



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA (UNAN MANAGUA)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ

Tesis monográfica para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia

Calidad de vida en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgicos en pacientes sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de uro ginecología del Hospital Vélez Paiz de febrero a agosto del 2018.

Autora:

Dra. Aura Yanahina Medrano Pérez

Residente de Ginecología y Obstetricia

Tutora

Dra. Gema Zuniga

Especialista en Ginecología

Subespecialista en Uroginecología

Asesor

Dr. Steven Cuadra, MD., Msc., LicMed., PhD.

Febrero 2019

DEDICATORIA

Pedro Rafael Medrano Casteñeda hoy no estas a mi lado, te adelantastes en el viaje eterno que todos tenemos que emprender un día, pero se que desde el cielo permaneces a mi lado, que te convertiste en mi ángel de la guarda y que desde allá festejas conmigo este logro. Un día lo dijiste tu hija sería médico y aquí estoy cumpliendo ese sueño que juntos desde pequeña compartimos. Te amo Papá y este peldaño es en tu nombre.

AGRADECIMIENTOS

A Dios padre misericordioso, quien ha sido mi fuerza en los momentos de prueba, sosteniéndome en sus brazos cuando caminar hacia adelante se tornó la lucha más difícil.

Mi madre, el ángel más hermoso que tengo en mi vida, la mujer ejemplar a quien veo y de quien tomo la inspiración para levantarme cada día, a pesar de lo duro que pueda ser continuar alcanzando tus sueños.

A cada uno de mis familiares, porque se con certeza que sus oraciones me acompañan a cada instante, y que mis logros son igual de importantes para ellos.

Mis amigos y amigas, que son uno de los regalos más bellos que me ha dado la vida, porque al lado de ellos todo es más hermoso, y la vida se pinta de colores que irradian amor y felicidad.

Todos y cada uno de mis maestros que han contribuido a mi formación a lo largo de este proceso de aprendizaje de 4 años que están por finalizar, porque se han convertido en más que simples maestros, sino que han dejado huellas imborrables e irremplazables en lo más profundo de mi corazón y los llevaré justo en ese sitio especial para siempre.

Mis tutores, pilares fundamentales de este trabajo, y quienes sin ellos no sería posible estar redactando hoy estas palabras, muchas gracias por su tiempo y dedicación Dra. Gema Zuniga y Dr. Steven Cuadra.

OPINION DEL TUTOR

Aunque el POP y sus trastornos asociados rara vez amenazan la vida, tienen un impacto directo y profundo en la calidad de vida (CDV) de las mujeres. Con el paso de los años, los investigadores y los médicos han reconocido la necesidad de incluir en la evaluación integral del estado de salud de la mujer sometida a corrección quirúrgica del prolapso de órganos pélvicos, la calidad de vida a través de herramientas y cuestionarios estandarizados específicamente diseñados para trastornos de POP, así se evaluaría mejor la eficacia del tratamiento.

La Dra. Aura Medrano, llevo a cabo la tesis titulada "Calidad de vida en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgicos en pacientes sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de uro ginecología del Hospital Vélez Paiz de febrero a agosto del 2018. Los resultados de esta investigación evidenciaron que de forma global hubo evidente mejoría de la calidad de vida en todos los aspectos, a niveles altamente satisfactorios para la paciente, por lo que deduce que la corrección quirúrgica fue altamente efectiva.

Estoy segura que sus resultados serán de gran interés para todos los profesionales que estamos involucrados en el cuidado de la salud de la población, en especial para aquellos que formamos parte de la especialidad de ginecología y obstetricia, específicamente de la subespecialidad de uroginecología. . Considero que esta tesis cumple con los requisitos académicos para ser presentada como tesis monográfica.

Dra. Gema Zúñiga G.
Gineco - Obstetra
Uroginecología
2018
Dra. Gema Zúñiga

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Subespecialista en Uroginecología.

OPINIÓN DEL TUTOR

La Dra. Moraga llevó a cabo el estudio analítico titulado: Impacto de los desgarros perineales y la realización de episiotomía sobre la ocurrencia de trastornos del piso pélvico durante los primeros 6 meses posteriores a parto vaginal en mujeres atendidas en el Hospital Occidental Fernando Vélez Paiz, de febrero a agosto del 2018.

La Dra. Moraga Concluyó, en consonancia con estudios recientes, que la pérdida de la integridad perineal se asoció mayor frecuencia de síntomas sugestivos de incontinencia urinaria y mayor frecuencia de dolor perineal en el periodo de seguimiento. Lo que evidencia la necesidad de realizar una adecuada evaluación y caracterización de los desgarros asociados al parto y una adecuada evaluación de las pacientes para un uso selectivo y orientado de la episiotomía.

Sin duda, investigaciones como estas, que dan información de nuestro medio, permitirán entender el comportamiento de condiciones tales como la incontinencia y otros trastornos del piso pélvico y sus determinantes en las mujeres Nicaragüenses.

No me queda más que felicitar a la Dra. Moraga por su esfuerzo y dedicación a esta tesis.

Dra. Gema Zúñiga G.
Dra. Gema Zúñiga G.
Urología Ginecológica
Dra. Gema Zúñiga

Especialista en Ginecología

Subespecialista en Uroginecología

RESUMEN

Con el propósito de evaluar la calidad de vida en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgicos en pacientes sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de uro ginecología del Hospital Vélez Paiz de febrero a agosto del 2018, se llevó a cabo un estudio descriptivo longitudinal aplicándose el cuestionario P-QOL a todas las mujeres intervenidas en el periodo. De forma global se observó que las pacientes se caracterizaron por una media de edad de 60 años, procedentes del área urbana, en unión estable o casada principalmente, con escolaridad media y baja. Actualmente la mayoría no está trabajando. Las pacientes se caracterizaron por ser multigesta con una media de paridad de 4.5 partos. En cuanto a la presentación clínica del prolapso de órgano pélvico, las mujeres presentaban menos de un año de síntomas y la mayoría de mujeres fueron intervenidas en los primeros dos meses posteriores al diagnóstico. Los grados de prolapso más frecuentes fueron II y III y las cirugías más frecuentes fueron histerectomía más colpoplastia y colpoplastia sola. La tasa de complicaciones fue baja (2 casos en 42 pacientes), siendo la recidiva del prolapso y la dehiscencia de herida quirúrgica las complicaciones que se presentaron. Entre los 3 a 6 meses posterior a la corrección del prolapso las mujeres presentaban un nivel de calidad de vida significativamente mayor con respecto a los componentes de salud general y síntomas específicos asociados al prolapso de órgano pélvico, en comparación con el periodo pre quirúrgico. La media del score de calidad de vida postquirúrgica para percepción de salud general mejoró en tres veces el nivel y para síntomas en dos veces. Se observaron diferencias significativas en el nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de limitación del rol habitual, limitaciones físicas y sociales, previamente y posterior a la cirugía de corrección del prolapso, en el grupo de pacientes en estudio. De forma general hubo una reducción significativa en el nivel de limitaciones en 3 veces el nivel con respecto al periodo pre quirúrgico. El nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de relaciones personales, emociones, sueño/energía y medidas asociadas a la severidad de los síntomas, mejoró significativamente en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgico. La mejoría fue entre 3 y 2 veces superior la calidad de vida con respecto al periodo pre quirúrgico.

ÍNDICE

Resumen	iv
Introducción.....	1
Justificación.....	3
Planteamiento del problema	5
Caracterización.....	5
Delimitación	5
Formulación.....	5
Preguntas de sistematización	6
Objetivos.....	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos.....	7
Marco de referencia	8
Prolapsos de órganos pélvicos.....	8
Síntomas asociados.....	10
Relevancia de los cuestionarios de calidad de vida en pacientes con POP	11
Instrumentos disponibles	14
Aspectos evaluados de los cuestionarios	18
Diseño metodológico.....	21
Tipo de Estudio.....	21
Área de estudio	21
Período de estudio	21
Población (universo y muestra)	21

Técnicas y procedimientos para recolectar la información	22
Técnicas de procesamiento y análisis de la información.....	24
Consideraciones éticas.....	25
Análisis de resultados (Discusión)	26
Conclusiones.....	30
Recomendaciones	31
Bibliografía.....	32

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) se define como el descenso de uno o más de lo siguiente elementos: pared vaginal anterior, vaginal posterior, ápice de la vagina (cuello al útero) o de la bóveda después de la histerectomía. POP afecta casi a la mitad de todas las mujeres mayores de 50 años, con una prevalencia de por vida de 30% a 50%. Las mujeres con una expectativa de vida normal tiene una probabilidad del 11% al 12% de someterse a al menos una operación por prolapso o incontinencia, con una tasa de re operación del 29% a la antes de los 79 años.¹⁻³

La edad ^{2,3} y la paridad⁴ son factores de riesgo bien conocidos para el desarrollo de POP, siendo la paridad el factor de riesgo más fuerte un OR ajustado de 10.8^{5,4} Lesión neurológica del piso pélvico^{5,6} y trastornos subyacentes del tejido conectivo⁷ también han sido implicados. Otros factores predisponentes sospechosos incluyen afecciones crónicas que aumentan la presión abdominal, como levantamiento de pesas, tos crónica, disfunción intestinal, histerectomía previa, deficiencia de estrógenos⁸⁻¹⁰ y obesidad ^{11,12}, en algunos estudios pero no en todos^{14,14}. El desarrollo de POP en mujeres nulíparas combinado con su ausencia en muchas mujeres multíparas sugiere que la genética también puede desempeñar un papel

El objetivo de la cirugía POP debe ser mejorar los síntomas que son molestos para los pacientes y mejorar la calidad de vida. Con los años, más de 100 técnicas quirúrgicas, utilizando tanto el abordaje abdominal como el vaginal, han sido desarrolladas para corregir los trastornos del piso pélvico. ⁵

Aunque el POP y sus trastornos asociados rara vez amenazan la vida, tienen un impacto directo y profundo en la calidad de vida (CDV) de las mujeres. Históricamente, la evaluación objetiva de POP se realizaba comúnmente mediante exploración física o en combinación con instrumentos que se referían a un solo órgano, lo que dificultaba la evaluación de la implicación multiorgánica. Además, la ausencia de herramientas válidas y confiables para medir los problemas de CDV hizo que la evaluación de los resultados de varias modalidades de tratamiento fuera incompleta.

Con el paso de los años, los investigadores y los médicos reconocieron la necesidad de desarrollar (i) un sistema integral de estadificación que involucre todos los órganos pélvicos y ii) herramientas de evaluación de la calidad de vida estandarizada específicamente diseñada para trastornos de POP que evaluarían mejor la eficacia del tratamiento. La identificación de esta necesidad impulsó el desarrollo del Sistema de Cuantificación del Prolapso del Órgano Pélvico (POP-Q), que fue adoptado en 1996 por la International Continence Society.

El instrumento POP-Q ahora se usa ampliamente en la evaluación de POP y sus trastornos asociados en todas las etapas del tratamiento desde el examen físico inicial hasta el seguimiento pos intervención a largo plazo. Posteriormente a la introducción de POP-Q, se introdujeron una serie de cuestionarios diseñados para abordar un amplio espectro de áreas relacionadas con la calidad de vida. Estos cuestionarios validados se han convertido en una parte integral de la evaluación de intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas para POP en muchos estudios. Como resultado, han proporcionado nuevas herramientas con las que evaluar las medidas de resultado de una manera que es más importante para la vida cotidiana de los pacientes.

Por lo tanto el propósito del presente estudio fue evaluar el nivel de calidad de vida que presentan en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgicos las pacientes sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de uro ginecología del Hospital Vélez Paiz de febrero a agosto del 2018.

JUSTIFICACIÓN

Relevancia social

Muchas veces se ignora las repercusiones que implican las DSP en la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) de la mujer que la padece. Ante la presencia de una incontinencia urinaria o fecal, la paciente no solo sufrirá de las manifestaciones físicas de algún grado de prolapso; sino de aquellas derivadas de las perturbaciones psíquicas, sexuales, laborales y sociales que estas originan.^{6,7}

Relevancia metodológica

La medición de la CVRS implica la utilización de cuestionarios de calidad de vida (CV) creados. Estos proporcionan una amplia información sobre la repercusión de los síntomas y signos en la vida de la enferma, lo cual permite entender estas condiciones de manera integral. Algunos se utilizan para determinar las indicaciones de tratamiento médico o quirúrgico, lo cual permite racionalizar los recursos.⁸

En los últimos años, el éxito de las cirugías de las disfunciones del suelo pélvico se han evaluado utilizando instrumentos de medición de calidad de vida. La International Continence Society (ICS) y la International Urogynecology Association (IUGA), recomiendan la inclusión de medición de CVRS en todos los estudios que involucran las DSP, evidenciando su evaluación como un resultado esencial después de cualquier intervención en el área.

Relevancia teórica

La medición de la severidad de los síntomas y de los cambios en la CV de las pacientes con DSP es parte esencial de la evaluación para el diagnóstico y tratamiento de dicha afección. Estas mujeres tienen un impacto negativo en la CV con un predominio de las dimensiones que evalúan la esfera física, sexual y psicosocial. Aplicar dichos cuestionarios para medirla es fundamental, y es responsabilidad de los investigadores seleccionar un instrumento que cuente con las características psicométricas requeridas y que se ajuste a la población en la que será aplicado

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una afección ginecológica común, afecta a casi la mitad de las mujeres mayores de 50 años, en diversos grados de severidad, y afecta la calidad de vida (QOL) en las mujeres.

Por lo tanto, uno de los principales resultados en la evaluación del tratamiento del prolapso de órganos pélvicos en mujeres es la calidad de vida. El uso de la calidad de vida como medida de resultado está aumentando en la mayoría de los estudios clínicos.

Delimitación

Los resultados de la medición de la calidad de vida después de la cirugía se informan con poca frecuencia en estudios clínicos en países de bajos ingresos, como Nicaragua.

La información es incompleta y no permite comprender de forma integral el impacto de la corrección quirúrgica del prolapso de órgano pélvico, en las pacientes atendidas en los hospitales nacionales.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio:

¿Qué nivel de calidad de vida presentan en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgicos las pacientes sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de uro ginecología del Hospital Vélez Paiz de febrero a agosto del 2018?

Preguntas de sistematización

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes en estudio?
2. ¿Cuál es la presentación clínica del prolapso de órgano pélvico, manejo quirúrgico y ocurrencia de complicaciones, en el grupo de pacientes en estudio?
3. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de salud general y síntomas específicos asociados al prolapso de órgano pélvico posterior a la cirugía de corrección del prolapso, en el grupo de pacientes en estudio?
4. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de limitación del rol habitual, limitaciones físicas y sociales, posterior a la cirugía de corrección del prolapso, en el grupo de pacientes en estudio?
5. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de relaciones personales, emociones, sueño/energía y medidas asociadas a la severidad de los síntomas, posterior a la cirugía de corrección del prolapso, en el grupo de pacientes en estudio?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el nivel de calidad de vida que presentan en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgicos las pacientes sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de uro ginecología del Hospital Vélez Paiz de febrero a agosto del 2018.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y los antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes en estudio.
2. Describir presentación clínica del prolapso de órgano pélvico, manejo quirúrgico y ocurrencia de complicaciones, en el grupo de pacientes en estudio.
3. Comparar el nivel de calidad de vida en los componentes de salud general y síntomas específicos asociados al prolapso de órgano pélvico, previo y posterior a su intervención.
4. Establecer diferencias en el nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de limitación del rol habitual, limitaciones físicas y sociales, en el grupo de pacientes en estudio.
5. Determinar el nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de relaciones personales, emociones, sueño/energía y medidas asociadas a la severidad de los síntomas, antes y después de la corrección del prolapso.

MARCO DE REFERENCIA

Prolapsos de órganos pélvicos

El suelo pélvico (SP) es una compleja unidad anatómica y funcional situada en la parte inferior de la cavidad pélvica.^{1, 2} Además de mantener el equilibrio entre bipedestación, presión intraabdominal y sustentación de los órganos abdomino pelvianos, tiene importantes funciones entre las que destacan su contribución a la respuesta sexual y su gran distensión en el momento del parto. Lejos de ser un fenómeno estático, la disfunción del suelo pélvico es una alteración de la adecuada interacción de todos los elementos que lo forman.³ Por lo que la debilidad de cualquiera de ellos predispone especialmente a la mujer por sus características anatómicas a presentar afecciones a ese nivel, que provocan una sintomatología en ocasiones múltiple por combinarse diferentes problemas como: incontinencias urinaria y fecal, prolapsos genitales, dolor pélvico crónico y disfunción sexual, entre otras.¹

Se define como prolapso vaginal, el descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto,⁴ así como las distrofias vulvares, son expresiones del proceso de envejecimiento y no consecuencias del déficit estrogénico y su frecuencia de aparición es variable.⁵ En la actualidad la teoría de los defectos sitio específicos es la planteada por la mayoría de los cirujanos de piso pélvico para explicar la fisiopatología del prolapso basado en la aparición de desgarros en las paredes fibromusculares de la vagina o en la fascia endopélvica, por lo que su identificación y corrección quirúrgica restablecería la anatomía pélvica normal y su función, teoría no aceptada por todos, ya que en algunas pacientes la disfunción neuromuscular es lo que prima y la corrección quirúrgica no las ayudaría. Otras pacientes necesitan correcciones no anatómicas (uso de mallas sintéticas, por ejemplo), los ejercicios de rehabilitación tienen utilidad y además, tampoco se han identificado histológicamente estos desgarros fasciales.⁶

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera la fisioterapia como el tratamiento de primera elección en los prolapsos simples de primer grado, ^{7,8} dado su carácter no invasivo y los resultados de los síntomas en términos de alivio, la posibilidad de combinar fisioterapia con otros tratamientos, el bajo riesgo de efectos secundarios y un coste entre moderado y bajo. ⁷⁻⁹

Por todo lo anterior, se realiza una amplia revisión bibliográfica sobre aspectos relacionados con los prolapsos de órganos pélvicos (POP) en la mujer y su abordaje terapéutico.

Clasificación según el elemento anatómico prolapsado

Uretrocele, cistocele o colpocele anterior, rectocele o colpocele posterior, enterocele o descenso del saco de Douglas, prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal, prolapso rectal.

Los síntomas del POP son diversos, con mayor frecuencia, más de un componente participa y aparece más de un síntoma. Todos, excepto el desgarró perineal, presentan la sensación de que algo sale a través de la vagina (masa, bola). Los síntomas del prolapso están en relación directa con la sensación de salida de cada víscera. ¹⁵

Durante muchos años, los ginecólogos utilizaron distintos tipos de clasificaciones para referirse a los tipos de prolapso y sus diferentes magnitudes. En el año 1996 la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) publicó una estandarización en la terminología del POP, la cual es conocida como POP-Q. Su objetivo era que fuese una clasificación reproducible y fácil de aprender, y de esta manera poder extenderla a las unidades de piso pélvico y ginecólogos. En el año 2006, con el fin de simplificar la clasificación, se publicó una modificación. En 2010 la ICS junto con la International Urogynecological Association (IUGA) consensuaron la clasificación POP-Q realizada en 1996 definiendo de forma más sencilla los cinco grados. ¹⁶

La Clasificación POP-Q evita el uso de terminologías como cistocele o rectocele. En su lugar asigna dos puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), dos puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix (C), un punto en

relación al fórnix posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (tv), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb).

Todos estos valores se llevan a una cuadrícula para un registro adecuado.¹⁶

Registrados estos valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical; estos serán:¹⁶

0: cuando no hay descenso.

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

II: el descenso es +/- 1cm 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 se está frente a una procidencia completa.

Esta clasificación pretende estandarizar los criterios, sustituir los conceptos de cistocele, rectocele, enterocele y unión uretrovesical, además de mejorar una evaluación del prolapso genital que permita comparar las publicaciones de distintos centros.

Síntomas asociados

Síntomas genitales. Sensación de cuerpo extraño en el introitovaginal o de tumoración en genitales externos.

Síntomas urinarios. Aumento de la frecuencia y urgencia miccional, dificultad de vaciado, sensación de vaciado incompleto e IUE o asociada a la sensación de urgencia.²²

Síntomas miccionales irritativos^{22,23} Polaquiuria, urgencia y nicturia. Etapas avanzadas del prolapso genital tienen incontinencia de urgencia por inestabilidad del detrusor, desconociendo la causa por la que se produce; se resuelve con la corrección quirúrgica en 17 a 85 % de las pacientes.

Retención urinaria^{22,23}. Los grados intensos del POP cursan con arrugamiento y obstrucción de la uretra conforme la vejiga se hernia progresivamente. La obstrucción se acentúa durante el pujo. Se presenta disminución del flujo máximo de orina y aumento de la orina residual. La micción incompleta puede predisponer a la infección de vías urinarias, hiperactividad del detrusor y disminución de la elasticidad vesical lo que conlleva el riesgo de reflujo uretral y daño renal.

Síntomas ano rectales. Defecación obstructiva (necesidad de excesivo esfuerzo para defecar, sensación de evacuación incompleta del recto, sensación de bloqueo u obstrucción anal, necesidad de maniobras manuales en vagina, ano o periné para completar la defecación y dolor con la defecación e incluso IF.²⁴

Dificultad defecatoria y desimpactación^{23, 24}. El vaciamiento difícil del recto, el tenesmo, la necesidad de desimpactación y la estimulación digital rectal son a menudo los síntomas más notables del rectocele. La desimpactación a través de la vagina o del periné se realiza para reducir manualmente el reservorio rectal.

Síntomas sexuales. Dispareunia y dificultad coital.

Disfunción sexual²⁴. Los trastornos de la función sexual son frecuentes en mujeres con POP pero esta debe diferenciarse claramente de la disfunción sexual provocada por otras causas.

Relevancia de los cuestionarios de calidad de vida en pacientes con POP

Disponer de cuestionarios para medir la CVRS es fundamental para el diagnóstico clínico y la evaluación del tratamiento. En el caso de las pacientes con POP revisten gran importancia ya que permiten detectar síntomas que a veces las pacientes esconden, así como la severidad de estos y su impacto en la CV, lo cual permite realizar una evaluación integral de las enfermas.²³

Debido a que la CV se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables, lo cual lleva implícito un largo proceso.²⁴

Los instrumentos disponibles para medir CV se clasifican en genéricos y específicos. Los genéricos o inespecíficos se emplean con la finalidad de discriminar entre las enfermas, predecir el resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo. No están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables tanto a la población general como a grupos de pacientes con determinada afección como es el caso de las POP. Dentro de ellos se destacan el EuroQOL EQ-5D, Nottingham Health Profile y el SF-36.²⁵

Los instrumentos específicos contienen diferentes dimensiones que evalúan el impacto en la CV de una enfermedad determinada y tienen mayor capacidad de discriminación y predicción, por esto son particularmente útiles para ensayos clínicos.^{23,25}

En la actualidad, existe un incremento del número de cuestionarios disponibles para POP. La mayoría son para determinar el impacto de la incontinencia urinaria, algunos para la fecal, la esfera sexual y muy pocos para los síntomas propios del prolapso.^{25,26}

Según Barber,²³ dichos instrumentos pueden dividirse en tres categorías: los que miden la presencia y severidad de determinados síntomas, los que miden CV y los que miden función sexual.

A la fecha en la literatura médica solo existen publicados dos cuestionarios disponibles que incluyen todos los aspectos de las DSP antes mencionados. Dentro de estos se destaca un cuestionario australiano de suelo pélvico capaz de medir, además, la severidad y frecuencia de los síntomas comparado con el Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ).²⁹

Es importante tener en cuenta que el POP casi nunca se presenta de manera aislada. Generalmente concomitan los síntomas de prolapso e incontinencia -que puede ser doble (urinaria y fecal)- en 69 % de las mujeres y estos coexisten con alteraciones en la esfera sexual. Esta situación explica la elaboración de cuestionarios que evalúen integralmente el impacto en la CV de los síntomas de dichas disfunciones.^{30,31}

Numerosas investigaciones concuerdan en que el impacto en la CV de las féminas con POP es similar en cuanto a los síntomas. Sin embargo, la repercusión de la esfera psicosocial cambia en relación con la edad, escolaridad, lugar de residencia, entre otros.³⁰

Dentro de los instrumentos que miden la presencia y severidad de los síntomas, los que abordan el impacto de la incontinencia urinaria son los más empleados y aunque en la

bibliografía se encuentran numerosos cuestionarios de este tipo, la mayoría de los autores coinciden en que la de esfuerzo está muy relacionada con el proceso de envejecimiento.

Existe una mayor influencia de esta enfermedad en la quinta y sexta décadas de la vida; aunque también está influenciada por la actividad física, los hábitos sociales, la paridad y la actividad laboral de la mujer. La mayoría de las adultas mayores esconden los síntomas de incontinencia por muchos años, bien porque la consideran un problema sin solución o propia del envejecimiento, por temor a someterse a una intervención quirúrgica, sobre todo si pertenecen a una zona rural, o porque la aceptan y aprenden a vivir con ella, lo cual origina desórdenes psicológicos, económicos y sociales. En otras ocasiones, son los profesionales de la salud los que muestran falta de sensibilidad y minimizan las implicaciones de la incontinencia en la vida cotidiana de la enferma. Por otro lado, las mujeres más jóvenes acuden a consulta tempranamente para la solución de su problema ya que a esta edad existe mayor preocupación por la salud y la imagen corporal.^{32,33}

Numerosas investigaciones han demostrado que la mujer que sufre este tipo de incontinencia se siente angustiada, insegura, con miedo a estar mojada y a que otros perciban el hedor de su ropa interior por lo que evitan la interacción social y terminan recluyéndose en casa.³⁴

Se estima que la incontinencia urinaria en cualquiera de sus variantes está presente del 9 % al 69 % de las mujeres adultas. Los equipos de atención primaria de salud deben generar confianza en las mujeres y valorar la modificación de las actividades cotidianas realizadas por las mismas a fin de realizar el diagnóstico precoz de dichas alteraciones y poder actuar oportunamente sobre ellas.^{33,34}

Si se tiene en cuenta la proximidad anatómica de la vagina a la uretra, la vejiga y el recto, es obvio que el POP esté asociado a alteraciones de la función sexual. Se plantea que del 10 % al 56 % de las mujeres con prolapso de los órganos pélvicos e incontinencia experimentan salida involuntaria de orina durante el coito.^{31,33}

Se conoce de la existencia de algunos cuestionarios para la evaluar del impacto del POP en la esfera sexual, la mayoría específicos. Daker White,³⁵ identificó en su revisión catorce instrumentos validados con dicho fin, pero no todos reunían los estándares recomendados

para su empleo de manera general. El Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) fue, hasta hace pocos años, el único cuestionario específico disponible para medir el impacto del POP en la función sexual. Se diseñó para mujeres sexualmente activas con prolapsos de los órganos pélvicos con y sin incontinencia urinaria. Posteriormente se validaron algunas versiones cortas del mismo como el PISQ-12, uno de los más empleados en la actualidad.

Algunos autores emplean instrumentos genéricos para determinar el impacto en la CV de las enfermas con POP, dentro de estos se destaca el SF-36, uno de los más validados internacionalmente. La aplicación de este cuestionario ha demostrado alteraciones importantes de la esfera psicológica y social de dichas pacientes con un impacto negativo en la CV. Sin embargo, no es capaz de discriminar la repercusión de los diferentes tipos de incontinencia urinaria, ni en cuál de ellas tendría mayor impacto en la CV. Por esta razón, algunos estudiosos del tema prefieren los instrumentos específicos con mayor capacidad de discriminación de los síntomas.³⁶

Instrumentos disponibles

Para mejor comprensión, dichos instrumentos son agrupados en tablas que los dividen en genéricos y específicos (cuadro 1). A su vez, fueron agrupados según el aspecto evaluado en aquellos utilizados para la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal, los síntomas del piso pélvico y la sexualidad (Cuadro 2).

Cuadro 1. Descripción de cuestionarios generales empleados para evaluar CVRS en las mujeres con DSP

Cuestionario	Aspecto a evaluar	Dimensiones
Nottingham Health Profile	Percepción de salud	Instrumento para evaluar diferentes condiciones médicas. Contiene 38 preguntas que se dividen en 6 dimensiones: movilidad física, dolor, reacciones emocionales, aislamiento social, energía y sueño. ³⁷
Health Survey (SF-36)	Percepción de salud	Consta de 36 ítems y 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. ^{36,38,39}
EuroQOL EQ-5D	Percepción de salud	Consta de 2 partes, la primera describe el estado de salud en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor, malestar, ansiedad y depresión y la segunda tiene una escala para evaluar mejor o peor estado de salud. ⁴⁰
Health Form Survey (SF-12)	Percepción de salud	Formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, evalúa salud física y mental cuando el SF-36 resulta muy largo. ^{38,39}

Cuadro 2: Descripción de cuestionarios específicos empleados para evaluar CVRS en las mujeres con POP

Cuestionarios	Aspecto evaluado	Dimensiones
Kings Health Questionnaire (KHQ)	Incontinencia urinaria	Tiene nueve dimensiones: una de percepción de salud general y ocho dominios de calidad de vida: impacto de la incontinencia, limitación del rol, limitación física, limitación social, relaciones personales, emociones, alteraciones de sueño/energía, severidad del cuadro.
The Incontinence Impact Questionnaire (versión)	Incontinencia urinaria	Consta de siete dimensiones: capacidad para hacer las tareas del hogar, actividad física,

IIQ-7		actividad recreativa, capacidad para viajar, actividades sociales, estado emocional y frustración. ^{32,42}
The Urge-Urinary Distress Inventory UDI-6	Incontinencia urinaria	Determina el tipo de incontinencia, presencia y gravedad de los síntomas asociados. Tiene tres subescalas que agrupan los síntomas que recoge el cuestionario. ³²
Incontinence questionnaire Short Form (ICQ-SF)	Incontinencia urinaria	Tiene cuatro secciones. Las dos primeras evalúan frecuencia y severidad de las pérdidas de orina; la tercera, parte la calidad de vida y la cuarta, el tipo de incontinencia. ⁴³
Incontinence Severity Index	Incontinencia urinaria	Evalúa severidad de la incontinencia urinaria según frecuencia y cantidad de las pérdidas de orina. ⁴⁴
Incontinence QOL (I-QOL)	Incontinencia urinaria	Contiene veintidós ítems divididos en tres subescalas: evitación y limitación de la conducta, impacto psicosocial y vergüenza social. ⁴⁴
Fecal Incontinence Severity Index	Incontinencia fecal	Tiene cuatro ítems que evalúan la severidad de los síntomas. ⁵⁰
Fecal Incontinence Quality of Life Scale	Incontinencia fecal	Consta de veintinueve ítems que evalúan la repercusión de la incontinencia en las actividades cotidianas. ⁵¹
Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI)	Síntomas del suelo pélvico	Solo evalúa síntomas. Se dividen en tres subescalas: Alteración urinaria (UDI), alteración por el prolapso (POPD), alteraciones colorrectales (CRADI). Algunos estudios incorporaron solo algunas de estas subescalas. ^{43,45}
Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ)	Síntomas del suelo pélvico	Evalúa actividades del diario vivir y cómo estas afectan los síntomas vesicales,

		intestinales o pélvicos con la medición de las sensaciones o sentimientos que provocan. Se divide en tres escalas: Impacto de la incontinencia, impacto colorrectal e impacto del prolapso pélvico. ^{24,48}
Prolapse Quality of Life (P-QOL)	Síntomas del suelo pélvico	Tiene nueve dominios que evalúan: salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, física, social, relaciones personales, emociones, sueño/energía y severidad de los síntomas. ³
Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire (BFLUTS)	Sexualidad	Evalúa los síntomas y el impacto en la función sexual y la CVRS. Consta de ocho ítems relacionados con incontinencia urinaria, doce para otros síntomas, cuatro relacionados con almacenamiento y eliminación de orina, nueve aspectos específicos de la CVRS y 4 para función sexual. ³⁹
Vaginal Changes and Body Image Scale	Sexualidad	Tiene diez preguntas que evalúan el grado de acuerdo con aseveraciones respecto a la sexualidad y los cambios producidos por el prolapso. ⁴⁹
Body Exposure During Sexual Activities Questionnaire (BESAQ)	Sexualidad	Consta de veintiocho preguntas para evaluar ansiedad, rechazo corporal, principalmente asociado a la actividad sexual y al contacto corporal. ⁴³
Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire-12 (PISQ-12)	Sexualidad	Corresponde con la versión corta del mismo nombre. Evalúa la función sexual en tres aspectos: comportamiento, emociones, aspectos físicos y relación de pareja. ⁴⁸

Aspectos evaluados de los cuestionarios

Datos generales

La aplicación de los cuestionarios evidenció mayor incidencia de las DSP en la tercera edad, con una media de 63,1 y rangos que varían de los 40 a los 80 años. Se demostró una relación entre la edad y grado de severidad del prolapso, siendo más severo a mayor edad. Sin embargo, muchos reportan peor CV en las mujeres más jóvenes aun cuando el prolapso sea de menor grado. La IU también es más frecuente en las ancianas con mayor impacto en la CV en el caso de la incontinencia de urgencia. En cuanto a la raza, los instrumentos recogen un predominio de incontinencia de urgencia en las negras y de esfuerzo en las blancas; los investigadores creen que esto se deba a que las mestizas tienen mayor fuerza muscular que las blancas.^{11, 12}

En algunas series, el índice de masa corporal (IMC) oscila entre 24,3 y 42,2 y plantean mayor severidad de los síntomas y peor CV en las pacientes obesas al igual que en aquellas con mayor número de hijos.^{13,14}

Síntomas del suelo pélvico

Los síntomas relacionados con el prolapso y la incontinencia urinaria constituyen el aspecto más evaluado. Algunos estudios plantean que los relacionados directamente con el prolapso son inespecíficos en aquellas portadoras de un grado I y II y que en estos casos los datos aportados por los cuestionarios no son fidedignos comparados con los hallazgos al examen físico, condición que cambia en los grados III y IV, sobre todo cuando se asocia a algún tipo de incontinencia.¹⁴

Las mujeres con prolapsos se quejan de dolor bajo vientre, protrusión de masa a través de la vagina, obstrucción urinaria y dificultad para defecar. Esto limita la actividad física, la realización de esfuerzos físicos, la vitalidad y el dolor de manera significativa.¹⁵

Incontinencia urinaria

Los síntomas de incontinencia urinaria evaluados en la mayoría de los cuestionarios son la urgencia miccional, frecuencia miccional aumentada, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia mixta, obstrucción y nicturia. Las investigaciones analizadas describen un impacto elevado de la CV que se expresa en diferentes dimensiones que evidencian limitaciones para realizar las actividades domésticas, actividades físicas como caminar, participación en actividades sociales fuera del hogar, entre otras.

En la evaluación de la esfera psicológica los instrumentos recogen inseguridad, apatía, angustia, dependencia, depresión, pérdida de autoconfianza y autoestima; a mayor severidad de los síntomas urinarios peor CVRS. En cuanto al tipo de incontinencia, se observa mayor impacto en la CV de las mujeres con incontinencia mixta, medida tanto en concepto de molestia con el UDI-6, como de afectación de los diferentes ámbitos de la vida con el IIQ-7.^{16, 17, 18}

Incontinencia fecal

Para medir la repercusión de la incontinencia fecal en la CV, numerosos instrumentos la clasifican en incontinencia a los gases, a los líquidos y a los sólidos. Los hallazgos evidencian un impacto significativo en la CV en aquellas que sufren incontinencia a los líquidos, mientras que en resto el impacto es similar a las que no tienen incontinencia fecal ya que la mayoría se asocia a sintomatología urinaria por el prolapso.^{19, 20}

Sexualidad

En el ámbito de la sexualidad, las féminas refieren dispareunia y laxitud vaginal con disminución de la satisfacción sexual y en ocasiones anorgasmia. Sin embargo, varios estudios describen un impacto moderado cuando solo están presentes los síntomas de prolapso. En los prolapso grado III y IV, refieren sentirse menos atractivas sexualmente, evitan desnudarse frente a su pareja y se sienten menos deseadas.²¹

La repercusión en la CV es peor en las que tienen asociado algún grado de incontinencia urinaria en comparación con las mujeres que tiene otros síntomas urinarios sin

incontinencia. Diferentes dimensiones recogen salida involuntaria de orina durante la penetración, la estimulación del clítoris o el orgasmo por lo que muchas son rechazadas por su pareja, estas manifestaciones están generalmente asociadas a incontinencia de urgencia y esfuerzo.²²

Aunque la información relacionada con el impacto sexual de la incontinencia fecal es pobre, algunos estudios plantean que el impacto es peor aun cuando el episodio sea limitado, que en las mujeres con incontinencia urinaria.^{22,23}

Aspectos psicosociales

En todos los artículos revisados las alteraciones psicosociales que acompañan a las DSP varían en dependencia de la severidad de los síntomas presentes en cada paciente y del impacto de estos según la percepción de las mismas. Varios estudios concluyen que las mujeres podrían estar más afectadas que lo que muestran estos instrumentos.²³

Los datos analizados evidencian que las mujeres con DSP tienen tendencia a la depresión, la apatía, faltas de confianza y seguridad comparadas con aquellas que no padecen de esta enfermedad. En el caso de la incontinencia, rechazan las reuniones en grupo y los viajes fuera de casa sobre todo en los casos de vejiga hiperactiva. También describen alteraciones del sueño, ya sea por permanecer húmedas durante la noche como por la necesidad de levantarse varias veces a orinar. La micción involuntaria durante el acto sexual hace que se sientan menos deseadas y atractivas, lo cual provoca problemas en la relación de pareja. Otros instrumentos recogen afectación de la esfera económica por ausentismos laborales repetidos motivados por las manifestaciones propias del prolapso.^{23,24}

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

De acuerdo al propósito el tipo de estudio es descriptivo. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, de acuerdo al número de mediciones y secuencia del estudio es de tipo longitudinal (se realizan medición de las variables relevantes respecto a dos periodos: pre quirúrgico y postquirúrgico).

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el servicio de uroginecología de la Especialidad de Gineco-Obstetricia, del Nuevo Hospital Occidental "Fernando Vélez Paiz, ubicado en la ciudad de Managua, Capital de Nicaragua, el cual tiene una extensión de 22 mil metros cuadrados y constan de tres edificios de una planta y otros seis de dos pisos. El Hospital brinda atención en las especialidades de medicina interna, pediatría, obstetricia, ginecología, ortopedia y traumatología, dermatología, cardiología, salud mental, urología y neurología. Cuenta con unidad de quemados y cirugía plástica, y dos Unidades de Cuidados Intensivos, una pediátrica y otra de adultos.

Período de estudio

El período de estudio corresponde a los meses de febrero a agosto del 2018, que representa el período desde que se inició la atención en el servicio de uro ginecología en el Hospital.

Población (universo y muestra)

Universo

El universo estuvo constituido por el total de pacientes con prolapso de órgano pélvico que han sido sometidas a corrección quirúrgica, en cualquiera de sus abordajes, durante el período de estudio. Durante dicho periodo se intervinieron 44 pacientes.

Muestra

Debido a que el número de pacientes es limitado, se decidió no hacer cálculo maestro (muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia) y se investigaron todas las pacientes que cumplieren los criterios de selección y que hayan participado de forma voluntaria. La muestra final estuvo constituida por 42 pacientes.

Unidad de análisis.

La unidad de análisis corresponde a las pacientes intervenidas quirúrgicamente por prolapso de órgano pélvico

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico
- Que se le haya realizado corrección quirúrgica
- Con al menos tres meses de seguimiento posquirúrgico
- Que acepte participar de forma voluntaria en el estudio

Criterios de exclusión

- Paciente que no haya completado cada uno de los pasos del estudio
- Paciente cuyo expediente no esté disponible

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

A continuación se describe las técnicas y procedimientos para recolectar la información de acuerdo a las variables de interés.

Fuente de información.

La fuente de información fue una combinación primaria con secundaria. Primaria por que los datos se obtuvieron a partir de la información brindada por cada una de las unidades de análisis y secundaria porque hubo datos confirmados en el expediente clínico y en los registros de la unidad de salud.

Procedimientos para medición de la variable de efecto (variable respuesta o dependiente)

Las variables de efecto (variable respuesta o dependiente) corresponden a las siguientes variables relacionadas con la calidad de vidas medidas a través del siguiente cuestionario:

Prolapse Quality of Life (P-QOL) Pre-quirurgico Y Postquirurgico	Síntomas del suelo pélvico	Tiene nueve dominios que evalúan: <ul style="list-style-type: none">• salud general,• impacto del prolapso,• limitación del rol,• Limitaciones física, social,• relaciones personales,• emociones,• sueño/energía• y severidad de los síntomas.
---	----------------------------	--

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizaron las respuestas de las pacientes a cuestionarios aplicados a través de entrevistas vía telefónica, realizadas por la investigadora principal.

A partir del registro de los expedientes se obtuvo la información de contacto y se invitó vía telefónica a cada paciente y se les explicó los objetivos y procedimientos del estudio y se les aplicó el cuestionario P-QO versión en español.

Procedimientos para medición de las variables de exposición (independientes)

Las variables de exposición serán divididas en las siguientes categorías:

- Características sociodemográficas
- Presentación clínica del POP

- Manejo quirúrgico
- Complicaciones

Estas variables fueron mediadas a través de la revisión del expediente clínico y confirmadas durante la entrevista cara a cara con la paciente.

Diseño del instrumento (ficha de recolección de la información)

Para la elaboración de la ficha se hizo una revisión de la literatura y se consultaron médicos con experiencia en el tema, se procedió a integrar el cuestionario validado y estandarizado internacionalmente con los ítems de carácter general que permitieron cumplir los objetivos de la investigación.

La ficha de recolección de la información estará conformada por las siguientes grandes secciones, las cuales están organizadas en forma de ítems cerrados:

- Características sociodemográficas
- Antecedentes gineco-obstetricos
- Presentación clínica del POP
- Manejo quirúrgico
- Morbilidad postquirúrgica
- Cuestionarios de calidad de vida

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 23.0 versión para Windows (SPSS Inc 2015).

Estadística descriptiva

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas): Se describieron en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas se describen términos de media, desviación estándar, mediana, percentiles y rango. Los datos fueron mostrados en tablas de contingencia.

Estadística inferencial

Exploración de la asociación entre variables (cruce de variables)

Para explorar la asociación (correlación) entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2). Para explorar la asociación entre una variable categórica y una cuantitativa se utilizó la prueba de T de Student. Se consideró que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa, cuando el valor de p fuese < 0.05 . Las pruebas estadísticas se llevaron a cabo a través del programa SPSS 23.0

Consideraciones éticas

En cuanto a los aspectos éticos se seguirán los principios de la declaración de Helsinki y las Guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la realización de estudios biomédicos. El estudio se realizará con previa autorización de las autoridades de salud correspondientes. A cada participante de forma individual se le informará de forma verbal y escrita en qué consiste el estudio y su finalidad, y se obtendrá un consentimiento informado por escrito para participar en éste este estudio. Se hará énfasis en cada participante tendrá libertad de aceptar o rechazar participar en el estudio, o de abandonar el estudio en el momento que lo desee o solicitar que sus resultados no fuesen incluidos en el análisis.

Se garantizará la privacidad y confidencialidad suprimiendo el nombre de la paciente en la base de datos utilizando un código para su identificación. La información obtenida será única y exclusivamente para fines de investigación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS (DISCUSIÓN)

La severidad y el impacto de los síntomas de prolapso en la calidad de vida son parámetros importantes en la gestión y seguimiento de las mujeres con prolapso y en las mujeres que ha sido sometida a corrección quirúrgica. La calidad de vida debe ser medida con fiabilidad u precisión

Se ha demostrado ampliamente el papel de los cuestionarios de calidad de vida para la evaluación de los síntomas del tracto urinario inferior, como instrumento clínico y de investigación necesario para cualquier iniciativa de estudio.

Este estudio muestra que la calidad de vida entre las mujeres con POP puede mejorar progresivamente después de la cirugía. Las mejores puntuaciones de calidad de vida observadas en los participantes abarcaban los dominios físicos, psicológicos, de relaciones sociales y ambientales.

Antes de la cirugía, tales mujeres con POP tenían una calidad de vida más baja en comparación el periodo postoperatorio, especialmente en los aspectos relacionados con lo social y las relaciones personales. Un estudio realizado en un país en vía de desarrollo como Nepal, mostró que las mujeres con POP a menudo viven en vergüenza debido a las creencias tradicionales con respecto a sus problemas genitales. Cuando el prolapso está avanzado, a menudo se asocia con flujo vaginal con mal olor que hace que les resulte difícil esconder la afección. Por lo tanto, dudan en socializar por temor a ser abandonados por su familia y la sociedad en general. Estas mujeres también suelen sufrir discriminación por parte de sus esposos y suegras.

En nuestro estudio, las mujeres con prolapso mostraron puntuaciones más bajas en el dominio psicológico de la calidad de vida. También tenían síntomas depresivos más altos en comparación con el periodo postoperatorio. En un estudio en México, mostró que la mayoría de las mujeres requieren el permiso de un miembro de la familia como el esposo o la suegra para buscar atención médica. Sin embargo, las enfermedades de las mujeres siguen siendo bajas entre las prioridades familiares, particularmente cuando la condición no es potencialmente mortal. Los autores de este estudio realizado en México señalan que dichos obstáculos y los retrasos resultantes en el tratamiento pueden afectar negativamente

la salud mental de la mujer. Todos estos factores pueden ayudar a explicar las puntuaciones de las mujeres en los aspectos psicológicos, sociales y de relaciones personales de la calidad de vida.

Otros factores importantes que podrían influir en los bajos niveles de calidad de vida previamente a la cirugía son las características sociodemográficas de la paciente. Un estudio realizado en el Perú, mostró que aquellas pacientes que de bajo nivel educativo y sin pareja estable tenían puntajes más altos de depresión eran más propensos a tener una calidad de vida más pobre. En general, el analfabetismo, el estado civil y la depresión se han asociado con una mala calidad de vida en muchas condiciones de salud.

Por otro lado, la paridad, que es un factor de riesgo importante para POP, no se ha visto asociada a la calidad de vida en mujeres con prolapso. Esto podría deberse a que la calidad de vida de referencia se evaluó solo durante el último período de un año. A pesar de que la paridad podría haber sido un factor importante que conduzca a la POP, puede que no haya sido la razón directa de la experiencia relativamente reciente de la mala calidad de vida

Luego de la cirugía entre las mujeres con POP, encontramos que todos los dominios de la calidad de vida mejoraron progresivamente hasta que pasaron tres a 6 meses. Los síntomas depresivos también mejoraron notablemente después de la cirugía. La mejora del estado de salud mental después de la operación podría haber afectado positivamente la calidad de vida postoperatoria. Otro estudio en los Estados Unidos también encontró una mejor calidad de vida después de la cirugía debido a la mejora de los síntomas depresivos. En los países de bajos ingresos, los servicios quirúrgicos gratuitos para POP pueden brindar un tratamiento accesible y oportuno a las poblaciones de escasos recursos y marginadas. Esto, a su vez, podría tener una influencia positiva en la calidad de vida anteriormente deteriorada entre las mujeres afectadas.

Una revisión reciente de calidad de vida en mujeres con corrección quirúrgica del prolapso señala que existe una importante falta de información en cuanto a la calidad de vida postoperatoria. Esta falta de información se debe en gran parte a la falta de un adecuado seguimiento postoperatorio. Algunos autores han sugerido la implementación de un seguimiento prospectivo a las seis semanas y tres meses posteriores a la cirugía ya que

proporcom estudio proporciona una perspectiva longitudinal sobre la calidad de vida postoperatoria en mujeres que se han sometido a una cirugía de prolapso.

Los hallazgos de este estudio deben considerarse a la luz de varias limitaciones. En primer lugar, no se incluyó ningún grupo de comparación pre quirúrgico ni en el seguimiento de las mujeres que se sometieron a cirugía. Sin embargo, a pesar de que no establecimos un grupo de comparación para evaluar los cambios en la calidad de vida a lo largo del tiempo entre dos grupos si se comparó el nivel de calidad de vida antes y después de la cirugías con resultados altamente significativos. Por lo tanto, no podemos descartar completamente el posible efecto de los cambios que ocurren con el tiempo entre mujeres con prolapso respecto a mujeres en otras condiciones.

En segundo lugar, la muestra fue limitada, pero esto no se debe a ningún sesgo de selección, sino a la casuística acumula hasta la fecha, ya que el hospital es de reciente fundación.

Por otro lado, se realizó una entrevista vía telefónico, lo que podría dificultad la comprensión de las preguntas por parte de las entrevistadas, pero estudios realizados en México, Chile y Colombia, reportan una adecuada validez del método de entrevista telefónica.

A pesar de estas limitaciones, este es uno de los primeros estudios en informar sobre la calidad de vida antes y después de la cirugía para el POP realizado en Centro América, especialmente en Nicaragua. En Nicaragua, las mujeres pueden reanudar sus actividades físicas regulares tan pronto como seis semanas después de la cirugía. Esto se debe a que se espera que las mujeres con bajas condiciones socioeconómicas realicen trabajos físicos pesados independientemente de su estado de salud. A pesar de las dificultades continuas, la mejora de la calidad de vida hasta tres meses después de la cirugía respalda la idea de que tales servicios quirúrgicos deben continuar y que un protocolo de seguimiento es de vital importancia.

Si bien un seguimiento de tres meses puede ser de corta duración para medir los cambios en la calidad de vida, proporciona información importante sobre esta intervención. Los resultados a lo largo de tres a 6 meses también indican la importancia de mantener la calidad de vida mejorada de las mujeres a largo plazo.

A pesar de los esfuerzo, no confirmamos que la calidad de vida fuera completamente restaurada. Es posible que se necesiten más esfuerzos para alentar cambios en el estilo de vida después de la cirugía para prevenir la incidencia del prolapso post-histerectomía a largo plazo. También se requieren estudios longitudinales adicionales para explorar los resultados clínicos

CONCLUSIONES

1. Las pacientes se caracterizaron por una media de edad de 60 años, procedentes del área urbana, en unión estable o casada principalmente, con escolaridad media y baja. Actualmente la mayoría no está trabajando. Las pacientes se caracterizaron por ser multigesta con una media de paridad de 4.5 partos.
2. En cuanto a la presentación clínica del prolapso de órgano pélvico, las mujeres presentaban menos de un año de síntomas y la mayoría de mujeres fueron intervenidas en los primeros dos meses posteriores al diagnóstico. Los grados de prolapso más frecuentes fueron II y III y las cirugías más frecuentes fueron histerectomía más colpoplastia y colpoplastia sola. La tasa de complicaciones fue baja (2 casos en 42 pacientes), siendo la recidiva del prolapso y la dehiscencia de herida quirúrgica las complicaciones que se presentaron.
3. Entre los 3 a 6 meses posterior a la corrección del prolapso las mujeres presentaban un nivel de calidad de vida significativamente mayor con respecto a los componentes de salud general y síntomas específicos asociados al prolapso de órgano pélvico, en comparación con el periodo pre quirúrgico. La media del score de calidad de vida postquirúrgica para percepción de salud general mejoró en tres veces el nivel y para síntomas en dos veces.
4. Se observaron diferencias significativas en el nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de limitación del rol habitual, limitaciones físicas y sociales, previamente y posterior a la cirugía de corrección del prolapso, en el grupo de pacientes en estudio. De forma general hubo una reducción significativa en el nivel de limitaciones en 3 veces el nivel con respecto al periodo pre quirúrgico.
5. El nivel de calidad de vida con respecto a los componentes de relaciones personales, emociones, sueño/energía y medidas asociadas a la severidad de los síntomas, mejoró significativamente en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgico. La mejoría fue entre 3 y 2 veces superior la calidad de vida con respecto al periodo pre quirúrgico.
6. De forma global se observó una evidente mejoría de la calidad de vida en todos los aspectos, a niveles altamente satisfactorios para la paciente.

RECOMENDACIONES

1. Se debe establecer un protocolo de seguimiento a corto, mediano y largo plazo que incluya las aplicaciones de instrumentos estandarizados y validados que garanticen fiabilidad y precisión en la evaluación de la calidad de vida de las pacientes.
2. Diseñar un sistema de vigilancia sobre los trastornos del piso pélvico que incluya otras patologías además del prolapso, debido que la epidemiología en Nicaragua revela que muchos de estos trastornos son concomitantes, y afectan de forma conjunta a la calidad de vida de la mujer.
3. Llevar a cabo estudios longitudinales de más largo plazo que evalúen la persistencia de los beneficios de la calidad de vida a los largo del tiempo, para así identificar puntos o ventanas críticas de intervención.
4. Fortalecer al servicio de uroginecología del Hospital, en vista el impacto importante que se ha observado en la calidad de vida de las mujeres atendidas en el Hospital.
5. Validar o adaptar cuestionarios diseñados y validados en poblaciones similares, en español a través de estudios amplios de validación de escalas diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG practice bulletin. Pelvic organ prolapses. *Obsstet Gynecol.* 2007;110(3):717-29.
2. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapses and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200(184):1-7.
3. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors in women at the United States Military Academy. *Obstet Gynecol.* 2009;113:609-16.
4. Boulanger DL, Lucot JP, Boukerrou MI. Transvaginal surgery for genital prolapse in women aged over 80 years in Europe Results in 48 procedures. *J Gynecol Obste Biol Reprod.* 2008;35(7):685-90.
5. Giménez NG, Cárdenas BR, Salas LO. Apuntes del primer consenso venezolano de uroginecología. *Uroginecología.* 2008;12(3):10-7.
6. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, Mc. Clish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res.* 2011;3:291-306.
7. Matthew D. Barber. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J.* 2007;18:461-5.
8. Barber UM, Walter MB, Bump HR. Association of the magnitude of pelvic organ prolapse and presence and severity of symptoms. *J Pelvic Med Sur.* 2008;21(9):208-12.
9. Abrams P, Andersson KE, Birder L. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29:213-40.

10. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P. Prevalencia de la incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp.* 2009;33(2):159-66.
11. González Carmona EG, Rodríguez Delgado R, Ávalos Arbolaez J, Fernández López S, Bartumeu González HI. Incontinencia urinaria, un problema económico/social. *Acta Méd del Centro.* 2013;7(2).
12. Flores C, Pizarro J. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(3).
13. Arañó P, Rebollo P, González-Segura Alsina D. Afectación de la calidad de vida relacionada con salud en las mujeres con incontinencia urinaria mixta. *Actas Urol Esp.* 2009;33:410-5.
14. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. A validated self-administered female pelvic floor questionnaire. *Int Urogynecol J.* 2010;21:163-72.
15. Ramezani Tehrani F, Hashemi S, Simbar M, Shiva N. Screening of the pelvic organ prolapse without a physical examination; (a community based study) *BMC Women's Health.* 2011;11:48.
16. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res.* 2011;3:291-306.
17. Deng DY. Urinary incontinence in women. *Med Clin North Am.* 2011;95:101-9.
18. Carneiro EF, Araujo NS, Beuttenmüll L. The anatomical -functional characteristics of the pelvic floor and quality of life of women with stress urinary incontinence subjected to perineal exercises. *Actas Urol Esp.* 2010;34(9):788-93.
19. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Oian P. Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women - a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury Stedenfeldt et al. *BMC Women's Health.* 2014;14:157.

20. Wang JY, Varma MG, Creasman JM, Subak LL, Brown JS, Thom DH, et al. Pelvic floor disorders and quality of life in women with self-reported irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;31(3):424-31.
21. Roos A, Thakar R, Sultan AH, Scheer I. Female sexual dysfunction: are urogynecologists ready for it? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;20:89-101.
22. Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinosa C, Leppe Zamora J, Herrera Naira F. Quality of life and sexual function in postmenopausal women with urinary incontinence. *Actas Urol Esp.* 2008;32:624-8.
23. Matthew D. Barber. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J.* 2007;18:461-65.
24. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Elijke-man MJ, Steegers- Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol Urodyn.* 2010;29:545-50.
25. Costa DJ. Reflective, causal, and composite indicators of quality of life: A conceptual or an empirical distinction? *Qual Life Res.* 2015;24:2057-65.
26. Tiesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte. Barranquilla Col.* 2005;21:76-86.
27. Shing Chee Chan S, Yau Kar Cheung R, Ka Wah Yiu A, Chak Man Li J, Pui Yee Lai B, Wai Choy K, et al. Chinese validation of Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaire. *Int Urogynecol J.* 2011;22:1305-12.
28. Tadeu J, Almeida FG. The Portuguese validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) for Brazilian women with pelvic organ prolapsed. *Int Urogynecol J.* 2008;19:1385-91.
29. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. Australian pelvic floor questionnaire: a validate interviewer-administered pelvic floor questionnaire for routine clinic and research. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 20:149-58.

30. Tourangeau R, Smith T. Asking sensitive questions: the impact of data collection mode, question format, and question context. *Public Opin Q.* 2010;60(2):275-304.
31. Roos A, Thakar R, Sultan AH, Scheer I. Female sexual dysfunction: are urogynecologists ready for it? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;20:89-101.
32. Ruiz de Viáspre Hernández R, Tomás Aznar C, Rubio Aranda E. Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7). *Gac Sanit.* 2011;25(5):379-84.
33. García- Giralda Ruíz L, Guirao Sánchez L, Casas Aranda I, Alfaro González JV, Sánchez Pérez G, Guirao Egea L. Trabajando la incontinencia urinaria en la atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. *Arch. Esp. Urol.* 2007;60(6):625-32.
34. Marinilli Pinto A, Kuppermann M, Nakagawa S, Vittinghoff E, Wing RR, Kusek JW, et al. Comparison and correlates of three preference-based health-related quality-of-life measures among overweight and obese women with urinary incontinence *Qual Life. Res.* 2011;20:1655-62.
35. Daker-White G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual dysfunction: a systematic review. *Arch Sex Behav.* 2002;31:197-209.
36. Seung-June Oh, Ja Hyeon Ku. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence? *Quality of Life Research.* 2006;15:493-501.
37. Sung VW, West DS, Hernández AL, Wheeler TL, Myers DL, Subak LL. Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:557e1-557e5.
38. Malmstron TK, Andresen EM, Wolinsky FD, Schoot-man M, Miller JP, Miller DK. Urinary and fecal incontinence and quality of life in African Americans. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:1941-5.
39. Zielinski R, Low LK, Tumbarello J, Miller JM. Body image and sexuality in women with pelvic organ prolapse. *Urol Nurs.* 2009;29:239-46.

40. The EuroQoL Group. EuroQoL, a new facility for the measurement of health- related quality of life. *Health Policy*. 1990;16:199-208.
41. Espuna Pons M, Puig Clota M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19:621-5.
42. Espuna Pons M, Puig Clota M. Coital urinary incontinence. Associated symptoms and severity of incontinence. *Actas Urol Esp*. 2009;33:801-5.
43. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout V, Karram MM. Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19:1495-501.
44. Kang Y, Phillips LR, Kim SS. Incontinence quality of life among Korean - American women. *Urol Nurs*. 2010;30:130-6.
45. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1525-32.
46. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:9-16.
47. Richter HE, Kenton K, Haung L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E. The impact of obesity in urinary incontinence symptoms, severity urodynamic characteristics and quality of life. *J Urol*. 2010;183:622-8.
48. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Cartwright R. Experiences and expectations of women with urogenital prolapse: a quantitative and qualitative exploration. *BJOG*. 2008;115:1362-8.
49. Bradway C, Strumpf N. Seeking care: Women's narratives concerning long- term urinary incontinence. *Urol Nurs*. 2008;28:123-9.

50. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1525-32.

51. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:9-16.

ANEXOS

CUADRO 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES SOMETIDAS A CORRECCIÓN QUIRURGICA DE PROLAPSO, EN EL HOSPITAL FERNANDO VELEZ PAIZ, 2018.

		n	%
PROCEDENCIA	Urbana	35	83.3
	Rural	7	16.7
	Total	42	100.0
ESCOLARIDAD	Analfabeta	10	23.8
	Primaria	17	40.5
	Secundaria	14	33.3
	Técnico	1	2.4
	Total	42	100.0
ESTADO CIVIL	Casada	4	9.5
	Unión estable	21	50.0
	Divorciada	5	11.9
	Soltera	4	9.5
	Viuda	8	19.0
	Total	42	100.0
ESTATUS DE EMPLEO	No trabaja	41	97.6
	Trabaja	1	2.4
	Total	42	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

**CUADRO 1: ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS NO PATOLÓGICOS DE LAS MUJERES
SOMETIDAS A CORRECCIÓN QUIRURGICA DE PROLAPSO, EN EL HOSPITAL FERNANDO VELEZ PAIZ,
2018.**

	N	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	Percentiles		
							25	50	75
Edad	42	60.1	61.0	9.4	38.0	76.0	55.0	61.0	67.3
Número de gestas	42	4.9	4.0	2.3	1.0	11.0	3.0	4.0	6.3
Número de partos	42	4.5	4.0	2.3	1.0	11.0	3.0	4.0	5.0
Número de cesáreas	42	0.0	0.0	0.2	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0
Número de abortos	42	0.5	0.0	0.8	0.0	3.0	0.0	0.0	1.0
Número de hijos	42	4.5	4.0	2.4	1.0	11.0	3.0	4.0	5.0
Edad de la mujer al momento del diagnóstico	42	59.4	60.5	9.2	37.0	75.0	54.0	60.5	66.3
Duración de las manifestaciones desde su inicio hasta el diagnóstico	42	20.3	8.5	47.8	2.0	312.0	5.8	8.5	18.5
Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la corrección quirúrgica	42	68.4	60.0	51.1	2.0	270.0	30.0	60.0	90.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO 1: Grado de prolapso, tipo de cirugía y ocurrencia de complicaciones en mujeres sometidas a corrección quirúrgica de prolapso, en el hospital Fernando Vélez Paiz, 2018.

	n	%
CIRUGIA		
COLPOSUPENSION	2	4.76
HISTERECTOMIA TRANSVAGINAL	3	7.14
COLPOPLASTIAS	13	30.95
HISTECTOMÍA MÁS COLPOPLASTIA	24	57.14
Total	42	100.00
GRADO DE PROLAPSO		
I	2	4.8
II	11	26.2
III	21	50.0
IV	8	19.0
Total	42	100.0
OCURRENCIA DE COMPLICACIONES		
Transquirúrgicas*	1	2.4
Postquirúrgicas**	2	4.8
Ninguna complicación	39	92.9
Total	42	100.0

*Lesión incidental de vejiga

**Recidivas más dehiscencia parcial de herida quirúrgica

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

Comparación de la percepción general del estado de salud pre-quirúrgico y a los 3 a 6 meses postquirúrgicos, de las mujeres sometidas a corrección quirúrgica de prolapso, en el hospital Fernando Vélez Paiz, 2018.

		Pre-quirúrgico		Post-quirúrgico		p
		n	%	n	%	
¿Cómo describiría su estado de salud en la actualidad?	Muy bueno	0	0	37	88.1	0.04
	Bueno	0	0	4	9.5	
	Regular	15	35.7	1	2.4	
	Malo	21	50.0	0	0	
	Muy malo	6	14.3	0	0	
¿Cuánto cree usted que el problema de prolapso afecta su vida?	Nada	0	0	39	92.9	0.023
	Un poco	3	7.1	3	7.1	
	Moderadamente	22	52.4	0	0	
	Mucho	17	40.5	0	0	

*Chi²; p se considera significativa si es <0.05

Fuente: Entrevista – Ficha de recolección

Cuadro 3A: Comparación del impacto de las manifestaciones clínicas del prolapso del piso pélvico pre-quirúrgico y a los 3 a 6 meses postquirúrgicos, en las mujeres sometidas a corrección quirúrgica de prolapso, en el hospital Fernando Vélez Paiz, 2018.

		Pre-quirúrgico		Postquirúrgico		p
		N	%	N	%	
Ir al baño a orinar muy seguido	No tiene	5	11.9	27	64.3	0.012
	Nada	4	9.5	13	31.0	
	Un poco	5	11.9	2	4.8	
	Moderadamente	19	45.2			
	Mucho	9	21.4			
Urgencia (apuros) un deseo inaguantable de orinar	No tiene	7	16.7	26	61.9	0.043
	Nada	10	23.8	13	31.0	
	Un poco	9	21.4	3	7.1	
	Moderadamente	9	21.4			
	Mucho	7	16.7			
Incontinencia de urgencia	No tiene	10	23.8	26	61.9	0.025
	Nada	9	21.4	13	31.0	
	Un poco	8	19.0	3	7.1	
	Moderadamente	11	26.2			
	Mucho	4	9.5			
Incontinencia de esfuerzo	No tiene	9	21.4	29	69.0	0.001
	Nada	8	19.0	12	28.6	
	Un poco	9	21.4	1	2.4	
	Moderadamente	9	21.4			
	Mucho	7	16.7			
Sensación de bulto	No tiene	2	4.8	23	54.8	0.05
	Nada	1	2.4	17	40.2	
	Un poco	7	16.7	2	4.8	
	Moderadamente	23	54.8			
	Mucho	9	21.4			
Pesadez o sensación de peso a medida que transcurre el día en la vagina o en la parte baja del abdomen	No tiene	1	2.4	23	54.8	0.021
	Nada	1	2.4	17	40.5	
	Un poco	8	19.0	2	4.8	
	Moderadamente	25	59.5			
	Mucho	7	16.7			
Bulto vaginal que interfiere al momento de la evacuación intestinal (al defecar)	No tiene	9	21.4	23	54.8	0.061
	Nada	6	14.3	18	42.9	
	Un poco	17	40.5	1	2.4	
	Moderadamente	9	21.4			
	Mucho	1	2.4			
Incomodidad o molestia en la vagina que empeora cuando está de pie y se alivia cuando se acuesta	No tiene	5	11.9	26	61.9	0.001
	Nada	2	4.8	13	31.0	
	Un poco	26	61.9	3	7.1	
	Moderadamente	8	19.0			
	Mucho	1	2.4			
Escaso flujo urinario (chorro con poca fuerza)	No tiene	19	45.2	36	85.7	0.0043
	Nada	5	11.9	5	11.9	
	Un poco	14	33.3	1	2.4	
	Moderadamente	3	7.1	1	2.4	
	Mucho	1	2.4			
Esforzarse para eliminar la orina	No tiene	22	52.4	38	90.5	0.001
	Nada	8	19.0	3	7.1	
	Un poco	9	21.4	1	2.4	
	Moderadamente	1	2.4			
	Mucho	2	4.8			
Gotas de orina después de orinar	No tiene	23	54.8	38	90.5	0.0111
	Nada	7	16.7	3	7.1	
	Un poco	7	16.7	1	2.4	
	Moderadamente	3	7.1			
	Mucho	2	4.8			

*Chi²; p se considera significativa si es <0.05

Fuente: Entrevista – Ficha de recolección

Cuadro 3B: Comparación del impacto de las manifestaciones clínicas del prolapso del piso pélvico pre-quirúrgico y a los 3 a 6 meses postquirúrgicos, en las mujeres sometidas a corrección quirúrgica de prolapso, en el hospital Fernando Vélez Paiz, 2018.

		Pre-quirúrgico		Postquirúrgico		p
		N	%	N	%	
Los intestinos no se sienten completamente vacíos después de tener deposiciones (defecar)	No tiene	9	21.4	16	38.1	0.01
	Nada	4	9.5	25	59.5	
	Un poco	20	47.6	1	2.4	
	Moderadamente	9	21.4			
Constipación	No tiene	8	19.0	26	61.9	0.04
	Nada	3	7.1	14	33.3	
	Un poco	15	35.7	2	4.8	
	Moderadamente	15	35.7			
	Mucho	1	2.4			
Esfuerzo para defecar (pujo)	No tiene	7	16.7	25	59.5	0.001
	Nada	2	4.8	15	35.7	
	Un poco	13	31.0	2	4.8	
	Moderadamente	19	45.2			
	Mucho	1	2.4			
Bulto vaginal que interfiere al momento de tener relaciones sexuales	No tiene	17	40.5	28	66.7	0.001
	Nada	7	16.7	13	31.0	
	Un poco	12	28.6	1	2.4	
	Moderadamente	5	11.9			
	Mucho	1	2.4			
Dolor en la parte baja de la espalda que empeora con las molestias vaginales	No tiene	19	45.2	34	81.0	0-034
	Nada	5	11.9	7	16.7	
	Un poco	11	26.2	1	2.4	
	Moderadamente	7	16.7			
Usted se ayuda con sus dedos o en la vagina y/o recto para defecar	No tiene	24	57.1	29	69.0	0.111
	Nada	12	28.6	13	31.0	
	Un poco	5	11.9			
	Moderadamente	1	2.4			
Con que frecuencia usted defeca	Más de una vez al día	0	0.0	1	2.4	0.02
	Una vez al día	15	35.7	37	88.1	
	Día por medio	21	50.0	4	9.5	
	Cada tres días	6	14.3			

*Chi²; p se considera significativa si es <0.05

Fuente: Entrevista – Ficha de recolección

Cuadro 4: Comparación del impacto del prolapso del piso pélvico sobre las limitaciones de rol, limitaciones físicas y sociales, y relaciones personales pre-quirúrgico y a los 3 a 6 meses postquirúrgicos, en las mujeres sometidas a corrección quirúrgica de prolapso, en el hospital Fernando Vélez Paiz, 2018.

Limitaciones de rol		Pre-quirúrgico		Postquirúrgico		
		n	%	n	%	
En qué medida el prolapso afecta sus tareas domesticas	Nada			38	90.5	0.001
	Un poco	8	19.0	3	7.1	
	Moderadamente	26	61.9	1	2.4	
	Mucho	8	19.0			
El prolapso afecta tu trabajo o sus actividades diarias fuera de la casa	Nada			40	95.2	0.003
	Un poco	6	14.3	1	2.4	
	Moderadamente	23	54.8	1	2.4	
	Mucho	13	31.0			
Limitaciones físicas y sociales						
El prolapso afecta sus actividades físicas	Nada	0	0	40	95.2	0.002
	Un poco	6	14.3	1	2.4	
	Moderadamente	24	57.1	1	2.4	
	Mucho	12	28.6			
El prolapso afecta su capacidad de salir de viaje	Nada	0	0	40	95.2	0.042
	Un poco	13	31.0	2	4.8	
	Moderadamente	19	45.2			
	Mucho	10	23.8			
El prolapso limita su vida social	Nada	0	0	39	92.9	0.001
	Un poco	14	33.3	3	7.1	
	Moderadamente	18	42.9			
	Mucho	10	23.8			
El prolapso limita su capacidad de ver o visitar amigos	Nada			39	92.9	0.02
	Un poco	14	33.3	3	7.1	
	Moderadamente	16	38.1			
	Mucho	12	28.6			
Relaciones personales						
El prolapso afecta su relación con su pareja / esposo	No tiene	11	26.2	19	45.2	0-001
	Nada	3	7.1	20	47.6	
	Un poco	15	35.7	3	7.1	
	Moderadamente	7	16.7			
	Mucho	6	14.3			
El prolapso afecta su vida sexual	No tiene	11	26.2	19	45.2	0.032
	Nada	4	9.5	19	45.2	
	Un poco	14	33.3	4	9.5	
	Moderadamente	9	21.4			
	Mucho	4	9.5			
El prolapso afecta su familiar	No tiene	3	7.1	17	40.5	0.031
	Nada	3	7.1	22	52.4	
	Un poco	10	23.8	3	7.1	
	Moderadamente	21	50.0			
	Mucho	5	11.9			

*Chi²; p se considera significativa si es <0.05

Fuente: Entrevista – Ficha de recolección

Cuadro 5: Comparación del impacto del prolapso del piso pélvico sobre las limitaciones de rol, limitaciones físicas y sociales, y relaciones personales pre-quirúrgico y a los 3 a 6 meses postquirúrgicos, en las mujeres sometidas a corrección quirúrgica de prolapso, en el hospital Fernando Vélez Paiz, 2018.

		Pre-quirúrgico		Postquirúrgico		p
		n	%	n	%	
Emociones						
El prolapso hace que usted se sienta deprimida	Nada	0	0	39	92.9	0.001
	Un poco	9	21.4	2	4.8	
	Moderadamente	22	52.4	1	2.4	
	Mucho	10	23.8			
El prolapso hace que usted se sienta ansiosa o nerviosa	Nada	2	4.8	39	92.9	0.001
	Un poco	12	28.6	3	7.1	
	Moderadamente	20	47.6			
	Mucho	8	19.0			
El prolapso hace que usted se sienta mal con siglo mismo	Nada	1	2.4	38	90.5	0.001
	Un poco	10	23.8	4	9.5	
	Moderadamente	19	45.2			
	Mucho					
Sueño/energía						
El prolapso afecta su sueño	Nunca	3	7.1	39	92.9	0.001
	A veces	15	35.7	3	7.1	
	Frecuentemente	16	38.1			
	Siempre	8	19.0			
Usted se siente cansada/desgastada	Nunca			38	90.5	0.001
	A veces	16	38.1	4	9.5	
	Frecuentemente	18	42.9			
	Siempre	8	19.0			
	Total	42	100.0			
Medición de la severidad						
Cuantas veces usa toallitas o protectores diario o ropa interior firme o tampones para ayudar	Nunca	6	14.3	39	92.9	0.021
	A veces	14	33.3	3	7.1	
	Frecuentemente	12	28.6	42	100.0	
	Siempre	10	23.8			
Empuja su prolapso con los dedos	Nunca	24	57.1	42	100.0	0.001
	A veces	12	28.6			
	Frecuentemente	6	14.3			
	Siempre					
Total	42	100.0				
Sientes dolor o molestias producto de su prolapso	Nunca	7	16.7	42	100.0	0.001
	A veces	25	59.5			
	Frecuentemente	8	19.0			
	Siempre	2	4.8			
Su prolapso le impide estar de pie	Nunca	22	52.4	42	100.0	0.032
	A veces	14	33.3			
	Frecuentemente	6	14.3			
	Siempre					

*Chi²; p se considera significativa si es <0.05

Cuadro 5: Comparación del score del Cuestionario P-QOL, pre-quirúrgico y a los 3 a 6 meses postquirúrgicos, en las mujeres sometidas a corrección quirúrgica de prolapso, en el hospital Fernando Véllez Paiz, 2018.

			Percepción general de salud	Impacto	Limitaciones de rol	Limitaciones físicas y sociales	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Medidas de severidad	
Pre Quirúrgico	N	Válido	42	42	42	42	42	42	42	42	
	Media		7.1	48.9	6.2	11.9	9.2	8.8	5.5	7.9	
	Mediana		7.0	45.5	6.0	12.0	10.0	9.0	6.0	7.5	
	Desviación estándar		1.2	11.7	1.2	2.6	3.4	2.1	1.5	2.3	
	Mínimo		5.0	31.0	4.0	8.0	3.0	3.0	3.0	4.0	
	Máximo		9.0	83.0	8.0	16.0	15.0	12.0	8.0	13.0	
	Perc entiles	25		6.0	40.0	6.0	10.0	6.0	7.8	4.0	6.0
		50		7.0	45.5	6.0	12.0	10.0	9.0	6.0	7.5
75			8.0	56.0	7.0	15.0	12.0	10.0	6.3	10.0	
Post Quirúrgico	N	Válido	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0	
	Media		2.2	25.2	2.2	4.3	4.9	3.3	2.2	4.1	
	Mediana		2.0	23.5	2.0	4.0	6.0	3.0	2.0	4.0	
	Desviación estándar		0.6	7.2	0.7	1.0	1.8	0.8	0.5	0.3	
	Mínimo		2.0	18.0	2.0	4.0	3.0	3.0	2.0	4.0	
	Máximo		5.0	52.0	6.0	9.0	9.0	7.0	4.0	5.0	
	Perc entiles	25		2.0	19.0	2.0	4.0	3.0	3.0	2.0	4.0
		50		2.0	23.5	2.0	4.0	6.0	3.0	2.0	4.0
75			2.0	30.0	2.0	4.0	6.0	3.0	2.0	4.0	
T de Student (p)			0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	

*p se considera significativa si es <0.05

Fuente: Entrevista – Ficha de recolección

Calidad de vida en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgicos en pacientes sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de uro ginecología del Hospital Vélez Paiz de febrero a agosto del 2018.

FICHA DE RECOLECCIÓN

No. de Ficha: _____

No. de expediente: _____

Fecha de corrección quirúrgica: _____

SECCIÓN A. Características sociodemográficas

1. Edad: _____ años
2. Procedencia: Urbana__ Rural_____
3. Escolaridad:
Analfabeta__ Primaria __ Secundaria _____ Técnico __ Universidad __
4. Estado civil: Casada__ Unión estable__ Divorciada__ Soltera __ Viuda__
5. Religión: Católica__ Evangélica __ Testigo de Jehová __ Morava__ Otras__
6. Estatus de empleo: Trabaja__ No Trabaja_____

SECCIÓN B. Antecedentes gineco-obstétricos

1. Número de gestas: _____
2. Número de partos: _____
3. Número de cesáreas: _____
4. Número de aborto: _____
5. Número de hijos vivos: _____

SECCIÓN C. Presentación del POP

1. Edad de la mujer al momento del diagnóstico: _____ (años)
2. Duración de las manifestaciones desde su inicio hasta el diagnóstico: _____ (meses)

3. Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la corrección quirúrgica: ____ (meses)

4. Grado del Prolapso

4.1.Grado de descenso del compartimento anterior: 0__ I__ II__ III__ IV__

4.2.Grado de descenso del compartimento posterior: 0__ I__ II__ III__ IV__

4.3.Grado de descenso del compartimento posterior: 0__ I__ II__ III__ IV__

Nota:

0: cuando no hay descenso; I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen; II: el descenso es +/- 1cm del himen; III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2 cm de la longitud vaginal; y IV: cuando se está frente a una procidencia completa.

SECCIÓN D: Factores relacionados con la cirugía

ASA del paciente: _____

Comorbilidad pre-operatoria

Tipo de abordaje quirúrgico:

Complicaciones transquirúrgica

Complicaciones postquirúrgicas

SECCIÓN D: Factores relacionados con el seguimiento

Tiempo transcurrido entre la cirugía y el momento actual: _____ (meses)

Número de consultas de seguimiento: _____

Comorbilidad postquirúrgica no asociada a la cirugía

SECCIÓN E: Calidad de vida

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

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.	<input type="checkbox"/>				
3.2. Urgencia (apuros): un deseo inaguantable de orinar.	<input type="checkbox"/>				
3.3. Incontinencia de urgencia: perdida de orina (escapes) asociada a un deseo inaguantable de orinar (apuros).	<input type="checkbox"/>				
3.4. Incontinencia de esfuerzo: perdida de orina asociada con toser (o estornudar).	<input type="checkbox"/>				
3.5. Sensación de bulto/abultamiento desde o en la vagina.	<input type="checkbox"/>				
3.6. Pesadez o sensación de peso a medida que transcurre el día en la vagina o en la parte baja del abdomen.	<input type="checkbox"/>				
3.7. Bulto vaginal que interfiere al momento de la evacuación intestinal (al defecar).	<input type="checkbox"/>				

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 (estitiquiez): 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	Modera- damente	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	Modera- damente	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	Modera- damente	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