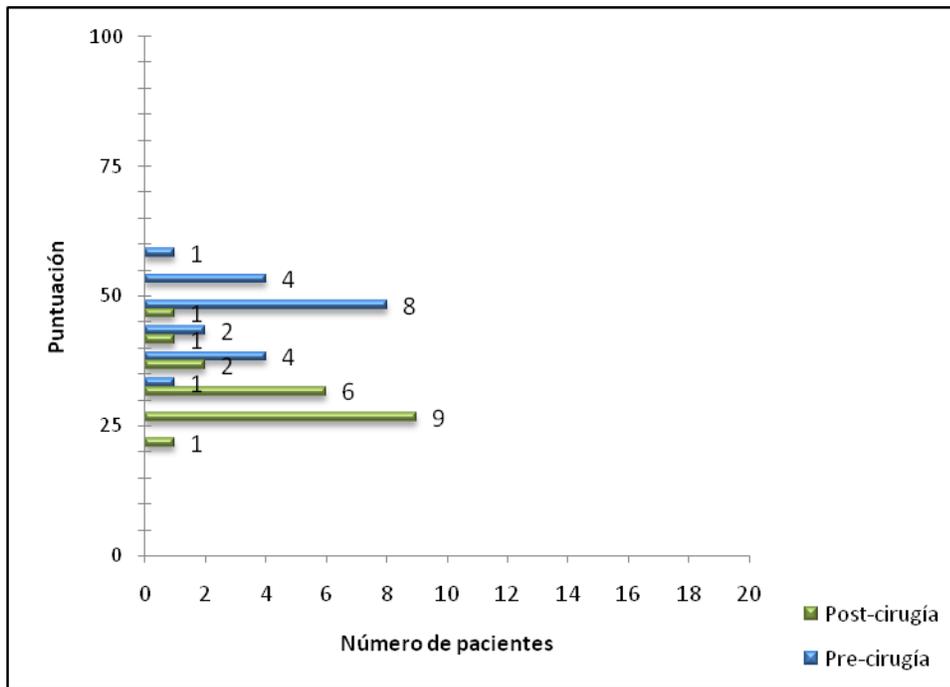


Figura 13. Funciones intestinal y sexual - Comparación de las puntuaciones antes y después de la cirugía.

