

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS**

**FACULTAD DE SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**



**TÍTULO DEL PROYECTO:**

**Análisis de la relación de prolapso apical en mujeres hysterectomizadas mayores de cincuenta años en América en el periodo 2018 – 2023**

**Nombres de los sustentantes:**

**Alletia Masís Mata**

**Riziere Lerici Salazar**

**Tutora:**

**Dra. Jossiline González Venegas**

**Sede Central**

**Mayo 2024**

**Modalidad de tesis para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía**

## I. Resumen

Los trastornos relacionados con el piso pélvico son comunes entre las mujeres a lo largo de su vida; el prolapso de órganos pélvicos (POP) es uno de los problemas más destacables. De hecho, el riesgo de desarrollar POP aumenta con el paso de los años y, con ello, la probabilidad de necesitar una intervención quirúrgica para su corrección. Los síntomas asociados con esta condición tienen un impacto significativo en la funcionalidad y la calidad de vida de las pacientes; por esto, se resalta la importancia de abordarlos de manera prioritaria.

Ante este panorama, el objetivo general de esta investigación es *explicar* la relación entre el prolapso apical y la histerectomía en mujeres mayores de cincuenta años en América en el periodo 2018 – 2023.

Este es un estudio bibliográfico. Por lo tanto, para responder al objetivo de la investigación, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de información bibliográfica concerniente al POP a través de plataformas científicas como: *Google Scholar* y *BVS Salud*. La indagación se realizó en documentación escrita en inglés, español y portugués. Los artículos hallados fueron sometidos a una evaluación rigurosa para determinar su idoneidad como insumo bibliográfico en esta revisión.

Entre las principales conclusiones, se constató que el prolapso de órganos pélvicos es una condición prevalente y significativa en mujeres de América que afecta negativamente su calidad de vida a causa del deterioro físico y emocional. Las fuentes, en general, indican que la conciencia pública sobre este tema es una necesidad existente. Entre los principales esfuerzos, debe extenderse la información acerca de las estrategias efectivas de prevención, diagnóstico y tratamiento para abordar esta condición de manera integral y, con ello, mejorar la salud de las mujeres en la región.

**Palabras clave:** *prolapso de órganos pélvicos, prevención, diagnóstico, tratamiento.*

## **II. Agradecimientos**

Con profunda admiración, deseamos expresar nuestra gratitud hacia nuestros padres y madres; su apoyo inquebrantable ha sido un faro de inspiración y fortaleza a lo largo de este arduo camino. Sin su constante respaldo, alcanzar esta meta habría sido una tarea imposible.

Asimismo, deseamos extenderle un agradecimiento especial a la distinguida Dra. Jossilinne González, cuya experiencia, guía y dedicación fueron fundamentales a lo largo de esta investigación. Su incansable compromiso con la excelencia aseguró que este proyecto se llevara a cabo de la manera más meticulosa y rigurosa posible.

En este momento de gozo por la culminación de este proceso, nuestras palabras apenas pueden transmitir la profundidad del aprecio que sentimos hacia todos aquellos que hicieron este éxito posible. Estamos sinceramente agradecidos por su apoyo invaluable y su influencia positiva en nuestras vidas.

### **III. Dedicatoria**

Extendemos esta investigación, como una fuente de inspiración y compromiso, hacia todos los estudiantes de medicina que están inmersos en la ardua y apasionante travesía de convertirse en futuros médicos. Los alentamos a mantener viva la llama de su vocación, a cuidar a sus pacientes con compasión y empatía, y a seguir esforzándose por alcanzar sus sueños y cumplir sus convicciones. Que esta investigación sea un recordatorio constante de que, con dedicación y convicción, se puede superar cualquier obstáculo en el camino.

En la vía hacia el conocimiento y el servicio, los desafíos pueden ser desalentadores, pero también son los cimientos sobre los cuales se construyen las carreras médicas llenas de propósito y significado. Los instamos a abrazar cada dificultad, a nutrir sus pasiones y a mantenerse enfocados en la búsqueda constante de la excelencia.

Este trabajo está dedicado a todos ustedes, futuros guardianes de la salud, en reconocimiento de su compromiso con la humanidad. ¡Adelante! Les deseamos que sus carreras estén llenas de logros.

## IV. Tabla de contenidos

|  |      |
|--|------|
| I. Resumen.....  | ii   |
| II. Agradecimientos .....                                | iii  |
| III. Dedicatoria.....                                    | iv   |
| IV. Tabla de contenidos .....                            | v    |
| V. Lista de tablas .....                                 | viii |
| VI. Lista de figuras.....                                | ix   |
| VII. Lista de abreviaturas .....                         | x    |
| CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN.....                            | 11   |
| 1.1 Introducción .....                                   | 11   |
| 1.2 Planteamiento del problema.....                      | 12   |
| 1.3 Objetivos .....                                      | 13   |
| 1.3.1 Objetivo general.....                              | 14   |
| 1.3.2 Objetivos específicos .....                        | 14   |
| 1.4 Justificación.....                                   | 14   |
| 1.5 Antecedentes .....                                   | 17   |
| 1.5.1 Antecedentes históricos .....                      | 18   |
| 1.5.2 Antecedentes internacionales.....                  | 19   |
| 1.5.3 Antecedentes nacionales .....                      | 20   |
| CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO.....                          | 22   |
| 2.1 Prolapso de órganos pélvicos.....                    | 22   |
| 2.2. Clasificación.....                                  | 22   |
| 2.3 Factores de riesgo asociados a prolapso apical ..... | 25   |

|   |     |
|---|-----|
| 2.3.1 Procedimientos quirúrgicos como factor de riesgo para prolapso de órganos pélvicos .....              | 26  |
| 2.4 Aspectos fisiopatológicos del prolapso de órganos pélvicos .....  | 28  |
| 2.5 Epidemiología del prolapso de órganos pélvicos.....   | 29  |
| 2.6 Clínica del prolapso apical .....   | 30  |
| 2.7 Evaluación clínica .....  | 32  |
| 2.7.1 Abultamiento vaginal y la determinación del grado de incomodidad asociado con dicho abultamiento..... | 33  |
| 2.7.2 Anamnesis.....  | 34  |
| 2.7.3 Exploración física .....  | 35  |
| 2.7.4 Estudios complementarios .....  | 36  |
| 2.8 Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos.....   | 38  |
| 2.8.1 Tratamiento conservador .....   | 38  |
| 2.8.2 Tratamiento quirúrgico o no conservador.....  | 48  |
| 2.8.2.7 Complicaciones de la cirugía .....  | 60  |
| 2.8.2.9 Prevención y recomendaciones .....  | 64  |
| CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO .....  | 66  |
| 3.1 Tipo de investigación .....   | 66  |
| 3.2 Fuentes de información .....  | 68  |
| 3.2.1 Criterios de búsqueda.....  | 68  |
| 3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....  | 69  |
| 3.4 Proceso de selección de la información .....  | 69  |
| 3.5 Clasificación según niveles de evidencia.....   | 71  |
| CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE RESULTADOS .....  | 101 |
| 4.1 La prevalencia del prolapso apical.....   | 101 |
| 4.2 Repercusiones del POP en la calidad de vida de las pacientes .....                                      | 103 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.3 Estrategias de prevención y tratamiento del prolapso apical: ejercicio comparativo | 105 |
| CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....                                       | 110 |
| 5.1 Conclusiones .....   | 110 |
| 5.2 Recomendaciones.....   | 113 |
| CAPÍTULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 117 |

## V. Lista de tablas

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabla 1: Puntos anatómicos de referencia del POP-Q</b> .....            | 23  |
| <b>Tabla 2: Etapas del prolapso de órganos pélvicos</b> .....              | 24  |
| <b>Tabla 3: Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos</b> ..... | 25  |
| <b>Tabla 4: Criterios de búsqueda</b> .....                                | 68  |
| <b>Tabla 5: Impacto en la calidad de vida en pacientes con POP</b> .....   | 105 |

## VI. Lista de figuras

|   |     |
|---|-----|
| <b>Figura 1: Puntos de referencia del POP-Q</b> .....                                   | 23  |
| <b>Figura 2: Tipos de Pesarios</b> .....  | 43  |
| <b>Figura 3: Niveles I, II y III de DeLancey</b> .....                                  | 50  |
| <b>Figura 4: Puntos de anclaje, espacios pélvicos, pilares y órganos pélvicos</b> ..... | 51  |
| <b>Figura 5: Proceso de selección documental</b> .....                                  | 70  |
| <b>Figura 6: Datos epidemiológicos de relevancia</b> .....                              | 103 |

## VII. Lista de abreviaturas

| <b>Abreviatura</b> | <b>Significado</b>   |
|--------------------|--|
| <i>POP</i>         | Prolapso de órganos pélvicos                               |
| <i>PUG</i>         | Prolapso urogenital  |
| <i>POP – Q</i>     | Sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos |
| <i>LSE</i>         | Ligamento sacroespinoso                                    |

## **CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN**

## 1.1 Introducción

El prolapso apical corresponde a un descenso anómalo del útero o de la cúpula vaginal en caso de mujeres histerectomizadas; es una complicación que se presenta, con mayor frecuencia, en mujeres mayores de cincuenta años. Es cada vez más frecuente y su impacto en la calidad de vida de las pacientes es significativo ya que tiene repercusiones en ámbitos como la socialización, la sexualidad, el rendimiento laboral, entre otros<sup>1</sup>.

Es importante destacar que esta complicación suele acompañarse de otras disfunciones asociadas con la suspensión del piso pélvico. Aunque en la actualidad se cuenta con tratamientos tanto quirúrgicos como no quirúrgicos, una gran cantidad de pacientes no logra obtener una solución definitiva o duradera. Además, existen pocas medidas para prevenir lesiones o complicaciones del piso pélvico<sup>1</sup>.

Existen varias causas o factores de riesgo que pueden predisponer, estimular o promover el prolapso de órganos pélvicos. Fernández y Gomero<sup>1</sup>, por ejemplo, se refieren a la histerectomía. Los autores señalan que este es un procedimiento quirúrgico común que consiste en la extracción completa o parcial del útero. Se realiza por múltiples razones; entre ellas, la necesidad de retirar el útero a causa de la aparición de malignidad, tumores benignos de músculo liso —como los leiomiomas—, por sangrado excesivo uterino durante una cesárea, entre otros. Al realizarse esta cirugía, como en todo procedimiento quirúrgico, existen riesgos inherentes a los que se someten las pacientes; en el caso de la histerectomía, uno de ellos es el de lesionar las paredes musculares que soportan los órganos pélvicos y causa complicaciones como el prolapso apical. Pese a que existen distintas técnicas quirúrgicas para acceder a los órganos pélvicos, no es posible garantizar con total certeza que no habrá lesiones en las estructuras musculares o ligamentosas que soportan a los órganos pélvicos.

Al referirse al prolapso apical, Pérez<sup>2</sup> apunta que:

No se conoce con exactitud la frecuencia de esta disfunción; se estima que nueve de diez mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida. Tiene una prevalencia de 5-10 % basándose en el hallazgo de una masa que hace prominencia en la vagina.

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una patología que, en muchos casos, es ignorada por las mujeres que la padecen a pesar de que presentan síntomas como incontinencia urinaria o sensación de una masa que se desliza. Las pacientes, por lo general, evitan hablar de sus molestias y se acercan a una consulta cuando presentan prolapsos severos o síntomas incapacitantes. Aunado a esto, “la mayoría de mujeres tienen poco conocimiento sobre el prolapso de órganos pélvicos y un porcentaje presentó sintomatología, por lo tanto, no realizan cuidados para prevenir algún tipo de prolapso en el transcurso de su vida”<sup>3</sup>.

Ahora bien, es más probable que las mujeres de mayor edad requieran procedimientos quirúrgicos como la histerectomía en comparación con mujeres en edad reproductiva. Esto ocurre porque las patologías que requieren de una histerectomía (cáncer de útero, endometriosis, miomas, entre otros) son más frecuentes en mujeres mayores<sup>3</sup>.

En resumen, tal y como lo indican Seijas *et al.*<sup>4</sup> en su artículo sobre la calidad de vida en pacientes con prolapso de órganos pélvicos:

La disfunción del piso pélvico es un término que describe un amplio rango de problemas clínico-funcionales agrupados anatómicamente, como condición frecuente en las mujeres, cuya etiología común es el defecto del soporte anatómico o el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido, al ser sometidos a aumentos en la presión intraabdominal o cuando un mecanismo deficiente de soporte falla ante presiones intraabdominales normales. Es una condición frecuente en las mujeres, que altera su calidad de vida 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.

## **1.2 Planteamiento del problema**

El prolapso apical, un trastorno ginecológico que involucra la protrusión de los órganos pélvicos hacia la vagina, constituye un desafío significativo para la calidad de vida de las mujeres; particularmente en el grupo demográfico de aquellas mayores de cincuenta años. Este sector de la población, por tener una mayor probabilidad de haber experimentado una histerectomía a causa de alguna patología asociada, podría encontrarse en una situación de

vulnerabilidad frente al prolapso apical. Las repercusiones de esta condición son vastas; abarcan desde complicaciones físicas, como dolor pélvico y disfunción sexual, hasta consecuencias psicológicas y sociales, como la disminución de la autoestima y el aislamiento social.

A pesar de la innegable relevancia clínica y social del prolapso apical en mujeres hysterectomizadas mayores de cincuenta años, existe una marcada carencia de estudios exhaustivos que exploren a fondo esta relación en el contexto específico de América. Este vacío investigativo representa un desafío sustancial para los profesionales de la salud; la falta de datos sólidos respecto a la prevalencia real del prolapso apical en mujeres que fueron sometidas a hysterectomía y son mayores de cincuenta años dificulta la comprensión precisa de la magnitud del problema y limita la capacidad de ofrecer una atención médica adaptada a las necesidades particulares de este grupo demográfico. Además, la carencia de una evaluación integral de las estrategias de prevención y tratamiento disponibles impide la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia y la formulación de políticas de salud eficaces para abordar este problema de manera integral.

### **1.3 Objetivos**

El envejecimiento de la población femenina lleva consigo un incremento en la prevalencia de trastornos ginecológicos que afectan, significativamente su calidad de vida; entre ellos, el prolapso apical se destaca como una condición particularmente desafiante para las mujeres que han sido sometidas a una hysterectomía. Este fenómeno no solo presenta una complejidad médica añadida, sino que también afecta profundamente las dimensiones psicosocial y emocional de las pacientes.

En este contexto, se hace imprescindible un estudio detallado que vincule directamente la incidencia de prolapso apical con antecedentes de hysterectomía en mujeres mayores de cincuenta años en América durante el periodo 2018 – 2023 con el objetivo de llenar un vacío significativo en la literatura y proporcionar datos que podrían guiar futuras intervenciones clínicas y estrategias de manejo. Por ello, en este apartado se proponen los objetivos de investigación.

Se espera que, tras el cumplimiento de estos objetivos, se pueda contribuir significativamente al acervo de conocimiento existente mediante el establecimiento de un punto de referencia accesible que sirva de base para mejorar políticas de salud pública y prácticas clínicas dirigidas a esta población vulnerable.

### **1.3.1 Objetivo general**

*Explicar* la relación entre el prolapso apical y la histerectomía en mujeres mayores de cincuenta años en América en el periodo 2018 – 2023.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

*Revisar* la prevalencia del prolapso apical en mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años en América en el periodo 2018 – 2023.

*Exponer* las repercusiones en la calidad de vida de las mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años con prolapso apical en América en el periodo 2018 – 2023.

*Describir* las estrategias de prevención y tratamiento del prolapso apical que se aplicaron en mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años en América en el periodo 2018 – 2023.

## **1.4 Justificación**

Con esta investigación, se pretende determinar, mediante la búsqueda, revisión y análisis de bibliografía, si existe una relación entre el prolapso apical y la aplicación de la histerectomía en mayores de cincuenta años.

El riesgo de padecer un prolapso de órganos pélvicos aumenta con la edad; este afecta en gran medida la calidad de vida de quienes lo sufren. A propósito, el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras<sup>5</sup> apunta que:

El POP es una afección benigna común en mujeres. Para muchas mujeres, puede causar abultamiento y presión vaginal, disfunción miccional, disfunción defecatoria y disfunción sexual, que pueden afectar negativamente la calidad de vida.

Sumado a esto, Gillor *et al.*<sup>6</sup> mencionan que:

El POP es una enfermedad (...) con una prevalencia reportada que oscila entre el 30 % y el 76 % en mujeres que acuden a atención ginecológica de rutina. Puede causar morbilidad sustancial, lo que afecta negativamente a la salud de la mujer y su calidad de vida. El riesgo de por vida de una mujer de someterse a una cirugía por el tratamiento del POP es aproximadamente del 15 %. En conjunto, esto podría resultar en reducción de la productividad de la fuerza laboral, aumento de costos y aumento carga financiera sobre los sistemas de atención médica.

Por su parte, Seijas *et al.*<sup>4</sup> más bien indican que:

La prevalencia exacta es difícil de determinar por varias razones: en primer lugar, los diferentes sistemas de clasificación que se han utilizado para el diagnóstico, por otro lado, los estudios varían en función de la tasa de prolapso informada en mujeres que son sintomáticas o asintomáticas, y además no se sabe cuántas mujeres con prolapso no buscan atención médica. El riesgo es de 11 % a 19 % de por vida en las mujeres sometidas a cirugía para el prolapso o incontinencia. El POP es una de las condiciones patológicas que frecuentemente afecta la vida de las mujeres. Puede presentarse hasta en 50 % de las mujeres multíparas y su incidencia aumenta con la edad. Con las técnicas de corrección quirúrgicas tradicionales, el 29,2 % de las pacientes presentan recidiva requiriendo una nueva cirugía.

Ante este escenario, la importancia de esta investigación es la de fungir como un esfuerzo por comprender el POP como objeto de estudio con la finalidad de obtener un panorama más claro tanto de las estrategias de prevención como de las distintas medidas de tratamiento<sup>5</sup>. Por ello, se revisará la prevalencia de la disfunción y se describirán tanto los tratamientos como las medidas de prevención que existentes. Sobre esto, por ahora solo es claro que gran parte de las mujeres que presentan algún tipo de prolapso de órganos pélvicos ignoran los síntomas que presentan y empeoran el cuadro porque no informan sobre las molestias a sus médicos<sup>6</sup>. Si bien es cierto, estas patologías surgen por múltiples causas, pero muchas de las mismas son prevenibles. Por ello, el conocimiento de estas y el de sus factores asociados de riesgo —como los procedimientos quirúrgicos a nivel pélvico, múltiples partos vaginales, obesidad, tabaquismo, entre otros— es fundamental para aplicar, en la medida de lo posible, medicina preventiva en la práctica clínica.

Con los resultados obtenidos mediante este trabajo de revisión bibliográfica, se busca generar una mayor conciencia en el ámbito clínico que desemboque en el mejoramiento del manejo, tratamiento y, sobre todo, la promoción de hábitos preventivos ante el POP. Asimismo, se pretende comparar las principales medidas terapéuticas *conservadoras* para el manejo de POP, las cuales deben reforzarse en el primer nivel de atención porque se capta a la mayoría de pacientes, frente a aquellas *no conservadoras*.

De acuerdo con Seijas *et al.*<sup>4</sup>:

La cirugía pélvica previa puede favorecer la producción de disfunciones del piso pélvico, ocurre con la histerectomía vaginal realizada sin la fuerte fijación de la cúpula a los ligamentos seccionados o sin la adecuada corrección de la falla de las paredes vaginales, así como la histerectomía abdominal donde no se conserva la indemnidad de la fascia pericérvicovaginal y los ligamentos úterosacros.

Después de una histerectomía abdominal o vaginal, en la cual la cúpula no ha sido insertada en los elementos suspensores (úterosacros y cardinales), puede aparecer un prolapso genital. De igual manera, puede ocurrir cuando no se mantiene la continuidad de la fascia endopélvica mediante sutura de la fascia pubocervical anterior a la fascia rectovaginal sobre la cúpula vaginal<sup>4</sup>. Estos casos refuerzan la necesidad de explicar la relación del POP en mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años. También, la de reconocer si las variables sociodemográficas y las condiciones médicas tienen un peso significativo en cuanto a la aparición de esta disfunción.

Como se infiere de lo anterior y de lo ya señalado, todo procedimiento quirúrgico tiene sus riesgos. En el caso de las cirugías pélvicas, sobre todo si no se reparan adecuadamente las estructuras que conforman en piso pélvico, uno de ellos es el POP. Por lo tanto, estudiar la relación entre los procedimientos y sus posibles complicaciones beneficia el servicio de salud hacia los pacientes y la preparación de los médicos tratantes.

Es esencial destacar la importancia de una aproximación multidisciplinaria para abordar el prolapso genital; en este sentido, deben involucrarse ginecólogos, fisioterapeutas, urólogos, entre otros profesionales de la salud. Esto permitirá una atención integral que no

solo aborde la corrección quirúrgica del prolapso, sino también la rehabilitación postoperatoria y el manejo de posibles complicaciones a largo plazo<sup>11</sup>.

En resumen, la investigación sobre este tema resulta valiosa dado a que esta disfunción es cada vez más frecuente y representa un gran impacto en la calidad de vida de las pacientes afectadas. Reconocer el contexto y las características del POP es el primer paso hacia nuevas estrategias terapéuticas que cuenten con un mayor grado de eficacia pues las que existen todavía son carentes. Si bien, las medidas preventivas podrían ser muy útiles, en la mayoría de los casos lo que se hace es tratar la complicación como tal.

## **1.5 Antecedentes**

El prolapso de órganos pélvicos (POP) en mujeres ha sido una preocupación médica a lo largo de la historia; por ello, se han desarrollado tratamientos diversos en el transcurso de los siglos.

Este trastorno, comúnmente asociado como una complicación de la histerectomía, afecta de manera considerable la calidad de vida de aquellas mujeres que han experimentado múltiples partos. De hecho, su prevalencia puede alcanzar hasta el 40 % en mujeres de más de cincuenta años. De acuerdo con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia<sup>9</sup>, algunas investigaciones, como la de Bump y Norton, han destacado que aproximadamente el 13 % de las mujeres mayores de cincuenta años experimentan prolapso como consecuencia directa de una histerectomía.

Además, se ha reconocido que el POP está influenciado por varios factores de riesgo, tanto congénitos como adquiridos, y que la mayoría de ellos son modificables. El entendimiento de estos antecedentes es crucial para la evaluación y manejo clínico eficaz del POP. A nivel de tratamiento, las opciones varían entre enfoques conservadores y quirúrgicos, dependiendo de múltiples factores como el grado del prolapso, la edad, los deseos reproductivos de la paciente, entre otros.

Dicho esto, es fundamental conocer sobre los antecedentes investigativos que dan paso a esta investigación. A continuación, se presentan los hallazgos más importantes.

### **1.5.1 Antecedentes históricos**

A lo largo de la historia, se han desarrollado diversas técnicas quirúrgicas para abordar este problema, y su tratamiento ha evolucionado con el tiempo. Originalmente, las opciones eran limitadas y a menudo invasivas, lo que implicaba un riesgo significativo de complicaciones y un largo período de recuperación para los pacientes. Con el avance de la tecnología médica y el aumento del conocimiento en el campo de la medicina, los enfoques para la cirugía se han refinado notablemente. En las últimas décadas, hemos visto la introducción de técnicas mínimamente invasivas que reducen el trauma quirúrgico y promueven una recuperación más rápida y menos dolorosa, mejorando significativamente los resultados de las pacientes. Así, el tratamiento de estas condiciones médicas continúa adaptándose y mejorando, ofreciendo esperanzas renovadas a aquellos que enfrentan estas difíciles situaciones de salud.

El POP en mujeres a pesar de ser una patología muy frecuente tiene poco registro en países como el nuestro, esta condición suele ser una complicación de la histectomía<sup>9</sup>; es bastante común y, debido a que implica el descenso de los órganos pélvicos, afecta significativamente la calidad de vida de las mujeres, especialmente aquellas que han dado a luz en múltiples ocasiones. Su prevalencia alcanza hasta un 40 % en este grupo demográfico específico<sup>8</sup>.

Según la Sociedad Española de Ginecólogos y Obstetras, el prolapso es una consecuencia destacada de la aplicación de la histerectomía en mujeres mayores de cincuenta años; aparece, aproximadamente, en el 13 % de todos los casos. Este dato subraya la importancia clínica de abordar esta condición de manera efectiva<sup>9</sup>.

Además, se ha observado que los prolapsos de órganos pélvicos están ligados a una variedad de factores de riesgo, tanto congénitos como adquiridos, que son modificables en su mayoría. Entre estos factores de riesgo se incluyen: antecedentes de uso de fórceps, desgarros vaginales y cirugías previas en la región vaginal. Por esta razón, la evaluación de los antecedentes es fundamental en la atención clínica<sup>10</sup>.

En cuanto a las opciones de tratamiento, existen dos enfoques: conservador y quirúrgico. Su uso depende del grado de prolapso, la edad de la paciente, sus planes

gestacionales, los síntomas presentes y el impacto en su calidad de vida. Esta decisión terapéutica debe ser individualizada y guiada por un equipo médico multidisciplinario para garantizar el mejor resultado para cada paciente<sup>9</sup>.

Estos son algunos de los datos que hacen que el estudio del prolapso de órganos pélvicos en mujeres haya sido objeto de interés médico a lo largo de la historia. Su manejo adecuado es crucial para mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas y evitar complicaciones asociadas a esta condición.

### **1.5.2 Antecedentes internacionales**

La problemática del prolapso de órganos pélvicos en mujeres es un tema de gran relevancia a nivel internacional por su impacto significativo en la calidad de vida de las afectadas y su alta tasa de recurrencia postoperatoria. Se estima que alrededor del 11.8 % de las mujeres se someten a intervenciones quirúrgicas por POP a lo largo de su vida. Inclusive, este tipo de cirugía representa hasta el 30 % de todas las intervenciones ginecológicas mayores en ciertos países<sup>9</sup>.

Las mujeres en los Estados Unidos tienen un 13 % de riesgo de someterse a cirugía por prolapso de órganos pélvicos. Dado al envejecimiento de la población en los Estados Unidos, se prevé que para 2050 aumentará el número de mujeres que padecen POP en aproximadamente un 50 %<sup>1</sup>.

Este fenómeno no solo implica una carga importante para el sistema de salud, sino que también tiene repercusiones profundas en la vida diaria y el bienestar psicosocial de las mujeres afectadas. Además, se ha identificado una serie de factores de riesgo asociados con el desarrollo del POP; estos deben ser comprendidos para un abordaje adecuado de la epidemiología y la fisiopatología de esta condición, así como para desarrollar estrategias de atención médica preventivas y personalizadas. Por ejemplo, aquellas enfocadas en la educación sobre técnicas de parto seguras, el manejo adecuado del trabajo de parto y el posparto, así como el seguimiento especializado en mujeres con factores de riesgo conocidos<sup>11</sup>.

A nivel internacional, el prolapso de órganos pélvicos en mujeres representa un desafío significativo para la salud pública y la calidad de vida individual. Ante esto, la comprensión

de los abordajes que se han aplicado alrededor del mundo, los avances en esta materia, el análisis de diversos factores de riesgo y la implementación de estrategias innovadoras de intervención son elementos fundamentales para el mejoramiento de la atención y de los resultados en las mujeres afectadas por esta condición en otras latitudes<sup>11</sup>.

Un caso concreto es el de Estados Unidos; ahí, alrededor de un 3 % de las mujeres presentan alguna molestia relacionada con la sensación de abultamiento a nivel vaginal. En este mismo país, la prevalencia de mujeres con casos de POP asintomáticos está entre el 3 y el 6 %; mientras tanto, la prevalencia de casos de prolapso de órganos pélvicos identificados por exploración clínica va de un 41 a 50 %. Es importante aclarar que, aunque los porcentajes parecen registrar una amplia mayoría de casos identificados mediante exploración clínica, la mayor cantidad de personas que sufren POP son asintomáticas. Lo que ocurre es que, por la misma razón, no reportan molestias y la estadística no refleja la realidad<sup>7</sup>.

Por otra parte, una investigación extensiva realizada a nivel nacional en Suecia ha revelado datos significativos respecto al prolapso de órganos pélvicos post-histerectomía. Según este estudio, el 3,2 % de las mujeres que se han sometido a una histerectomía reportaron haber experimentado prolapso de órganos pélvicos. Este porcentaje contrasta con el 2 % observado en mujeres que no pasaron por este procedimiento quirúrgico. Específicamente, el análisis destacó que aquellas mujeres que fueron intervenidas mediante histerectomía vaginal presentaron una predisposición más alta hacia el desarrollo de este tipo de prolapso. Estos hallazgos subrayan la necesidad de evaluar más detenidamente los riesgos asociados con diferentes técnicas de histerectomía y su impacto en la salud pélvica a largo plazo<sup>7</sup>.

### **1.5.3 Antecedentes nacionales**

En el contexto costarricense, la información disponible sobre el prolapso de órganos pélvicos (POP) ofrece una visión reveladora sobre su prevalencia y los factores de riesgo asociados. De acuerdo con los datos recogidos, se estima que aproximadamente el 30,8 % de las mujeres entre veinte y cincuenta y nueve años experimentan algún grado de prolapso<sup>5</sup>. Este amplio rango de edad destaca que el POP no es exclusivo de poblaciones de mayor edad, como comúnmente se percibe, sino que afecta a mujeres significativamente más jóvenes, comenzando incluso en sus veinte años. Este hallazgo resalta la necesidad de una atención

médica y preventiva ajustada a las necesidades de un grupo demográfico más joven, así como la importancia de investigaciones futuras para entender mejor las causas y evolución de esta condición en etapas tempranas de la vida adulta. Este dato es sumamente importante porque resalta la relevancia de esta condición en la población femenina de Costa Rica e insta a repensar las estrategias de salud pública y los programas de educación para abordar y prevenir el prolapso de órganos pélvicos desde una edad más temprana<sup>12</sup>.

Además, se ha observado que la multiparidad es el factor de riesgo más común asociado con el prolapso de órganos pélvicos en mujeres costarricenses. Este hecho resalta la importancia de la atención prenatal adecuada y el seguimiento postparto para la identificación y abordaje temprano de esta condición en mujeres que han pasado por múltiples procesos de gestación<sup>12</sup>.

Estos datos representan la única fuente de información específica referente al caso costarricense; sin duda subraya la necesidad de más investigaciones y estudios detallados sobre el prolapso urogenital en este país. En especial, el conocimiento de la prevalencia es fundamental para comprender la carga de esta condición en la salud pública local y para orientar las acciones correspondientes en los respectivos programas enfocados en estos padecimientos<sup>12</sup>.

A pesar de que los estudios disponibles son pocos en el contexto de Costa Rica, proporcionan una base importante para comprender la epidemiología y los factores de riesgo asociados con esta condición en el ámbito local. Sin embargo, como se dijo anteriormente, se necesitan más investigaciones y datos de mayor envergadura para ampliar nuestro conocimiento sobre la situación real de esta condición en la población femenina.

## **CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO**

A continuación, se retomarán los principales aspectos teóricos que sustentan los objetivos de esta investigación.

## **2.1 Prolapso de órganos pélvicos**

Fernández y Gomero<sup>1</sup>, refieren que, cuando se habla de prolapso, se hace referencia al deslizamiento o descenso parcial o completo de una o varias estructuras. De forma específica, el prolapso de órganos pélvicos corresponde al deslizamiento o descenso de estructuras soportadas por la músculos y ligamentos que conforman el piso pélvico a través de la pared anterior, pared posterior o ápice.

El POP no suele tener una sola causa, sino que es multifactorial; sin embargo, de forma generalizada, se reconoce que el prolapso de órganos pélvicos se produce por el debilitamiento, disfunción, o insuficiencia en la suspensión de las estructuras musculares o ligamentosas que soportan o sostienen a los órganos pélvicos.

La fisioterapia es el tratamiento de más elegido entre la población con POP. Según la Organización Mundial de la Salud —en Fernández y Gomero<sup>1</sup>—, esto aplica principalmente en casos de prolapsos leves o de poca complejidad. Se estima que una mujer tiene un 11 % de posibilidad de presentar una disfunción severa del piso pélvico durante su vida y que requerirá tratamiento quirúrgico.

## **2.2. Clasificación**

Existe un sistema de clasificación para prolapsos de órganos pélvicos; aunque es un sistema complejo, es el más utilizado a nivel mundial. Se denomina *Sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q* por sus siglas en inglés). A continuación, la tabla 1 contiene la información sobre las regiones anatómicas a nivel pélvico que el POP-Q toma como referencia:

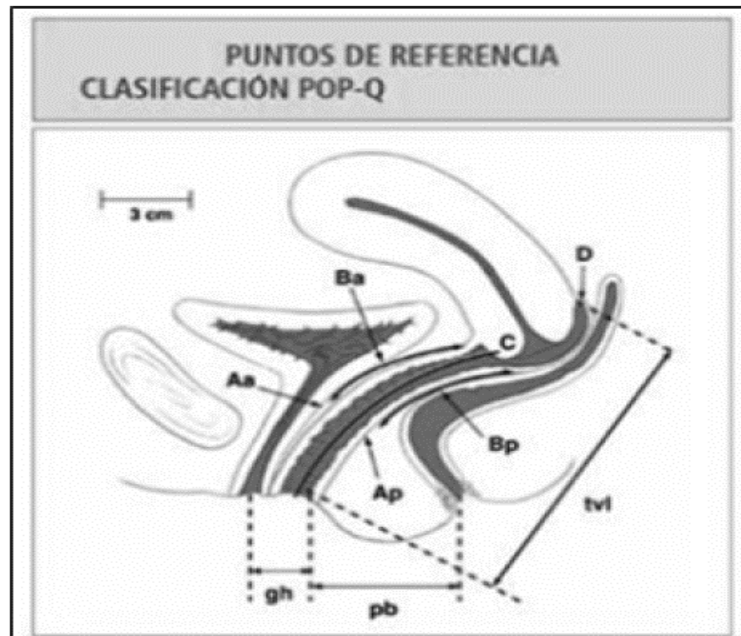
**Tabla 1: Puntos anatómicos de referencia del POP-Q**

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| <b>Aa y Ba</b> | Pared vaginal anterior  |
| <b>Ap y Bp</b> | Pared vaginal posterior |
| <b>C</b>       | Cérvix                  |
| <b>D</b>       | Fondo de Douglas        |
| <b>Tvl</b>     | Longitud total vaginal  |
| <b>Gh</b>      | Hiato genital           |
| <b>Pb</b>      | Cuerpo perineal         |

**Fuente: elaboración propia con base en la referencia<sup>2</sup>.**

El sistema POP-Q clasifica los prolapsos desde cero a cuatro grados: cero indica que el soporte de órganos pélvicos es adecuado, mientras que cuatro corresponde a un prolapso severo. En la figura 1 se representan gráficamente los principales puntos de referencia del POP-Q.

**Figura 1: puntos de referencia del POP-Q**



**Fuente: imagen tomada de la referencia<sup>1</sup>.**

Según Madhu *et al.*<sup>13</sup>, se deben tener en cuenta ciertas consideraciones para aplicar correctamente el POP-Q; primeramente, es necesario realizar una evaluación de la vejiga vacía y, de ser posible, también con el recto vacío. La finalidad de este paso es evitar falsas

estimaciones. Una vez que la paciente esté bien preparada, se realiza la evaluación en la que se deben anotar las medidas con detenimiento.

**Tabla 2: Etapas del prolapso de órganos pélvicos**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b><i>Etapa 0</i></b> | Sin prolapso, los puntos anterior y posterior son de -3 cm.   |
| <b><i>Etapa 1</i></b> | No se cumplen criterios de etapa 0 y la parte más distal es mayor a 1 cm por encima del himen.  |
| <b><i>Etapa 2</i></b> | La parte más distal del prolapso está entre 1 cm por encima y 1 cm debajo del himen.  |
| <b><i>Etapa 3</i></b> | La parte más distal del prolapso se encuentra a más de 1 cm por debajo del himen, pero no más de 2 cm menos que TVL (longitud total vaginal). |
| <b><i>Etapa 4</i></b> | Procidencia completa con 2 cm de la TVL.  |

**Fuente: elaboración propia con base en la referencia<sup>5</sup>.**

Fernández y Gomero<sup>1</sup> también se refieren a estas etapas; agregan que en la etapa 0 no se demuestra prolapso de órganos pélvicos y los puntos Aa, Ba, C, D, Ap y Bp son menores o iguales a -3 cm. En cuanto a la etapa I, la mayor parte de la porción distal del prolapso es menor o igual a -1 centímetros; por su parte, en la etapa II la porción distal del prolapso está por encima de 1 centímetro antes del himen. Lo que ocurren en la etapa III es que la porción más distal del prolapso se encuentra 1 cm por debajo del himen; mientras tanto, en la etapa IV hay una eversión completa o una eversión con 2 cm del total de la longitud vaginal del tracto genital inferior.

El prolapso apical corresponde al deslizamiento del útero o cúpula vaginal por debajo de un punto específico: dos centímetros menos que la longitud vaginal total por encima del himen. Este prolapso puede involucrar otras estructuras además del útero, por ejemplo, una porción de intestino, recto o hasta vejiga en algunos casos. El prolapso uterino se presenta en un 50 % de las mujeres después de la quinta década de vida, sobre todo en mujeres que tuvieron hijos. Las mujeres a quienes se les realizaron histerectomías pueden presentar debilitamiento de las paredes musculares y de las estructuras ligamentosas pélvicas; esto predispone a que se genere un herniamiento de los órganos pélvicos a través de las paredes vaginales<sup>1</sup>.

En cuanto a los tipos, existen dos variantes o subtipos de prolapso apical: el *úterocele* y el *prolapso de la cúpula vaginal*. El primero sucede únicamente en mujeres que conserven

el útero y corresponde a la herniación del útero a través de las paredes del canal vaginal. Por otro lado, el segundo tipo se caracteriza por el descenso del manguito vaginal por debajo de un punto que es dos centímetros menor que la longitud de la vagina sobre el himen<sup>1</sup>.

### 2.3 Factores de riesgo asociados a prolapso apical

La etiología del prolapso de órganos pélvicos es variada y puede asociarse a múltiples causas y factores de riesgo como: la edad, el parto vaginal, los cambios asociados a la menopausia, el trauma del piso pélvico, entre otros<sup>14</sup>.

Los factores de riesgo del POP se pueden subclasificar en: factores de predisposición, de promoción, descompensantes y factores estimulantes. A continuación, se adjunta la tabla 3 sintetiza algunos de los principales factores de riesgo de acuerdo con la clasificación dada.

**Tabla 3: Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos**

| <i>Fact. de predisposición</i> | <i>Factores estimulantes</i> | <i>Factores promotores</i> | <i>Factores descompensantes</i> |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Sexo                           | Parto                        | Estreñimiento              | Envejecimiento                  |
| Anatómicos                     | Lesiones neurológicas        | Profesión                  | Demencia                        |
| Colágeno                       | Radiación                    | Recreación                 | Debilidad                       |
| Musculares                     | Ruptura de tejidos           | Obesidad                   | Enfermedades                    |
| Culturales                     | Cirugía radical              | Cirugía                    | Medio ambiente                  |
| Ambientales                    |                              | Enfermedad pulmonar        | Medicamentos                    |
|                                |                              | Tabaquismo                 |                                 |
|                                |                              | Menopausia                 |                                 |
|                                |                              | Infecciones                |                                 |
|                                |                              | Medicamentos               |                                 |

**Fuente: elaboración propia con base en la referencia<sup>1</sup>.**

Seijas *et al.*<sup>4</sup>, al discutir sobre la calidad de vida en los pacientes con POP, indican que:

Existen diversos factores que contribuyen al prolapso de órganos pélvicos, entre ellos se encuentran el tono intrínseco del tejido conectivo y la musculatura, el posible daño que puede aparecer durante el parto, la edad y las lesiones que pueden causarse durante el transcurso de la vida; levantar peso, la obesidad, cirugías pélvicas previas, neuropatía, la tos crónica y el hipoestrogenismo que aparece con la menopausia, son factores que pueden contribuir a la debilidad de los tejidos pélvicos. Según los

factores de riesgo que intervengan, se puede o no presentar el prolapso, llevando a esta entidad a ser una de las principales causas de cirugía ginecológica.

Por su parte, Brito *et al.*<sup>15</sup> sostienen que:

Algunos factores de riesgo adquiridos están asociados con la presencia de POP. El prolapso grave y sintomático se asocia con el parto vaginal, especialmente después el primer parto. Existe una asociación entre el parto vaginal y el riesgo de prolapso. Un estudio demostró que las mujeres mayores de 40 años y que tuvieron un parto vaginal tienen 9,73 veces más prolapso en una etapa avanzada (más allá del himen). El parto, en ausencia de parto vaginal, no parece estar asociado con aumento de la prevalencia del POP. A su vez, el uso de fórceps durante el parto, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar prolapso.

### **2.3.1 Procedimientos quirúrgicos como factor de riesgo para prolapso de órganos pélvicos**

En lo que respecta a las cirugías como factor de riesgo del POP, Seijas *et al.*<sup>4</sup> consideran que:

La cirugía pélvica previa, puede favorecer la producción de disfunciones del piso pélvico, ocurre con la histerectomía vaginal realizada sin la fuerte fijación de la cúpula a los ligamentos seccionados o sin la adecuada corrección de la falla de las paredes vaginales, así como la histerectomía abdominal donde no se conserva la indemnidad de la fascia pericérvicovaginal y los ligamentos úterosacos. Después de una histerectomía abdominal o vaginal, en la cual la cúpula vaginal no ha sido insertada en los elementos suspensores (uterosacos y cardinales), puede aparecer un prolapso genital, igualmente, cuando no se mantiene la continuidad de la fascia endopélvica mediante sutura de la fascia pubocervical anterior, a la fascia rectovaginal sobre la cúpula vaginal.

Los procedimientos quirúrgicos se han asociado a importantes tasas de aparición y recurrencia de prolapso de órganos pélvicos. Se estima que una de cada tres mujeres que fueron sometidas a cirugía para corregir o tratar su prolapso terminaron presentando recurrencia de este<sup>16</sup>.

En el caso específico de la histerectomía, de acuerdo con Bruner *et al.*<sup>16</sup>, la combinación de esta con la suspensión o fijación del manguito vaginal es uno de los procedimientos quirúrgicos que más se implementan para reparar el prolapso uterino; sin embargo, este procedimiento ha sido tema de discusión porque presenta una elevada tasa de recaída en las pacientes a las que se lo realizaron.

Por su parte, Gabriel *et al.*<sup>17</sup> mencionan que: “La histerectomía es la cirugía ginecológica mayor más común en los Estados Unidos y se considera un factor de riesgo potencial para el POP con una incidencia de prolapso de bóveda posoperatoria que varía del 2 al 43 %”. Además, agregan que:

Un estudio estimó una incidencia de 6,25% para el prolapso de la bóveda post-histerectomía que requirió corrección quirúrgica. En otro estudio, la incidencia de prolapso que requirió corrección quirúrgica después de la histerectomía fue de 1,3 a 4,2 por ciento<sup>17</sup>.

La histerectomía es de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados en mujeres y un factor de riesgo comprobado por la frecuencia con la que causa POP. Se estima que el POP puede aparecer en un rango de entre dos a cinco años después de realizada una histerectomía; sobre todo en la histerectomía vaginal, que corresponde a la extracción del útero mediante la incisión de la vagina<sup>17</sup>.

También Chen *et al.*<sup>18</sup> aportan en esta discusión. En su artículo sobre la disfunción de piso pélvico tras la histerectomía, se señala que:

La histerectomía, siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en los Estados Unidos, implica la extirpación del útero y, en algunos casos, estructuras adyacentes como los ovarios y las trompas de Falopio. A pesar de su prevalencia, los efectos a largo plazo de esta intervención aún no se comprenden completamente. Existe una notable falta de consenso en la comunidad médica sobre si complicaciones relacionadas con la disfunción del piso pélvico, tales como la incontinencia urinaria de esfuerzo y el prolapso de órganos pélvicos, deberían ser consideradas como riesgos potenciales de la histerectomía. Esta incertidumbre destaca la necesidad de investigaciones más profundas y extensas que evalúen estas posibles consecuencias

postoperatorias. La clarificación de estos riesgos es crucial para informar adecuadamente a las pacientes sobre las implicaciones a largo plazo de la cirugía y para desarrollar estrategias preventivas o terapéuticas que puedan mitigar estos efectos adversos.

Vermeulen *et al.*<sup>19</sup> concuerdan en que:

La tasa de riesgo fue mayor después de una histerectomía vaginal con POP como indicación, el descenso uterino es necesario para realizar la histerectomía vaginal y se supone que la cirugía en sí contribuye a la debilidad del piso pélvico, además la histerectomía abdominal también fue relacionada positivamente con la cirugía para corregir el POP, debido al daño inevitable de los tejidos de sostén del piso pélvico.

## **2.4 Aspectos fisiopatológicos del prolapso de órganos pélvicos**

DeLancey (1992), citado en Fernández y Gomero<sup>1</sup>, desarrolló una descripción de las estructuras que soportan o sostienen la vagina y sus órganos cercanos. Para ello, propuso una división en tres diferentes niveles en las que, según el nivel afectado, se obtiene el tipo de prolapso de órgano pélvico.

El *nivel I* está compuesto por el ligamento sacro cardinal y el anillo pericervical. Si este sufre un daño, el resultado será un prolapso de tipo apical —como el histerocele o el prolapso de cúpula vaginal luego de una histerectomía—. De hecho, Fernández y Gomero<sup>1</sup> señalan que, si se pierde el soporte en el nivel I, se podría generar un prolapso apical en el que el cuello uterino se desplace hacia delante y el útero se deslice hacia atrás hasta que adopte un eje vertical; esta disposición facilita o promueve que se dé el prolapso apical.

En segundo lugar, el *nivel II* se compone por el tercio medio de la vagina (tabique rectovaginal, fascia pubocervical); una lesión en este nivel puede causar prolapso de paredes anterior o posterior (cistocele, rectocele).

Finalmente, en el *nivel III*, las estructuras que lo componen son: el cuerpo del periné, el esfínter anal externo, la musculatura superficial y la fascia superficial perineal. Una lesión en este nivel podría desencadenar desgarros o deficiencias en la musculatura del periné.

Según Fernández y Gomero<sup>1</sup>, la estructura anatómica que funge como punto inicial en el POP corresponde al *músculo elevador del ano*; la lesión a esta estructura podría generar un aumento del área del hiato urogenital. Como consecuencia, se produce un alargamiento y daño en las estructuras que sostienen o conforman el piso pélvico (fascias, ligamentos). La forma en cómo se manifestará el prolapso es dependiente de la estructura en específico que se lesione.

## 2.5 Epidemiología del prolapso de órganos pélvicos

Fernández y Gomero<sup>1</sup> indican que el prolapso de órganos pélvicos aumenta con la edad. Se estima que entre un 3 % y un 6% de las mujeres presentan casos de prolapso de órganos pélvicos severos en su vida y, con cada década de vida, el riesgo de presentar POP aumenta hasta el doble. Una vez alcanzados los sesenta años, la probabilidad de requerir intervenciones quirúrgicas se incrementa y, de hecho, hasta una tercera parte de ellas podría requerir más de una intervención quirúrgica para poder tratar su prolapso<sup>1,20</sup>.

A lo largo de la vida, son múltiples los factores que enfrentan las mujeres y que pueden ser potenciales causas del POP, incluso de manera simultánea. Algunos son: “factores genéticos, embarazo, parto, envejecimiento, cambios hormonales como la menopausia, aumento de la presión intraabdominal de forma crónica, entre otros”<sup>1</sup>. Sobre los factores, por ejemplo, un dato importante es que entre un 40 y un 60 % de las mujeres embarazadas que han tenido partos vaginales pueden llegar a presentar algún grado de prolapso urogenital<sup>1,7</sup>. Otro caso es el de las mujeres histerectomizadas; según Robinson *et al.*<sup>7</sup>, “la prevalencia del prolapso apical post - histerectomía oscila entre el 0,2 % y el 43 %”.

En general, el prolapso de órganos pélvicos es una condición que genera un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen; pese a que muchos casos son asintomáticos, se ha encontrado que alrededor de treinta mujeres por cada diez mil podrían requerir intervenciones quirúrgicas para tratar su prolapso urogenital y, como se ha dicho, esto es mucho más frecuente sobre todo en mujeres mayores<sup>7</sup>.

Un caso concreto es el de Estados Unidos; ahí, alrededor de un 3 % de las mujeres presentan alguna molestia relacionada con la sensación de abultamiento a nivel vaginal. En este mismo país, la prevalencia de mujeres con casos de POP asintomáticos está entre el 3 y

el 6 %; mientras tanto, la prevalencia de casos de prolapso de órganos pélvicos identificados por exploración clínica va de un 41 a 50 %. Esta gran diferencia se debe a que la mayoría de las mujeres con prolapso de órganos pélvicos son asintomáticas<sup>7</sup>. Es importante aclarar que, aunque los porcentajes parecen registrar una amplia mayoría de casos sintomáticos, la mayor cantidad de personas que sufren POP son asintomáticas. Lo que ocurre es que, por la misma razón, no reportan molestias y la estadística no refleja la realidad<sup>7</sup>.

## 2.6 Clínica del prolapso apical

Los síntomas asociados con el POP pueden variar en función de los defectos anatómicos presentes y la gravedad de las disfunciones vesicales, intestinales y sexuales. Aunque muchos síntomas atribuidos al POP tienen una relación débil o moderada con respecto a la falta de soporte de los órganos pélvicos, el POP, en sus etapas moderadas a avanzadas, se caracteriza por la presencia de un abultamiento vaginal. El punto de referencia anatómico para el prolapso sintomático parece ser el himen<sup>21</sup>.

Giannini A *et al.*<sup>21</sup> mencionan, además, que el prolapso de órganos pélvicos no suele recibir atención médica en las etapas iniciales, pero a menudo se identifica en mujeres jóvenes y activas que experimentan una percepción subjetiva de deterioro en su calidad de vida, especialmente en lo que respecta a su salud sexual, laboral y actividad física.

La pérdida de soporte de la pared vaginal anterior y del ápice a menudo afecta la función de la vejiga y la uretra<sup>22</sup>. Los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo suelen coexistir con el prolapso anterior en etapas I o II. No obstante, a medida que el prolapso anterior avanza, la mayoría de las mujeres experimentan mejoras en la incontinencia urinaria de esfuerzo y, de hecho, pueden experimentar una disminución progresiva de la micción debido a la obstrucción de la salida de la vejiga<sup>22</sup>. En esta situación, es común que las mujeres informen síntomas como: dificultad para comenzar a orinar, flujo urinario prolongado o intermitente; necesidad de aplicar presión en el POP para ayudar a orinar y sensación de vaciado incompleto de la vejiga. Además, existe un mayor riesgo de desarrollar síntomas de vejiga hiperactiva, como urgencia urinaria, incontinencia urinaria de urgencia, micción frecuente y despertares nocturnos para orinar<sup>22</sup>.

Los síntomas relacionados con la defecación también son comunes en mujeres con POP y pueden manifestarse con cualquier defecto en el compartimiento posterior, incluyendo rectocele, enterocele, sigmoidecele, prolapso rectal interno o prolapso rectal mucoso completo. Entre las quejas más frecuentes se encuentran: el estreñimiento, la sensación de evacuación incompleta y las dificultades para defecar. La necesidad de hacer esfuerzo y la realización de maniobras digitales para lograr una evacuación completa son características clínicas del síndrome de defecación obstruida<sup>22</sup>. Ansari *et al.*<sup>23</sup>, señalan, en un estudio aleatorizado con un grupo de pacientes menopáusicas, que:

La dificultad para defecar fue el síntoma más común asociado con el prolapso en etapa I, mientras que el abultamiento vaginal predomina en las etapas II y superiores del prolapso. Las dificultades para orinar siguieron una tendencia creciente de distribución con etapas crecientes de prolapso. Se encontró incontinencia urinaria de esfuerzo en el 6,66 % (10/150) de las mujeres con prolapso de órganos pélvicos en el presente estudio. Las diferencias en el abultamiento vaginal y las dificultades para la micción fueron muy significativas en relación con las diferentes etapas del prolapso en el presente estudio.

El POP, por lo general, no representa un riesgo significativo para la salud y, por ello, la decisión de intervenir a menudo se basa en la percepción subjetiva del paciente de que la afección le resulta molesta. Esto adquiere relevancia en el contexto de que algunas mujeres presentan dolor en los músculos del suelo pélvico, el cual se presenta a menudo en asociación con otras condiciones uroginecológicas<sup>24</sup>.

Dixon *et al.*<sup>24</sup>, mencionan un estudio reciente de Adams en el que se sugiere que la prevalencia de dolor en los músculos del suelo pélvico puede llegar hasta el 24 % en una práctica de uroginecología de nivel universitario terciario y al 9 % en una práctica de uroginecología de base comunitaria. Dado que el tratamiento se decide en gran medida en función de las molestias del paciente y considerando que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes experimenta dolor en los músculos del suelo pélvico, es fundamental comprender mejor cómo el dolor en los músculos del suelo pélvico influye en sus percepciones sobre la gravedad de los síntomas. Las molestias pueden manifestarse de diversas maneras: como dolor, malestar y/o síntomas relacionados con el sistema intestinal o

vesical. Por sí sola, la sensación de molestia no parece estar fuertemente correlacionada con la gravedad de los síntomas observados durante el examen clínico. A causa de que la molestia puede influir en la decisión de someterse a una cirugía, en el estudio se investiga la relación entre la gravedad del POP y la molestia sintomática en pacientes con y sin dolor en los músculos del suelo pélvico. A pesar de que investigaciones previas han examinado la relación entre el prolapso de órganos pélvicos y la molestia sintomática, estos estudios no han explorado cómo el dolor en los músculos del suelo pélvico se relaciona con el prolapso de órganos pélvicos y la percepción de molestias sintomáticas<sup>24</sup>.

Lo cierto es que la evaluación de una paciente con prolapso requiere un análisis exhaustivo del defecto anatómico, una evaluación completa de todos los síntomas relacionados con el suelo pélvico y una comprensión de cómo estos síntomas afectan su calidad de vida. La evaluación inicial recomendada para una mujer con sospecha de prolapso de órganos pélvicos incluye, además de la sintomatología, un historial completo, la evaluación de la gravedad de las molestias, el examen físico y los objetivos de tratamiento. La evaluación de los síntomas es la parte más importante en la evaluación de una mujer con prolapso de órganos pélvicos<sup>26</sup>. En resumen, el diagnóstico de los prolapsos de los órganos pélvicos se fundamenta en la conjunción de manifestaciones clínicas y observaciones en la evaluación física<sup>9</sup>.

## **2.7 Evaluación clínica**

La evaluación clínica en casos de prolapso de órganos pélvicos es un componente fundamental para determinar el enfoque terapéutico más adecuado. Resulta esencial recopilar información detallada sobre el paciente que incluya datos sobre el impacto del prolapso en su capacidad para realizar actividades físicas, su función sexual, y si los síntomas se intensifican con el tiempo o generan incomodidad significativa. Es crucial destacar que no todas las mujeres que presentan signos de prolapso durante el examen físico experimentan síntomas. Por lo tanto, la decisión de proceder con un tratamiento se justifica únicamente si el prolapso provoca malestar evidente; es decir, si se manifiesta como sensación de abultamiento y presión; disfunción sexual, problemas urinarios, trastornos intestinales, dificultad para evacuar, entre otros.

Durante la evaluación clínica, se debe prestar atención a la función del tracto urinario inferior. Se deben examinar aspectos como la incontinencia urinaria por esfuerzo o urgencia y, además, asegurarse de que haya un vaciado adecuado de la vejiga. En ocasiones, la micción puede complicarse por la posición del prolapso, siendo más difícil en posiciones donde la gravedad ejerce mayor influencia o tras largos períodos de pie.

También es importante evaluar la función intestinal para identificar problemas como el esfuerzo excesivo al defecar, el uso de laxantes, la incontinencia fecal o la sensación de evacuación incompleta. Además, la presencia de síntomas como la necesidad de entablillado durante la micción puede indicar un defecto en el compartimento posterior, como un rectocele. Asimismo, cada paciente debe ser examinada en busca de dispareunia, incontinencia coital y disfunción sexual asociadas al prolapso, para ofrecer un tratamiento integral y personalizado.

En los siguientes subapartados se hará mención de estos y otros síntomas con mayor amplitud; además, de aspectos procedimentales relacionados.

### **2.7.1 Abultamiento vaginal y la determinación del grado de incomodidad asociado con dicho abultamiento**

Resulta crucial obtener información relevante del paciente, incluyendo si la protrusión afecta su capacidad para llevar a cabo actividades físicas, su función sexual, si se agrava con el tiempo o causa molestias. Es importante señalar que muchas mujeres con prolapso de órganos pélvicos en el examen físico pueden no reportar síntomas<sup>25</sup>.

La consideración del tratamiento está justificada solamente cuando el prolapso ocasiona malestar, ya sea en forma de abultamiento y presión; disfunción sexual, problemas urinarios, trastornos intestinales o dificultades para evacuar. Se debe evaluar la función del tracto urinario inferior, lo que incluye el análisis de la pérdida de orina y su tipo (ya sea por estrés o urgencia), así como garantizar un vaciado adecuado de la vejiga. En ocasiones, se puede observar una relación entre los síntomas urinarios y el prolapso cuando la micción se torna más difícil en situaciones donde la influencia de la gravedad es más evidente o después de permanecer de pie durante períodos prolongados. Además, podría ser necesario el

entablillado (la necesidad de aplicar presión o sostener el tejido abultado) para iniciar o concluir la micción<sup>25</sup>.

Es importante llevar a cabo una evaluación de la función intestinal para identificar antecedentes de esfuerzo al defecar, el uso de laxantes, incontinencia fecal o una sensación de evacuación rectal incompleta. El síntoma de entablillado a menudo guarda relación con la presencia de un defecto en el compartimento posterior, por ejemplo, el rectocele. Cada paciente debe ser evaluada en busca de síntomas de dispareunia, incontinencia coital (tanto de orina como de heces) y disfunción sexual asociada al prolapso<sup>25</sup>.

### **2.7.2 Anamnesis**

La recopilación de antecedentes médicos debe abarcar la historia personal y los factores de riesgo asociados a la probabilidad de desarrollar un prolapso. También es esencial identificar los síntomas específicos del POP y aquellos relacionados con otras disfunciones del suelo pélvico que suelen estar vinculadas. Se debe registrar cualquier tratamiento previo que la paciente haya recibido y es crucial indagar sobre la duración, gravedad y el impacto de estos síntomas en la calidad de vida de la mujer<sup>9</sup>.

La Sociedad Española de Ginecólogos y Obstetras<sup>9</sup>, de acuerdo con la clasificación de Bump y Norton, menciona que se distinguen diversos factores de riesgo en relación con las disfunciones del suelo pélvico tales como: predisponentes (raza, variaciones anatómicas, colágeno), iniciadores (cirugía pélvica radical, radioterapia, parto vaginal), favorecedores (obesidad, déficit estrogénico, tos crónica, ejercicio físico intenso), y descompensadores (envejecimiento, comorbilidades, medicación). La multiparidad y la histerectomía vaginal constituyen factores de riesgo importante. La obesidad, considerada un factor de riesgo modificable, presenta un incremento de riesgo con un índice de masa corporal superior a veinticinco.

El prolapso genital, en sus etapas iniciales, tiende a carecer de síntomas evidentes; suele ser, más bien, un descubrimiento incidental durante la evaluación ginecológica. Independientemente de su gravedad, la sensación de un bulto genital es el síntoma clave del prolapso. Otros síntomas asociados tempranos pueden ser: la urgencia miccional, el aumento de la frecuencia miccional, nocturia, incontinencia urinaria de esfuerzo y/o urgencia, así

como dificultades miccionales y sensación de vaciado incompleto<sup>9</sup>. Algunas pacientes pueden experimentar dificultades ano-rectales —como dificultad defecatoria que requiere maniobras manuales— particularmente asociadas al descenso de la pared vaginal posterior y el descenso perineal. El prolapso genital sintomático puede afectar a las funciones sexuales, siendo la dispareunia la más común.

Para evaluar los síntomas y su repercusión en la calidad de vida, se pueden emplear cuestionarios específicos como el *Pelvic Floor Distress Inventory-20* (PFDI-20), el *Pelvic Floor Impact Questionnaire-7* (PFIQ-7) y el *Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire* (EPIQ); todos estos están detallados en el documento de consenso sobre el diagnóstico de disfunciones del suelo pélvico<sup>9</sup>.

### **2.7.3 Exploración física**

El examen físico debe englobar evaluaciones abdominal y pélvica con el propósito de descartar la presencia de masas. De igual manera, es crucial examinar los genitales externos y el epitelio vaginal con el fin de identificar posibles signos de atrofia vaginal, irritación cutánea o úlceras. Una técnica útil para evaluar el grado máximo de descenso del prolapso implica la simple extensión de los labios mientras se examina a la paciente en posición supina<sup>25</sup>.

Un examen detallado del prolapso de órganos pélvicos (POP) se realiza con el uso de un espéculo dividido. Esto implica la separación de un espéculo bivalvo y el empleo de la hoja posterior para examinar el ápice y la pared vaginal anterior. Seguidamente, se hace un giro de la hoja para sostener la pared anterior mientras se examina la pared posvaginal y el cuerpo perineal. Esta evaluación se lleva a cabo mientras la paciente realiza maniobras de Valsalva, tos repetitiva o ambas.

El tono de los músculos del suelo pélvico debe ser evaluado; es fundamental determinar si los músculos pueden contraerse y relajarse voluntariamente. Se describe la fuerza de la contracción como "ausente", "débil", "normal" o "fuerte"<sup>25</sup>.

Se recomienda el uso del sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q) antes del tratamiento, ya que proporciona una evaluación objetiva y documentada del alcance del prolapso<sup>26</sup>. La realización de un examen POP-Q antes del tratamiento del

POP se recomienda para obtener una evaluación objetiva y documentada de la extensión del prolapso. El sistema POP-Q es ampliamente aceptado y utilizado en publicaciones científicas debido a su precisión y reproducibilidad en la medición del prolapso en los tres compartimentos pélvicos. Aunque el sistema Baden-Walker describe los hallazgos clínicos del prolapso, el sistema POP-Q es más preciso y ha demostrado ser más fiable<sup>25</sup>.

En general, no es necesario realizar pruebas adicionales más allá de la historia clínica completa y el examen físico para evaluar a las mujeres con POP. Sin embargo, si el prolapso es significativo o si la paciente presenta síntomas urinarios, es necesario llevar a cabo un análisis de orina, cultivo y microscopía si es pertinente. Las pruebas urodinámicas pueden considerarse si existen síntomas incontinencia molesta en etapas II o superiores del prolapso o disfunción miccional. Si los hallazgos iniciales no concuerdan con los síntomas, se pueden requerir estudios de imagen adicionales o la derivación a un especialista en atención uroginecológica<sup>25</sup>.

#### **2.7.4 Estudios complementarios**

En el presente subapartado se especifican otros estudios que están relacionados con el POP y que son de utilidad para comprender el problema de investigación.

##### **2.7.4.1 Ecografía ginecológica**

La ecografía ginecológica es una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras para visualizar los órganos del sistema reproductor femenino, como el útero, los ovarios y las trompas uterinas<sup>25</sup>.

Este procedimiento es útil para detectar posibles anomalías estructurales, como quistes, tumores o malformaciones, así como para evaluar el grosor del endometrio y el estado de los órganos reproductores internos<sup>25</sup>.

##### **2.7.4.2 Análisis de orina en mujeres con síntomas urinarios**

El análisis de sedimento urinario puede revelar la presencia de células sanguíneas, bacterias u otros elementos que podrían indicar infecciones o problemas en el tracto urinario<sup>25</sup>.

Incluye la evaluación del sedimento urinario y el cultivo de orina en mujeres que presentan síntomas urinarios, como dolor al orinar, frecuencia urinaria anormal o incontinencia.

#### **2.7.4.3 Valoración del residuo posmiccional**

Se refiere a la medición de la cantidad de orina que queda en la vejiga después de vaciarla completamente. Esta evaluación es especialmente relevante en casos de disfunción de vaciado o dificultad para orinar<sup>25</sup>.

En cuanto al método de aplicación, puede realizarse mediante ecografía o cateterismo posmiccional. La ecografía es preferida por ser una técnica no invasiva, proporcionando información sobre posibles retenciones de orina<sup>25</sup>.

#### **2.7.4.4 Estudio urodinámico**

El estudio urodinámico es un procedimiento opcional que evalúa la función del sistema urinario, especialmente en mujeres con sintomatología urinaria. Se considera principalmente en aquellas mujeres que son candidatas a cirugía por incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso<sup>25</sup>.

Lo que se hace en este procedimiento es medir la presión en la vejiga y la uretra durante la llenado y vaciado de la vejiga, proporcionando información detallada sobre el funcionamiento del tracto urinario<sup>25</sup>.

Este es un estudio ampliamente reconocido como el estándar de referencia para llevar a cabo una evaluación objetiva de la función del tracto urinario inferior y los síntomas relacionados con él. En muchas instancias, se considera esencial realizar este estudio antes de proceder a cualquier tratamiento quirúrgico para el prolapso de órganos pélvicos, siguiendo las recomendaciones establecidas por diversas sociedades médicas a nivel internacional<sup>26</sup>.

A pesar de su alto grado de utilización, el uso generalizado del estudio urodinámico en todos los pacientes diagnosticados con prolapso de órganos pélvicos ha sido motivo de controversia en la comunidad científica. La incertidumbre radica en la falta de claridad acerca de si los síntomas del tracto urinario bajo se correlacionan de manera consistente con los

hallazgos obtenidos a través del estudio urodinámico. Además, persiste la pregunta sobre si estos síntomas tienen una influencia significativa en los resultados de los procedimientos quirúrgicos destinados a tratar el prolapso de órganos pélvicos<sup>28</sup>. Aun en medio de ese debate, es importante destacar que el estudio urodinámico proporciona información extremadamente valiosa al cirujano que le ayuda en su labor de información al paciente y en la planificación precisa del tratamiento global<sup>26</sup>

En general, estos procedimientos y evaluaciones buscan diagnosticar y evaluar problemas ginecológicos y urinarios en mujeres relacionados con la sintomatología de las mujeres con prolapso. Permiten a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas sobre el tratamiento adecuado, especialmente en casos de incontinencia urinaria y disfunción del tracto urinario.

## **2.8 Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos**

El tratamiento del prolapso de órganos pélvicos debe ser dirigido a mujeres que presenten síntomas y debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. De esta forma, se evita la intervención quirúrgica en casos de prolapso asintomático. Las opciones de tratamiento para el prolapso de órganos pélvicos incluyen medidas conservadoras, como modificaciones en el estilo de vida y terapias físicas, así como cirugía o el uso de pesarios. La elección del enfoque terapéutico debe considerar la preferencia de la mujer, así como su capacidad para seguir un tratamiento conservador y tolerar una cirugía<sup>21</sup>.

### **2.8.1 Tratamiento conservador**

La elección del tratamiento para aliviar los síntomas del prolapso depende en gran medida de las preferencias de cada paciente. Para aquellas mujeres que no experimentan síntomas o tienen síntomas leves que no les causan molestias significativas, puede ser adecuado no someterse a ningún tratamiento adicional. Si bien la opción de la cirugía para el manejo del prolapso es válida para la mayoría de las mujeres, muchas desean evitarla o postergarla, mientras que otras no están en condiciones óptimas para someterse a procedimientos quirúrgicos debido a factores como la anestesia y la recuperación posterior<sup>27</sup>.

Dwyer *et al.*<sup>28</sup> destacan que existe una falta de datos sólidos sobre el impacto de las cirugías de prolapso en relación con futuros embarazos y partos. Aunque se han documentado

embarazos exitosos después de procedimientos quirúrgicos para conservar el útero, la evidencia sobre cómo estos afectan el soporte posoperatorio es limitada. Por lo tanto, a las mujeres que desean tener más hijos se les aconseja a menudo considerar opciones de tratamiento conservadoras y posponer la cirugía hasta después de completar su familia.

No hay evidencia suficiente para comparar la eficacia del manejo quirúrgico con las modificaciones en el estilo de vida y el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Los estudios que han comparado el manejo quirúrgico con el uso de pesarios han mostrado resultados similares entre ambas opciones de tratamiento después de doce meses<sup>28</sup>.

En consecuencia, es fundamental proporcionar a las mujeres información detallada sobre todas las opciones disponibles para el manejo de sus síntomas. Esto les permitirá tomar decisiones informadas y seleccionar la opción de tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades y preferencias individuales<sup>28</sup>.

#### **2.8.1.1 Recomendaciones de estilo de vida**

La orientación sobre el estilo de vida dirigida a las mujeres con prolapso se presenta comúnmente al considerar las opciones de tratamiento.

Estas sugerencias incluyen la reducción de peso en mujeres que tienen sobrepeso u obesidad, la precaución al realizar actividades que implican el levantamiento de objetos pesados, el uso de dispositivos ortopédicos antes de emprender actividades que puedan aumentar la presión intraabdominal cuando no puedan evitarse y la prevención del estreñimiento para minimizar el esfuerzo<sup>28</sup>.

Estas recomendaciones se fundamentan en un conocimiento profundo de la anatomía y la fisiología del prolapso de órganos pélvicos. No obstante, es importante destacar que hasta la fecha no existe evidencia sólida que respalde la eficacia de estas medidas como un tratamiento para prevenir una mayor progresión del prolapso o para reducir los síntomas existentes<sup>28</sup>.

Dwyer *et al.*<sup>28</sup> mencionan que, a pesar de la falta de evidencia concluyente en cuanto a la eficacia de estas recomendaciones, varios estudios han investigado el impacto del índice de masa corporal en los síntomas del prolapso. Los resultados de estos estudios sugieren que la pérdida de peso no necesariamente conduce a una mejora significativa en los síntomas

autoinformados del prolapso; sin embargo, es importante señalar que el fomento del mantenimiento de un peso saludable puede ser una medida preventiva relevante para aquellas mujeres que presentan un prolapso y tienen un IMC dentro de los valores considerados normales. De hecho, Weintraub *et al.*<sup>27</sup> se refieren a esto al decir que:

la obesidad afecta directamente los síntomas del prolapso de órganos pélvicos. Un aumento crónico de la presión intraabdominal, el daño a los nervios y las comorbilidades de las personas obesas contribuyen a la disfunción del suelo pélvico. La presión intraabdominal provoca una tensión excesiva en las estructuras pélvicas, incluido el nervio pudendo. Comorbilidades como la diabetes contribuyen a las características deficientes de los tejidos a través de la neuropatía, los antecedentes genéticos y la hipermovilidad de las articulaciones.

Dado que el prolapso de órganos pélvicos puede afectar la calidad de vida de las mujeres de manera significativa, son esenciales la investigación continua y la evaluación de las opciones de tratamiento. Deben incluirse las recomendaciones de estilo de vida con el objetivo de brindar el mejor cuidado posible a las pacientes que enfrentan esta afección. La toma de decisiones sobre el tratamiento debe basarse en la evidencia disponible y en las necesidades individuales de cada mujer de modo que se promueva un enfoque personalizado y centrado en el paciente.

En el caso de las mujeres que experimentan un prolapso de órganos pélvicos en una etapa avanzada, es poco probable que las modificaciones en su estilo de vida por sí solas proporcionen una mejoría significativa en sus síntomas. A menudo, las recomendaciones de estilo de vida se brindan como parte de un enfoque integral que incluye el reentrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Sin embargo, es fundamental reconocer que hasta la fecha no se dispone de evidencia sólida que compare directamente los beneficios de las modificaciones en el estilo de vida como un enfoque único de manejo del prolapso con otras opciones disponibles.

Es importante destacar que, en casos de prolapso más extenso, los síntomas suelen ser más pronunciados y pueden interferir significativamente en la calidad de vida de las mujeres afectadas. En tales situaciones, es probable que se requiera un enfoque de tratamiento que combine diversas estrategias para abordar los síntomas y el prolapso en sí; esto podría incluir

terapias dirigidas al fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico, además de las recomendaciones de estilo de vida, con el objetivo de ofrecer a las pacientes una atención más completa y efectiva<sup>28</sup>.

### **2.8.1.2 Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico**

El fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico mediante ejercicios de entrenamiento ha sido una estrategia de tratamiento ampliamente considerada para abordar los síntomas del prolapso. Se ha postulado que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico contribuye al aumento de la masa muscular en esta área, lo que, a su vez, tendría un efecto de elevación sobre los órganos pélvicos<sup>28</sup>.

En este contexto, el objetivo principal del entrenamiento de músculos del suelo pélvico supervisado es proporcionar a las pacientes los conocimientos necesarios para llevar a cabo ejercicios específicos destinados al fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico. Estos programas de entrenamiento de músculos del suelo pélvico supervisado están diseñados para garantizar que las pacientes realicen los ejercicios de manera adecuada y efectiva, particularmente durante sus primeros intentos.

Un ensayo clínico aleatorizado y aplicado en varios centros de salud comparó la aplicación de un programa individualizado de entrenamiento de músculos del suelo pélvico supervisado frente al uso de un folleto de consejos sobre estilo de vida que no incluía estos ejercicios. En este estudio participaron cuatrocientas cuarenta y siete mujeres recién diagnosticadas con prolapso en etapas 1-3<sup>28</sup>.

El grupo que recibió la intervención tuvo la oportunidad de participar en cuatro sesiones individuales de entrenamiento de músculos del suelo pélvico en las que fueron supervisadas por fisioterapeutas especializados en salud de la mujer. Estas sesiones incluían explicaciones detalladas sobre el prolapso, la anatomía relevante y el funcionamiento de los músculos del suelo pélvico. Además, se realizó un examen interno para evaluar la función y la técnica adecuada. Las pacientes recibieron un programa de ejercicios para realizar en casa con el objetivo de cumplir con series de hasta diez contracciones máximas y cincuenta contracciones rápidas tres veces al día. También, se enseñó a las mujeres un *ejercicio de*

*habilidad* que implicaba la contracción del suelo pélvico antes de experimentar un aumento en la presión intraabdominal, como al toser<sup>28</sup>.

Los resultados a los doce meses mostraron que las mujeres que participaron en el programa de entrenamiento de músculos del suelo pélvico supervisado informaron de una reducción en los síntomas relacionados con el prolapso. Además, se observó cierta mejoría en la anatomía de las mujeres que recibieron entrenamiento de músculos del suelo pélvico supervisado, aunque esta mejora no alcanzó significancia estadística<sup>28</sup>.

Es importante destacar que este estudio no incluyó a mujeres con prolapso en etapa 4 y no se llevaron a cabo análisis detallados de los resultados según la etapa de prolapso. Asimismo, se desconocen los efectos a largo plazo del entrenamiento de músculos del suelo pélvico supervisado, por lo que, con el fin de maximizar los posibles beneficios, es crucial informar a las pacientes que estos ejercicios deben ser practicados de forma regular e independiente en lugar de depender únicamente de sesiones de tratamiento supervisadas<sup>28</sup>.

### **2.8.1.3 Pesarios**

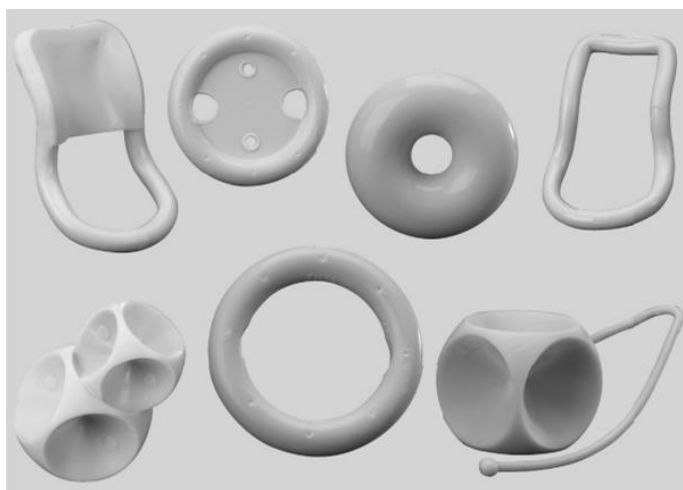
El manejo del pesario es una práctica que tiene una larga historia; se han encontrado registros que datan del año 1550 a.C. en los que se describe el uso de diversos materiales —frutas, bronce, algodón y lana— para reducir y proporcionar apoyo manual al prolapso de órganos pélvicos. En la actualidad, existen varios tipos de pesarios disponibles. El médico debe tener en cuenta el tamaño y el estilo al elegir el más adecuado para cada paciente<sup>28</sup>.

Según Gómez de Quero Córdoba<sup>43</sup>, la indicación más común para el uso de pesarios vaginales es el apoyo y el reposicionamiento de los órganos pélvicos prolapsados. Los objetivos principales son prevenir el empeoramiento del prolapso, mejorar los síntomas del prolapso y evitar la necesidad de cirugía. La autora menciona que se han informado tasas de éxito a largo plazo de hasta el 86 %. Además, que diferentes encuestas ginecológicas a nivel internacional señalan que una gran mayoría (86 %) de los ginecólogos optan por la opción de pautar pesarios como tratamiento.

Los pesarios se pueden clasificar en dos categorías principales: pesarios *de soporte* y pesarios *de relleno de espacio*. Los primeros se introducen en la vagina y se colocan entre el hueso púbico y el fondo de saco posterior para proporcionar un apoyo a los órganos pélvicos

que tienden a descender<sup>29</sup>. Entre los pesarios de soporte se incluyen los pesarios de anillo con soporte en el centro, los cuales son particularmente beneficiosos para mujeres con prolapso del compartimento medio, y los pesarios de Gehrung<sup>29</sup>. Los pesarios de anillo son una opción popular para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos porque no interfieren con la actividad sexual y son fáciles de insertar y retirar. Por otro lado, los pesarios de Gehrung, aunque menos comunes, pueden ofrecer un buen soporte para las paredes vaginales prolapsadas, especialmente en mujeres con cistocele o rectocele<sup>28</sup>.

**Figura 2: Tipos de Pesarios**



**Fuente: imagen tomada de la referencia<sup>28</sup>.**

Es importante mencionar que los pesarios de soporte pueden estar fabricados de materiales como vinilo o silicona. Los anillos de vinilo suelen ser más económicos en comparación con los de silicona, pero son menos maleables. Esto puede dificultar su manejo y autocontrol por parte de las pacientes<sup>28</sup>.

En cuanto a los pesarios que se utilizan para ocupar espacio en la vagina, estos tienen como principal función proporcionar soporte interno y llenar la cavidad vaginal para ayudar a prevenir el descenso del POP. Además de brindar apoyo, estos pesarios generan un efecto de succión alrededor de su área, lo que aumenta la probabilidad de que se mantengan en su lugar. Entre los tipos de pesarios que se incluyen en esta categoría se encuentran: el pesario de estante, el pesario de Gellhorn, el pesario tipo donut y el pesario tipo cubo<sup>28</sup>.

Es importante mencionar que, debido a que estos pesarios ocupan un área más grande de la vagina en comparación con los pesarios de soporte, existe un mayor riesgo de complicaciones como erosiones o ulceraciones en la mucosa vaginal. Además, los pesarios que ocupan espacio no son compatibles con las relaciones sexuales, por lo que las pacientes deben ser informadas sobre este aspecto o tener la capacidad de autogestionar la inserción y retirada del pesario según sus preferencias<sup>28</sup>.

La extracción de pesarios que ocupan espacio puede dificultarse debido a la succión generada por su diseño. En algunos casos, estos pesarios están equipados con un tallo que el médico puede utilizar para aplicar tracción y, al mismo tiempo, utilizar la otra mano para interrumpir la succión entre el pesario y la pared vaginal. De esta forma se facilita su extracción<sup>28</sup>.

En la actualidad, existe una falta de evidencia que permita determinar cuál es el pesario más adecuado para las diferentes características de las pacientes. Sin embargo, los más utilizados en la práctica clínica son: los pesarios de anillo, anillo con soporte, donut, estante y Gellhorn. La elección del tipo de pesario dependerá de las necesidades individuales de cada paciente y de las consideraciones médicas<sup>28</sup>.

Es fundamental que las mujeres que consideren utilizar un pesario reciban información adecuada sobre el proceso de adaptación de este dispositivo, el cual, a menudo, implica un proceso de *prueba y error* para determinar el tipo y tamaño de pesario que mejor se ajuste a sus necesidades<sup>28</sup>.

Si una mujer experimenta la expulsión del pesario, es esencial alentarla a regresar para una nueva evaluación que permita identificar el pesario más adecuado en términos de tamaño o tipo. Un estudio previo ha reportado que, en promedio, las mujeres necesitan probar aproximadamente dos pesarios antes de encontrar un pesario que les ofrezca un ajuste cómodo y efectivo. Sin embargo, este número puede variar; algunas mujeres pueden probar hasta seis pesarios antes de encontrar el que satisfaga sus necesidades<sup>28</sup>. Como ejemplo, Marina Gómez de Quero Córdoba *et al.*<sup>43</sup> reportan que la tasa media de interrupción, de acuerdo con los datos que recopiló en diecinueve estudios que analizó, fue del 49,1 %. Los fundamentos para la interrupción incluyeron el fracaso para retener el pesario, la

incomodidad, el deseo de cirugía y la incapacidad para extraer la inserción/extracción del pesario.

Existen varios factores que se correlacionan con la adaptación exitosa al pesario: la elección de un pesario de soporte, la no obesidad de la paciente y la ausencia de antecedentes de histerectomía o cirugía de prolapso de órganos pélvicos, entre otras. Es relevante destacar que ni la gravedad del prolapso ni el compartimento específico del prolapso influyen significativamente en la probabilidad de éxito del pesario durante las primeras tres semanas de seguimiento<sup>28</sup>. No obstante, algunos estudios sugieren que los pesarios pueden tener menos éxito en el tratamiento del prolapso que afecta exclusivamente la pared posterior inferior de la vagina. Por lo tanto, se recomienda ofrecer el tratamiento con pesario a todas las pacientes sintomáticas, independientemente de la estadificación o el tipo de prolapso que presenten, para brindarles una opción de manejo efectiva y mejorar su calidad de vida<sup>28</sup>.

La investigación centrada en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos ha identificado ciertos factores que influyen en la probabilidad de que las mujeres elijan el tratamiento quirúrgico en lugar del pesario. Estos factores incluyen la presencia de síntomas intestinales significativamente molestos, la experiencia de una disminución en la función sexual y una percepción más marcada del impacto negativo del prolapso en la calidad de vida de la paciente<sup>28</sup>.

Por otro lado, se ha observado que algunas características de las mujeres aumentan la probabilidad de que estén satisfechas con el manejo del pesario a largo plazo. Estas características incluyen tener 65 años o más, tener una vida sexual menos activa, presentar un prolapso en etapa 1 o 2 y no tener una preferencia inicial por la cirugía al momento de la consulta médica<sup>28</sup>.

Estos hallazgos resaltan la importancia de tener en cuenta una variedad de factores personales y clínicos al tomar decisiones sobre el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos para garantizar que las mujeres reciban la opción de manejo más adecuada y que estén satisfechas con su elección en un largo plazo<sup>28</sup>. La investigación enfocada en la toma de decisiones sobre el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos ha proporcionado valiosos conocimientos sobre los factores que influyen en las elecciones de las mujeres en cuanto al enfoque terapéutico<sup>28</sup>. La posibilidad de que las mujeres ejerzan un control

autónomo sobre el uso de pesarios es uno de ellos. Este factor, por ejemplo, permite que las mujeres tomen decisiones basadas en sus necesidades individuales y preferencias. Algunas pueden optar por retirar el pesario durante la actividad sexual, mientras que otras pueden insertarlo únicamente cuando realizan actividades físicas específicas<sup>28</sup>.

Debe acotarse que la capacitación y el apoyo a las mujeres en el uso autónomo de sus pesarios, incluyendo la enseñanza de cómo insertarlos y retirarlos según sus necesidades, son fundamentales para empoderarlas y brindarles un mayor control sobre su condición. Se ha demostrado que las mujeres con prolapso de órganos pélvicos pueden llevar a cabo exitosamente el autocontrol de los pesarios de apoyo, lo que respalda su viabilidad y aceptabilidad<sup>29</sup>.

Finalmente, se debe resaltar que se requiere una investigación adicional para evaluar la eficacia clínica y la viabilidad económica del autocontrol de pesarios a mayor escala; con ello, se podría contribuir en la definición de su papel en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos<sup>28</sup>.

#### **2.8.1.4 Ropa interior de soporte**

Existen diversos productos de ropa interior de apoyo disponibles para mujeres con prolapso, aunque la evidencia sobre su eficacia es limitada. La ropa interior de apoyo está diseñada para prevenir que el prolapso descienda más allá del himen, pero no influye en la posición del prolapso dentro de la vagina<sup>28</sup>.

Aunque se considera un tratamiento no invasivo que las mujeres pueden utilizar cómodamente en sus hogares, su eficacia como opción para aliviar los síntomas del prolapso no ha sido ampliamente respaldada por evidencia científica<sup>28</sup>. Sobre este tema, se halló un estudio observacional que incluyó a trece participantes con distintos grados de prolapso<sup>29</sup>. En este trabajo, se evaluó la eficacia de la ropa interior de apoyo Pro-Portare, que es uno de los pocos productos disponibles en esta categoría. Sin embargo, los resultados no demostraron una mejora significativa en la calidad de vida de las pacientes y la mayoría de las participantes dejaron de usar el producto antes de que finalizara el período de estudio de cuatro semanas debido a la incomodidad y la percepción de falta de beneficio<sup>28</sup>.

En resumen, la evidencia existente sugiere que la ropa interior de apoyo puede no ser una opción efectiva para el alivio de los síntomas del prolapso. Es importante destacar que probar la ropa interior de apoyo no suele representar un riesgo significativo para las pacientes, pero se debe tener en cuenta el costo, ya sea para las propias pacientes o para el sistema de salud, en vista de la falta de evidencia sólida que respalde su eficacia<sup>28</sup>.

#### **2.8.1.5 Reemplazo estrogénico**

El uso del reemplazo vaginal de estrógeno es una práctica común en combinación con otras estrategias de manejo para el prolapso de órganos pélvicos, ya sea antes o después de una intervención quirúrgica, o en conjunto con pesarios. En la práctica clínica, muchos médicos recomiendan cremas vaginales de estrógeno como una medida complementaria al uso de pesarios o como una opción inicial; esto ocurre especialmente en casos en los que se observan signos de vaginitis atrófica durante el examen. El reemplazo vaginal de estrógeno ha demostrado ser beneficioso en la reducción de los síntomas de la atrofia vaginal, como el dolor, la sequedad y la dispareunia; los cuales también pueden estar presentes junto con el prolapso de órganos pélvicos<sup>28</sup>.

A pesar de lo expuesto, también para esta práctica existe una falta de pruebas concluyentes<sup>29</sup>. En la actualidad, no existe evidencia suficiente que respalde que el reemplazo de estrógenos deba considerarse como un tratamiento definitivo para el prolapso de órganos pélvicos. Se necesita llevar a cabo más investigación para comprender completamente su eficacia y su papel en la gestión de esta afección<sup>28</sup>.

#### **2.8.1.6 Terapia con láser**

La terapia con láser ha atraído una creciente atención como tratamiento eficaz para la atrofia vulvovaginal. Se está investigando su potencial para mejorar la incontinencia urinaria y, posiblemente, el soporte pélvico en el contexto del prolapso de órganos pélvicos<sup>21</sup>.

Se han utilizado dos tipos de láser, el *láser de CO2 fraccional microablatoivo* y el *láser Er:YAG vaginal no ablativo*, para inducir cambios morfológicos en los tejidos vaginales al promover la generación de nuevo colágeno. Hasta ahora, la mayor cantidad de datos disponibles se refiere al tratamiento de la atrofia vulvovaginal<sup>21</sup>.

Dado que el láser tiene efectos sobre el colágeno y los tejidos del suelo pélvico, ha surgido el interés en explorar su potencial como un enfoque no quirúrgico para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos en sus etapas leves y la incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin embargo, es importante destacar que, hasta ahora, la evidencia científica que respalda el uso de láseres en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y el POP es limitada<sup>21</sup>.

Se requieren estudios aleatorios que comparen diferentes tecnologías láser, evalúen el efecto de la terapia con láser en comparación con otras opciones de tratamiento y determinen tanto la duración de los efectos terapéuticos como la seguridad de las aplicaciones repetidas<sup>21</sup>.

### **2.8.2 Tratamiento quirúrgico o no conservador**

Las mujeres que experimentan síntomas significativos debido al prolapso de órganos pélvicos y no han tenido éxito con tratamientos conservadores son consideradas candidatas para la cirugía reconstructiva. Es importante destacar que no se recomienda realizar reparaciones quirúrgicas del prolapso de órganos pélvicos en ausencia de síntomas. La decisión de realizar una cirugía debe basarse en la identificación precisa de los síntomas relacionados con cada compartimento anatómico específico del prolapso ya que esto guiará la planificación quirúrgica<sup>21</sup>.

Varios factores influyen en la planificación de la cirugía; en particular, la complejidad de los defectos anatómicos involucrados y los riesgos individuales de complicaciones. Por lo general, cuando se trata de reparaciones aisladas de la pared vaginal anterior, posterior o apical, se opta por abordajes transvaginales. Sin embargo, en casos de prolapso de órganos pélvicos de mayor complejidad —que involucran múltiples compartimentos—, la cirugía abdominal se considera más efectiva y segura<sup>21</sup>.

En términos de técnicas quirúrgicas, estas pueden clasificarse en dos categorías principales: las *obliterativas* y las *reconstructivas*. En las primeras, como es el caso de la colpocleisis, se busca el cierre del hiato genital para contener el prolapso. Este enfoque se emplea comúnmente en pacientes con una edad avanzada, que tiene prolapsos significativos o recidivas, y que aceptan la limitación de la capacidad para mantener relaciones sexuales coitales. El abordaje para esta técnica siempre es vaginal. Por su parte, las técnicas

reconstructivas persiguen obtener el mejor resultado anatómico y funcional posible; la elección de la vía de abordaje puede ser vaginal, abdominal abierta o laparoscópica<sup>9</sup>.

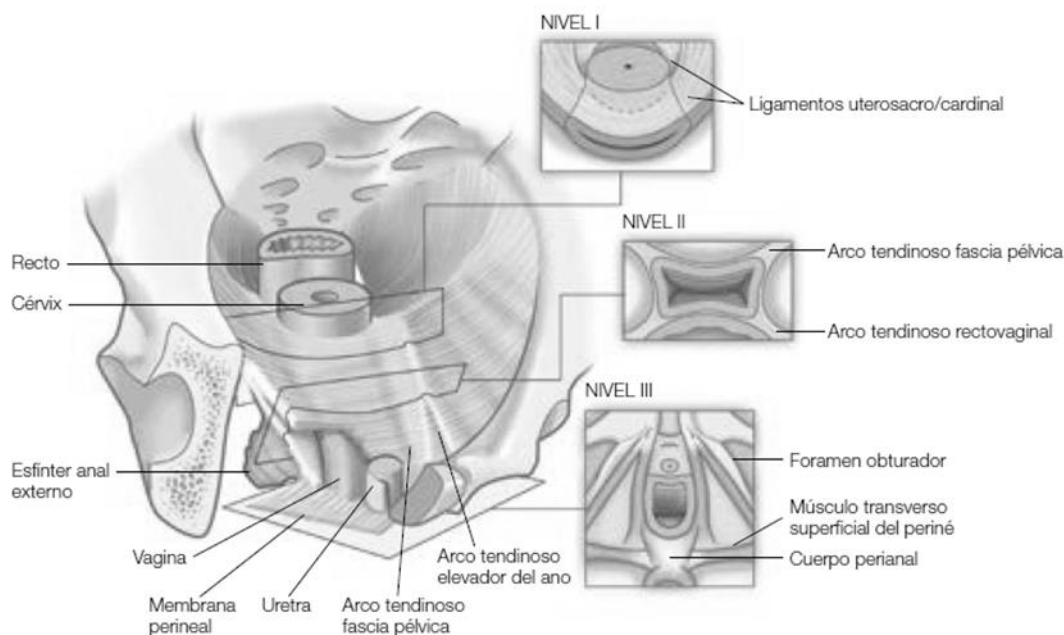
La Sociedad Estadounidense de Uroginecología (AUGS) y la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) publicaron un informe conjunto con una propuesta de terminología y estandarización de los diversos procedimientos quirúrgicos para tratar el POP. Esta herramienta documental, sin duda, ha supuesto un gran avance en este campo<sup>30</sup>. Es que, según Torras Caral *et al.*<sup>30</sup>, “La gran variedad de técnicas quirúrgicas disponibles para corregir el POP y la ausencia de una terminología estandarizada son dos importantes impedimentos para obtener investigación clínica de calidad sobre los resultados de los tratamientos”.

En la cirugía reconstructiva del POP en la zona apical, el aspecto más crítico es asegurar la fijación de la vagina o el útero a estructuras anatómicas en la cavidad pélvica. Este procedimiento tiene como objetivo restablecer la anatomía normal mediante la corrección del descenso especialmente en la región apical.

Existen diferentes puntos de anclaje utilizados en estas cirugías reconstructivas para asegurar la estabilidad de la vagina (o el útero) y, por lo tanto, mantener el soporte adecuado de los otros órganos pélvicos<sup>30</sup>. La anatomía pélvica se divide en tres niveles de soporte que, según la clasificación de DeLancey —citado en Torras *et al.*<sup>30</sup>—, son fundamentales para estabilizar y condicionar el soporte adecuado de la vagina y otros órganos pélvicos. Estos niveles de soporte son esenciales para comprender la corrección del prolapso apical. Los puntos de anclaje utilizados para corregir el prolapso apical se encuentran en diferentes ubicaciones anatómicas en la pelvis, lo que resulta en ángulos variables en la posición de la vagina después de la cirugía.

En la figura 4 se presenta una representación visual de la ubicación de los principales puntos de anclaje utilizados en las cirugías para el tratamiento del prolapso apical de acuerdo con el nivel del POP.

**Figura 3: Niveles I, II y III de DeLancey**



**Fuente: imagen tomada de la referencia<sup>30</sup>.**

### **2.8.2.1 Técnicas reconstructivas del prolapso apical de órganos pélvicos**

En mujeres con POP apical, al igual que en otros casos de POP, la cirugía reconstructiva busca controlar los síntomas, corregir anatómicamente el defecto y prevenir su reaparición.

El aspecto más crucial en la cirugía reconstructiva del prolapso de órganos pélvicos apical radica en asegurar la fijación de la vagina o el útero a estructuras anatómicas dentro de la cavidad pélvica. Las distintas técnicas quirúrgicas se definen por los diferentes puntos utilizados para anclar el ápex vaginal (o el útero) a la pelvis<sup>31</sup>.

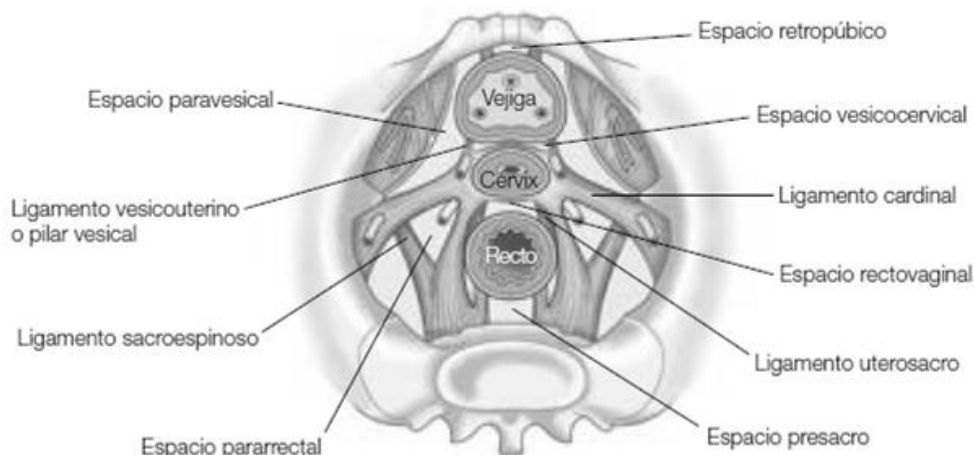
Como se explicó en el subapartado anterior, DeLancey —citado en Torras *et al.*<sup>30</sup>— ha identificado tres niveles de soporte para la vagina; en ellos, las estructuras anatómicas que sirven como principales puntos de anclaje en las técnicas quirúrgicas más comúnmente empleadas para tratar el prolapso apical se detallan a continuación:

1. Ligamento longitudinal anterior del sacro, que corresponde al nivel I de DeLancey.
2. Ligamentos uterosacros, que corresponden al nivel I de DeLancey.

3. Ligamento sacroespinoso (LSE), que corresponde al nivel I-II de DeLancey.

Asimismo, en la figura 5 se detallan los aspectos más significativos de las diversas técnicas quirúrgicas empleadas para corregir el prolapso de órganos pélvicos (POP) apical, las cuales se basan en los tres puntos de anclaje anteriores.

**Figura 4: Puntos de anclaje, espacios pélvicos, pilares y órganos pélvicos**



**Fuente: imagen tomada de la referencia<sup>33</sup>.**

#### **2.8.2.2 Técnicas reconstructivas abdominales: fijación al ligamento longitudinal anterior del sacro**

Es un procedimiento que se realiza mediante acceso abdominal a través de cirugía abierta, laparoscópica o robótica. En esta técnica, se fija la cúpula vaginal, el cuello uterino o el útero al ligamento longitudinal anterior del sacro mediante el uso de una malla sintética o un injerto biológico. Este material se une a la capa fibromuscular de las paredes vaginales anterior y/o posterior. La fijación del injerto en el ligamento longitudinal anterior del sacro (S1-S2) tiene como objetivo reducir el sangrado y prevenir la lesión del disco intervertebral, evitando así el riesgo de discitis<sup>31</sup>.

Su denominación varía según las estructuras involucradas; se conoce como *colposacropexia* cuando se asegura la cúpula vaginal al sacro en mujeres con histerectomía previa, *cervicosacropexia* cuando se fija el cuello uterino después de una histerectomía subtotal e *histerosacropexia* cuando el órgano fijado es el útero<sup>4</sup>.

La técnica original para corregir el prolapso de la cúpula a través de una incisión abdominal fue propuesta por Lane en 1962. La opción laparoscópica ha ganado aceptación de manera progresiva como una alternativa a la cirugía abdominal abierta, ya que ha demostrado una disminución en la morbilidad y un tiempo de recuperación más corto en el periodo postoperatorio inmediato. En la actualidad, tanto la laparoscopia como la cirugía robótica coexisten; dependen, más bien, de la disponibilidad en los centros médicos<sup>31</sup>.

Los aspectos fundamentales de este procedimiento incluyen, en primer lugar, la entrada a la cavidad abdominal y la identificación de los puntos anatómicos de referencia. Igualmente, la separación del recto sigma a la izquierda del sacro para exponer el peritoneo que recubre el promontorio sacro y permitir el acceso, en la región retroperitoneal, al ligamento longitudinal anterior en el nivel de S1-S2. En segundo lugar, se llevan a cabo la disección del peritoneo a lo largo de la pared pélvica derecha hasta llegar a la vagina y la separación tanto de la vejiga (pared vaginal anterior) como del recto (pared vaginal posterior). Por último, se introduce el injerto en la cavidad abdominal y se asegura a la vagina, el cuello uterino o el recto (en la parte caudal) y al ligamento longitudinal anterior (en la parte craneal). Tras este procedimiento se asegura la suspensión del compartimento apical<sup>31</sup>.

La colposacropexia, la cervicosacropexia y la histerosacropexia presentan numerosas variaciones técnicas. Los elementos clave que pueden variar incluyen el tipo de material, la forma del injerto y la superficie de unión a la pared vaginal (ya sea solo al ápex o asociada a la pared anterior y/o posterior). Además de estos puntos, la manera en que se fija el injerto, tanto al sacro como a la vagina (o al cuello uterino), constituye otra fuente significativa de variaciones en la técnica. De acuerdo con la manera en que se realiza el injerto pueden cambiar elementos como: el uso de dispositivos o puntos de sutura, el material de sutura, el número de puntos de fijación y la extensión de las suturas<sup>31</sup>.

En la actualidad, el polipropileno es el material más comúnmente empleado para la suspensión; sin embargo, se ha reportado el uso de diversos materiales. Estos incluyen materiales sintéticos (absorbibles y no absorbibles), por ejemplo, poliglactina; y materiales biológicos como fascia del recto o fascia lata autóloga; duramadre cadavérica y fascia lata; y dermis porcina xenogénica<sup>31</sup>.

En lo que respecta a la fijación, tanto al sacro como a la vagina (o cuello uterino), se ha llevado a cabo mediante suturas (absorbibles y no absorbibles) y/o dispositivos tipo tackers. La cantidad de suturas puede variar en esta técnica. Los injertos pueden tener diseños preexistentes en el mercado o pueden ser diseñados de manera individual por el cirujano, ya sea en una o dos piezas, adoptando formas como ‘Y’ o ‘L’. Una variante técnica sujeta a debate constante es la posible extensión del punto de inserción del injerto en la pared vaginal posterior hasta el músculo elevador del ano, e incluso hasta el cuerpo perineal, con el objetivo de proporcionar soporte al nivel III de DeLancey<sup>31</sup>.

La cirugía abdominal con fijación al sacro para corregir el POP apical puede presentar desafíos técnicos. Por este motivo, se han propuesto diversas alternativas como el *anclaje al ligamento pectíneo* (o *de Cooper*) y el *anclaje a la pared abdominal*. La técnica que utiliza el ligamento pectíneo como punto de anclaje apical se conoce como *pectopexia* y fue descrita hace una década como una opción para pacientes obesas<sup>31</sup>. Por otro lado, la fijación a la pared abdominal, conocida como la *técnica de Dubuissou*, implica el uso de un injerto de malla sintética en forma de ‘T’ colocado en el tabique vesicovaginal y suspendido bilateralmente en la pared abdominal de forma posterior a la espina iliaca anterosuperior<sup>31</sup>.

### **2.8.2.3 Técnicas reconstructivas vaginales. Fijación a los ligamentos úterosacros**

La sujeción de la vagina al complejo uterosacro-cardinal es conocida como *culdoplastia*; su objetivo es la reconstrucción anatómica de un prolapso de cúpula o, en el caso de una histerectomía vaginal, suspender el ápex vaginal. La *culdoplastia*, que implica la sutura de la pared vaginal a los ligamentos uterosacros, fue inicialmente descrita en 1927 como un procedimiento realizado por vía vaginal para tratar el prolapso de cúpula<sup>20</sup>.

En 1957, McCall presentó la *culdoplastia posterior* que lleva su nombre<sup>9</sup>. Esta consiste en la suspensión de la cúpula vaginal (del fondo de saco posterior) a los ligamentos uterosacros, los cuales se acercan en la línea media posterior y se cierra el fondo del saco de Douglas<sup>9</sup>. Esta forma de suspensión de la vagina a los ligamentos uterosacros es un paso esencial al concluir una histerectomía porque existe evidencia que respalda su impacto significativo en la prevención de la recurrencia del prolapso. En realidad, en el contexto de la histerectomía vaginal, la *culdoplastia* de McCall representa la auténtica intervención para

el prolapso genital apical, dado que la histerectomía, por sí sola, no aborda la corrección del POP<sup>9</sup>.

La culdoplastia realizada inmediatamente después de la histerectomía tiene como resultado la restauración del ápex vaginal al nivel I de DeLancey y debería llevarse a cabo de manera sistemática a menos que no se disponga de ligamentos uterosacros viables y se opte por otra forma de fijación vaginal como la fijación sacroespinal<sup>31</sup>.

Según Torras *et al.*<sup>30</sup>, los puntos clave de la culdoplastia se describen en las dos variantes técnicas que se presentan a continuación:

En la variante inicial de la culdoplastia, se inicia una peritonización alta mediante una sutura en forma de bolsa de tabaco. Posteriormente, se realiza un recorte en forma de triángulo en el peritoneo posterior que ha quedado fuera de la cavidad peritoneal (distal a la sutura previa del peritoneo).

Se comienza con un primer punto desde la parte proximal del ligamento uterosacro, que atraviesa la superficie cruenta posterior (el área donde se ha efectuado el recorte del peritoneo) hasta la parte proximal del ligamento uterosacro contralateral, marcándolo como referencia.

Luego, se repite la maniobra con 1 o 2 puntos más distales, abarcando toda la longitud de los ligamentos uterosacros. Se realiza un nudo y se corta el punto más distal, seguido del punto intermedio y, finalmente, utilizando el primer punto proximal, se lleva a cabo una sutura continua a lo largo de todo el borde vaginal posterior.

Se anuda y se corta. Las suturas de los ligamentos uterosacros quedan marcadas, y después de atar los 3 puntos de la culdoplastia, se encuentran en la línea media. En casos donde haya exceso de vagina, se realiza la extirpación de un triángulo de la pared posterior junto al peritoneo, y se sigue el mismo procedimiento. Esta técnica se conoce como "culdoplastia de McCall modificada".

Mientras tanto, en la segunda alternativa, los tres puntos colocados en los ligamentos uterosacros son transfixiantes desde la vagina. Cada punto se inicia desde la parte externa de la mucosa vaginal, atraviesa el ligamento uterosacro de ambos lados hasta el peritoneo y

regresa a la vagina desde el peritoneo. Los puntos transfixiantes quedan en la vagina aproximadamente a la altura de las cinco y siete en punto del reloj<sup>31</sup>.

A principios del siglo XXI, se publicaron investigaciones que detallaban variantes técnicas de la culdoplastia, las cuales han sido adoptadas en la mayoría de los estudios publicados en las últimas dos décadas en los que se comparan esta forma de suspensión apical con otras técnicas como formas para corregir el prolapso de dicho compartimento<sup>31</sup>.

En pacientes con prolapso uterino en un estado avanzado, caracterizado por una inversión completa de la vagina, los ligamentos uterosacros tienden a alargarse considerablemente y solo mantienen su integridad anatómica en su porción más alta. En estos casos, la culdoplastia convencional presenta limitaciones en cuanto a su probabilidad de éxito; este hecho ha llevado a algunos autores a proponer, como alternativa, una suspensión a los ligamentos uterosacros más elevada que la convencional. Esta técnica es conocida como *McCall alto*; en ella, la vagina se fija a los ligamentos uterosacros en un nivel más elevado, cerca de las espinas isquiáticas, mediante la aplicación de varias suturas bilateralmente a través de ellos. Este método de fijación de la vagina no afecta el eje vaginal, pero la principal complicación de la técnica es la proximidad de los uréteres. Existe un riesgo estimado de acodamiento y obstrucción de los mismos que oscila entre el 1 % y el 3 %<sup>16,31</sup>.

#### **2.8.2.4 Técnicas reconstructivas vaginales: Fijación al ligamento sacroespinoso**

La *fijación a los ligamentos sacroespinosos* (LSE) se define como la suspensión del vértice vaginal a estos ligamentos mediante sutura, ya sea de manera unilateral o bilateral. Nuevamente, el propósito de esta técnica es lograr la reconstrucción anatómica en pacientes con prolapso de cúpula o un prolapso uterino severo (grado III o IV)<sup>31</sup>.

En situaciones en las que, después de la histerectomía vaginal, la cúpula y la porción distal de los ligamentos uterosacros y cardinales quedan al nivel del himen, la fijación a los LSE podría considerarse como la opción quirúrgica preferida en comparación con la culdoplastia. Esta técnica fue introducida por Ritchter en 1968 como un tratamiento para el prolapso de la cúpula vaginal posterior a una histerectomía<sup>31</sup>.

Usualmente, esta fijación se realiza mediante la vía transvaginal sin necesidad de ingresar a la cavidad peritoneal. En el caso de una paciente con prolapso uterino, la fijación

a los LSE puede llevarse a cabo simultáneamente después de una histerectomía. El vértice vaginal se une a uno o ambos LSE, ubicándose al menos 2-3 cm medial a la espina isquiática. Dado que esta fijación modifica el eje vaginal lateralmente, existe un mayor riesgo de prolapso en el compartimento anterior<sup>31</sup>.

Los aspectos fundamentales de esta técnica incluyen la identificación táctil de la espina ciática y el ligamento sacroespinoso (LSE), así como la apertura del espacio pararrectal, lo que facilita la localización del LSE<sup>31</sup>.

Los puntos críticos abarcan la separación del recto mediante valvas extensas colocadas en el espacio pararrectal para evitar daños al recto, el paso de suturas a través del LSE (ya sea mediante visión directa o palpación) y, finalmente, el enlace de estas suturas a través de la pared vaginal para asegurarlas de forma que conecten el LSE con el nuevo ápex vaginal mientras mantienen una tensión adecuada<sup>31</sup>.

En algunos casos, puede ser necesario reparar un enterocele y/o corregir defectos vaginales asociados que son comunes en pacientes con prolapso de grado avanzado. El cubrimiento de las suturas con el cierre de la vagina marca el punto culminante de esta técnica<sup>31</sup>.

Con el propósito de reducir la morbilidad relacionada con la disección requerida para visualizar directamente el LSE y para colocar las suturas en él, se han empleado instrumentos especialmente diseñados que facilitan ambas maniobras. De esta manera se evita la dependencia únicamente de la "palpación". Los resultados indican que el uso de dispositivos adaptados para llevar a cabo esta técnica constituye una ayuda significativa en la ejecución del procedimiento<sup>19</sup>.

#### **2.8.2.5 Técnicas reconstructivas con preservación uterina**

Los estudios anatómicos han confirmado que el POP no tiene, como causa, la presencia del útero y se ha establecido que la histerectomía, por sí sola, no constituye una intervención correctiva para este problema<sup>24</sup>.

Schulten *et al.*<sup>44</sup> mencionan que

El seguimiento a los cinco años muestra que la preservación uterina es más eficaz que la histerectomía vaginal con suspensión del ligamento uterosacro, y el riesgo de volver a tratar el prolapso recurrente o la neoplasia maligna es bajo.

Las mujeres que requieren corrección quirúrgica del prolapso uterino deben tener la oportunidad de elegir la preservación del útero y evitar la histerectomía.

La decisión de conservar el útero debe abordarse al informar a las pacientes sobre las opciones de tratamiento quirúrgico para el prolapso uterino. Sin embargo, en ciertos contextos clínicos, se considera altamente recomendable realizar una histerectomía<sup>25</sup>. De hecho, debería desaconsejarse la preservación uterina en casos de miomas, adenomiosis, hiperplasia endometrial, historial de lesiones cervicales, sangrado uterino anormal o posmenopáusico; antecedentes familiares de cáncer BRCA1-2 o cáncer de colon no polipósico; frente al uso de tamoxifeno o en situaciones en las que no sea posible llevar a cabo controles ginecológicos regulares<sup>24</sup>.

La *histeropexia* es el procedimiento diseñado para reconstruir el POP con preservación del útero; se utilizan tanto el acceso abdominal como el vaginal. Su objetivo principal es suspender el útero y corregir el prolapso<sup>25</sup>. El procedimiento se basa en los mismos principios que los procedimientos de suspensión vaginal después de una histerectomía —conocidos como *colpopexias*—. En consecuencia, los diversos tipos de histeropexia hacen uso de las mismas estructuras anatómicas como puntos de anclaje. Por lo tanto, la mayoría de los procedimientos de colpopexia previamente descritos pueden adaptarse para corregir el prolapso manteniendo el útero<sup>24</sup>.

La *técnica de Manchester*, el primer procedimiento reconstructivo del POP con preservación uterina, fue descrita en Inglaterra en 1888. Posteriormente, se publicó una serie de novecientos sesenta casos operados en hospitales universitarios de Estados Unidos, específicamente en Iowa<sup>37</sup>. Este método implica la combinación de la amputación del cuello uterino elongado y la histeropexia a los complejos uterosacro-cardinales<sup>32</sup>.

Los aspectos clave de esta técnica incluyen: la identificación de la base de la vejiga y la reflexión que el fondo de saco peritoneal de Douglas realiza sobre la vagina; la selección de la zona de sección vaginal y la movilización proximal de la mucosa vaginal; la localización

y sección tanto del septo supravaginal como de los pilares vesicales; la identificación, sección, movilización y referencia de los ligamentos uterosacro-cardinales; y la amputación del cérvix<sup>32</sup>.

La sutura de los complejos uterosacro-cardinales en la cara anterior del cérvix restante garantiza la suspensión apical. Finalmente, la etapa final consiste en la reconstrucción cervical mediante puntos de Sturmdorf. En casos donde se realiza una colpografía anterior, se procede a la fijación del complejo uterosacro-cardinal a la lámina muscular de la pared vaginal anterior<sup>33</sup>.

Una posible complicación tardía en mujeres sometidas a esta técnica es la *estenosis cervical*, que puede resultar en un *hematometra*. Esta reparación no es apropiada para mujeres que aún no han cumplido su deseo de gestación y planean un embarazo futuro, ya que existe el riesgo de amenaza de parto pretérmino debido a la incompetencia cervical y la necesidad de cerclaje cervical electivo<sup>33</sup>.

Existen diversas técnicas de histeropexia para tratar el prolapso uterino; a continuación, se mencionan algunas que han sido objeto de estudio en estudios comparativos y, además, que son de las más utilizadas. Estas técnicas pueden ser agrupadas según la vía de acceso, ya sea abdominal o vaginal<sup>31</sup>.

**Histeropexia mediante abordaje abdominal.** La histerosacropexia consiste en la suspensión del cuello uterino o del istmo al ligamento longitudinal anterior del sacro utilizando una malla u otro tipo de injerto. Además, se permite la fijación de la malla o del injerto a las paredes vaginales anterior y/o posterior<sup>31</sup>.

**Histeropexia a la pared abdominal.** se caracteriza por suspender el cuello uterino o el istmo a la pared abdominal. La técnica de Dubuisson, previamente descrita para el prolapso de la cúpula, logra la suspensión del útero mediante un injerto de malla sintética en forma de ‘T’ con anclaje bilateral<sup>31</sup>.

**Histeropexia mediante abordaje vaginal.** La histeropexia uterosacra se define como la suspensión mediante suturas del cuello uterino o del istmo a los ligamentos uterosacros. Por otro lado, la histeropexia sacroespinal se define como la suspensión del cuello uterino

o del istmo a los Ligamentos Sacroespinosos (LSE), de manera unilateral o bilateral, mediante suturas o un injerto de malla<sup>31</sup>.

#### **2.8.2.6 Cirugía obliterativa del prolapso apical**

La *cirugía obliterativa* representa solo un pequeño porcentaje (2-3 %) de las intervenciones para el prolapso de órganos pélvicos. Su frecuencia varía según las regiones del mundo evaluadas. Este tipo de cirugía se lleva a cabo principalmente cuando el prolapso afecta al compartimento apical, pero también se puede considerar cuando el prolapso afecta solo al compartimento anterior o posterior<sup>30</sup>.

La *colpocleisis* es la cirugía obliterativa más comúnmente utilizada. Inicialmente, fue descrita por Gérardin en 1823 y, posteriormente, fue desarrollada por LeFort en 1877 como *colpocleisis parcial*. Esta técnica clásicamente conserva el cuello y el cuerpo uterino, aunque también puede realizarse en pacientes histerectomizadas (técnica de LeFort modificada)<sup>30</sup>.

Consiste en remodelar áreas del epitelio vaginal en las caras anterior y posterior, las cuales se suturan entre sí para cerrar el canal vaginal. Es esencial dejar sin disección los 2-3 cm a nivel suburetral y la unión uretrovesical para reducir la aparición de síntomas urinarios nuevos o para permitir la incorporación de alguna técnica antiincontinencia si es necesario<sup>33</sup>. Después del cierre vaginal, se puede llevar a cabo una colpoperineorrafia posterior —como un refuerzo adicional para la suspensión— con el objetivo de disminuir el hiato genital, fortalecer el cuerpo y la membrana perineal; y mejorar el aspecto estético<sup>30</sup>.

Esta técnica implica un tiempo quirúrgico breve y presenta una baja morbilidad durante el procedimiento. La eficacia de la colpocleisis es notablemente elevada pues alcanza un rango del 90-100 %. Este porcentaje se mantiene consistente, ya sea que se defina la curación del prolapso de órganos pélvicos como ‘*curación anatómica*’ (POP-Q  $\leq 2$ ), la ‘*ausencia de síntomas de POP*’ o la ‘*no recurrencia*’<sup>30</sup>.

Además de la alta tasa de curación, se destaca una satisfacción significativa entre las pacientes que eligen este tipo de cirugía para abordar su POP porque experimentan una mejora significativa en su percepción corporal y presentan tasas muy bajas de arrepentimiento<sup>30</sup>.

La limitación principal de la cirugía obliterativa radica en la incapacidad para llevar a cabo la actividad coital vaginal de manera definitiva, así como la imposibilidad de evaluar el cuello uterino y el útero por vía vaginal. Por este motivo, en pacientes con útero, es crucial realizar una evaluación preoperatoria de los genitales internos mediante técnicas de imagen para descartar cualquier contraindicación para preservar dicho órgano<sup>30</sup>.

En casos de patología uterina concomitante o con un riesgo elevado de desarrollar una patología maligna en esta localización, se debe considerar la histerectomía en asociación con la colpocleisis<sup>30</sup>.

### **2.8.2.7 Complicaciones de la cirugía**

Entre las complicaciones de la cirugía del prolapso se incluyen: infección de orina, retención urinaria, infección de la herida quirúrgica, sangrado y hematomas; lesiones urinarias (vejiga, uretra, uréteres), intestinales (recto) y neurológicas<sup>34</sup>.

Elena Bescós-Santana *et al.*<sup>45</sup> mencionan que

Se estima que 11.8 % de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida. En España, este procedimiento supone 30 % de la cirugía mayor ginecológica. En algunas pacientes el prolapso genital se acompaña de desgarros perineales y defectos del músculo elevador del ano.

También está descrita la aparición de otros síntomas como: dispareunia, trastornos en la micción o la defecación, y dolor pélvico crónico. Cuando se interpone material protésico pueden aparecer otras complicaciones inherentes a la colocación de la malla como: infección, exposición de la malla hacia los órganos próximos (poco frecuente) o hacia la vagina; o la retracción y encapsulamiento de la malla con acortamiento y estrechamiento vaginal secundario<sup>34</sup>.

Estas complicaciones se han relacionado con dolor, dispareunia, secreción vaginal, infecciones urinarias de repetición y sangrado vaginal. Como consecuencia, es posible que sean necesaria una nueva cirugía para extirpar la malla total o parcialmente. Además, la cirugía con mallas por vía vaginal supone un incremento en la tasa de lesiones urinarias, hematoma o sangrado, dolor posquirúrgico e incontinencia urinaria con respecto a la cirugía clásica<sup>34</sup>.

### 2.8.2.8 Recidiva tras la cirugía del prolapso de los órganos pélvicos

El principal problema del tratamiento quirúrgico del POP es que no siempre supone una cirugía definitiva. Hay pacientes que presentan una recurrencia y requieren una nueva intervención. Múltiples estudios se enfocan en los resultados de la cirugía del POP, pero los autores no coinciden en cuáles deberían ser los criterios de recidiva<sup>34</sup>.

Sumin Oh *et al.*<sup>46</sup> realizan un estudio retrospectivo en el cual señalan que:

Revisamos los expedientes médicos de 545 pacientes que se sometieron a un procedimiento de suspensión apical junto con una histerectomía por prolapso de órganos pélvicos cuantificación (POPQ) en etapas 2-4 en el Hospital Universitario Nacional de Seúl entre noviembre de 2008 y abril de 2018. De ellos, se excluyeron del análisis 22 pacientes que tuvieron un período de seguimiento de menos de cuatro meses. Todos los métodos utilizados en este estudio se realizaron de acuerdo con las directrices y regulaciones relevantes.

Al inicio, todos los pacientes completaron el cuestionario Formulario Corto del Inventario de Distrés del Suelo Pélvico (PFDI-20), proporcionaron un historial médico completo y se sometieron a un examen POPQ en una posición sentada de 45° con la vejiga vacía. De los 523 pacientes incluidos en este estudio, 272 se sometieron a reparación con tejido nativo (NTR) y 251 a (sacrocolpopexia) SCP para la suspensión apical. El NTR consistió en 129 casos de suspensión iliococcígea (ICG) y 143 casos de suspensión del ligamento uterosacro (USLS). La ICG se realizó de manera transvaginal y la USLS se realizó de manera transvaginal o transabdominal. SCP incluyó 223 casos de enfoques laparotómicos y 28 laparoscópicos. Todas las operaciones fueron realizadas por un uroginecólogo calificado (M.J. Jeon), como se describe en informes anteriores. Para el SCP, utilizamos una malla de polipropileno de 10 cm × 4 cm (Gynemesh PS; Ethicon, Somerville, NJ) configurada en forma de Y a partir de dos piezas de malla. Los pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo urodinámica se sometieron a procedimientos adicionales de cinta transobturadora al mismo tiempo que la cirugía de prolapso, como se describe en un informe anterior.

Las visitas de seguimiento posoperatorio en persona estaban programadas a 1, 4–6 y 10–12 meses y luego anualmente. En cada visita, los pacientes se sometieron a un examen clínico que incluía el POPQ y, a partir de la visita de 4-6 meses, se les pidió que completaran el PFDI-20. Además, se evaluaron nuevos trastornos del suelo pélvico o eventos adversos continuos que habían ocurrido desde la evaluación anterior. Los pacientes se consideraron con fallo quirúrgico si tenían recurrencia anatómica (definida como la presencia de cualquier punto POPQ más allá del himen) o recurrencia sintomática (presencia de síntomas de bulto vaginal definidos como una respuesta afirmativa a la pregunta 3 en el PFDI-20) o si se sometieron a retratamiento para el prolapso con cirugía o inserción de pesario. Las complicaciones se clasificaron usando el sistema de clasificación Clavien-Dindo. Se excluyeron del análisis la disfunción de la vejiga y del intestino no relacionada con lesión visceral, complicaciones no relacionadas con la cirugía de prolapso apical como complicaciones de anestesia y complicaciones que resultaron inequívocamente de procedimientos concomitantes.

Las tasas de recidiva publicadas en la literatura son muy variables y dificultan la comparación de los resultados. En los estudios longitudinales se han publicado tasas de reintervención que oscilan entre el 0,7 % y el 5,4 %. Se han descrito diferentes factores de riesgo de recidiva como la edad (mujeres jóvenes), el prolapso preoperatorio avanzado, la obesidad, la lesión del elevador o la historia familiar de prolapso<sup>34</sup>.

Cochrane, mencionado por Sumin Oh *et al.*<sup>43</sup>, en una revisión sistemática de seis ensayos controlados aleatorizados, demostró que la reparación con tejido nativo (NTR) está asociada con un mayor riesgo de recurrencia de prolapso y cirugía repetida para el prolapso que la sacrocolpopexia (SCP). Como única ventaja, es que la operación tiene una duración menor.

Otra revisión sistemática, que incluyó series de casos grandes y estudios comparativos (tanto aleatorizados como no aleatorizados), también mostró resultados que favorecían a SCP sobre NTR vaginal en términos de éxito anatómico. Sin embargo, no hubo diferencia en las tasas de reoperación, y ni en la de eventos adversos como tromboembolismo, íleo u

obstrucción del intestino delgado. Además, las complicaciones de malla o sutura fueron más frecuentes después de SCP<sup>43</sup>.

La SCP es considerada el procedimiento estándar de oro para tratar el prolapso vaginal apical. No obstante, dado los resultados inconsistentes en cuanto a la seguridad, no es posible concluir que la SCP sea mejor que la NTR. Se debe destacar que estas revisiones sistemáticas incluyeron, principalmente, casos de prolapso de cúpula vaginal y, por ello, los resultados no podrían aplicarse directamente a casos de prolapso uterino. De hecho, varios estudios han reportado que las tasas de erosión de malla después de SCP podrían aumentar cuando se realiza junto con una histerectomía.

Dado que los resultados de las revisiones sistemáticas incluyen principalmente casos de prolapso de cúpula vaginal y podrían no ser completamente aplicables a prolapso uterino, es crucial realizar más investigaciones específicas para esta última condición. Además, la elección entre NTR y SCP debe personalizarse basándose en las características individuales del paciente, sus preferencias, y los riesgos específicos asociados con cada técnica. La falta de datos concluyentes sobre la superioridad de SCP respecto a la seguridad enfatiza la necesidad de abordar este aspecto en futuros estudios para optimizar los resultados del tratamiento del prolapso apical. Esta conclusión incorpora una evaluación crítica de los datos disponibles en la que se destacan tanto las ventajas como las limitaciones de ambos procedimientos; al mismo tiempo, reconoce la necesidad de investigaciones adicionales para una mejor comprensión y tratamiento del prolapso uterino.

Por otro lado, Jelovsek<sup>47</sup> menciona que

Entre las mujeres que se habían sometido a una cirugía vaginal por prolapso vaginal de órganos pélvicos apicales, no hubo diferencias significativas entre suspensión del ligamento uterosacro (ULS) y fijación del ligamento sacroespinoso (SSLF) en las tasas de fracaso quirúrgico y no hubo diferencias significativas, diferencia entre el entrenamiento muscular conductual perioperatorio y la atención habitual en las tasas de puntuaciones de éxito y síntomas a los 5 años. En comparación con los resultados a 2 años, las tasas de fracaso quirúrgico durante el período de seguimiento, aunque se mantuvieron las puntuaciones de los síntomas del prolapso mejorado.

La elección de la técnica quirúrgica para el manejo del prolapso vaginal de órganos pélvicos apicales, como la suspensión del ligamento uterosacro (ULS) y la fijación del ligamento sacroespinoso (SSLF), muestra que ambas opciones proporcionan resultados comparables en términos de fracaso quirúrgico a largo plazo. Esto sugiere que la elección entre ULS y SSLF puede basarse más en la preferencia del cirujano y las características específicas del paciente, en lugar de diferencias significativas en la eficacia. Además, la implementación del entrenamiento muscular conductual perioperatorio no mostró diferencias significativas en comparación con la atención habitual sobre las tasas de éxito y los síntomas a los 5 años, lo que indica que las mejoras en los síntomas de prolapso pueden ser atribuibles principalmente a la intervención quirúrgica en sí y no necesariamente a las terapias adyuvantes.

Aunque las tasas de fracaso quirúrgico no han aumentado significativamente con el tiempo, la persistencia de síntomas mejorados durante el seguimiento subraya la necesidad de continuar evaluando y perfeccionando las técnicas quirúrgicas y las estrategias de manejo postoperatorio para optimizar los resultados a largo plazo para las pacientes. Este enfoque integral asegura que las decisiones terapéuticas se ajusten no solo a las condiciones anatómicas, sino también a las necesidades funcionales y de calidad de vida de cada mujer, promoviendo un manejo más personalizado del prolapso de órganos pélvicos.

### **2.8.2.9 Prevención y recomendaciones**

A continuación, se presentan algunas recomendaciones o prevenciones sobre el diagnóstico del POP.

1. Primeramente, debe decirse que la clasificación de Baden es la más sencilla y utilizada, pero le falta reproducibilidad y especificidad. Entre las principales razones de que esto ocurra se debe decir que la clasificación depende, en gran medida, de las evaluaciones tanto visual como manual del examinador; esto produce un efecto de variación importante: las inconsistencias en la clasificación del grado de prolapso pueden variar entre evaluadores o, incluso, el mismo evaluador puede establecer parámetros diferentes para un mismo caso si estas ocurren en momentos distintos. Un segundo aspecto es que en las evaluaciones no

se consideran todos los aspectos relevantes del prolapso, como la función de los órganos pélvicos afectados o la integridad del tejido de soporte; esto puede resultar en una descripción incompleta del estado del prolapso. A su vez, afecta la precisión del diagnóstico y la planificación del tratamiento. El tercer punto es que no se distingue suficientemente entre los diferentes órganos que pueden prolapsarse ni se considera la posibilidad de múltiples órganos prolapsados simultáneamente. Esto limita su utilidad en casos más complejos donde una evaluación más detallada es necesaria.

2. El sistema POP-Q es una técnica estandarizada que describe el prolapso en múltiples puntos vaginales.

3. La anamnesis en pacientes con POP deber incluir antecedentes personales, factores de riesgo, síntomas específicos del POP y de otras disfunciones del suelo pélvico, y tratamientos que la paciente ha recibido.

4. La exploración física incluye un estudio general, una revisión ginecológica y un chequeo dirigido al prolapso. Además, hay que cuantificar el residuo posmiccional, identificar la incontinencia de orina oculta y valorar la musculatura del suelo pélvico<sup>30</sup>.

5. El tratamiento del prolapso puede ser conservador o quirúrgico. Esto depende de la sintomatología y su afectación a la calidad de vida, el grado y la edad de la paciente.

6. En última instancia, la elección entre el tratamiento conservador y quirúrgico, así como la técnica quirúrgica específica, debe basarse en una evaluación completa de cada paciente que considere sus síntomas, grado de prolapso, edad y otros factores individuales. La comunicación efectiva con las pacientes es esencial para asegurar que comprendan sus opciones y los posibles riesgos y beneficios de cada enfoque<sup>2</sup>.

## **CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO**

En el siguiente apartado se describirán los principales puntos a tomar en consideración para comprender el acercamiento metodológico de este estudio en relación con el objeto de estudio.

### **3.1 Tipo de investigación**

Montiel *et al.*<sup>35</sup> se refieren al proceso de investigación de la siguiente manera:

La investigación, como práctica habitual, se centra principalmente en la resolución de problemas o dificultades específicas dentro de un determinado caso o contexto, lo que a su vez proporciona un enriquecimiento significativo para la comprensión humana. Al explorar y analizar diferentes aspectos de un tema o situación, la investigación se convierte en una herramienta poderosa para la generación de nuevas ideas y conceptos que pueden ayudar a explicar y guiar la transformación de la realidad. De esta manera, la investigación se convierte en un medio fundamental para explorar, comprender y abordar los desafíos que enfrenta la sociedad.

El hecho de investigar proporciona una plataforma para el intercambio de ideas, el debate académico y la colaboración entre estudiosos, lo que contribuye aún más al avance del conocimiento y al desarrollo de soluciones innovadoras para los problemas existentes. En resumen, la investigación es un pilar fundamental en la exploración y comprensión del mundo que nos rodea, y desempeña un papel crucial en la búsqueda de soluciones y en la mejora continua de la sociedad<sup>35</sup>.

Para lograr deducciones claras y significativas, es imprescindible utilizar una tipología de investigación que sirva como un marco sistemático para describir el estudio que se piensa desarrollar y sus alcances. A través de su establecimiento, se concretan las líneas de investigación que orientan la búsqueda de soluciones y la generación de conocimiento en áreas específicas.

En este caso, la investigación se basa en la revisión documental, principalmente de artículos de revisión científica o libros de texto<sup>41</sup>, sobre el tema en cuestión. Hernández y Mendoza<sup>36</sup> definen la *revisión bibliográfica* de la siguiente manera:

La revisión de la literatura es un proceso fundamental que implica la detección, consulta y adquisición de bibliografía y otros materiales que sean pertinentes para los objetivos y propósitos del estudio en cuestión. A través de este proceso, se busca extraer y recopilar información relevante y necesaria para contextualizar y enmarcar el problema de investigación de manera efectiva. Es importante destacar que esta revisión debe ser selectiva, ya que cada año se publican miles de artículos en revistas académicas, periódicos, libros y otros tipos de materiales en diversas áreas del conocimiento. Por lo tanto, es fundamental llevar a cabo una selección cuidadosa y deliberada de la literatura relevante, con el fin de garantizar que se obtenga la información más pertinente y actualizada para el estudio en cuestión.

Dicho esto, la investigación se considera de tipo *descriptiva*. Parreño<sup>41</sup>, en su libro sobre metodología de investigación, se refiere a este tipo de investigaciones en los siguientes términos:

Estos estudios corresponden lógicamente a los problemas descriptivos, por lo que se enfocan netamente a responder características de cómo es o cómo está tal o cual situación respecto a un problema o variable. Permiten las descripciones de propiedades químicas o físicas de sustancias como metabólicos, hormonas, drogas, sustancias en el organismo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno, su prevalencia o incidencia en una población o grupos estructurados.

Además, el trabajo se cataloga como *transversal* porque aborda el estudio de las variables de investigación de forma simultánea en un rango de tiempo determinado. Asimismo, es de carácter *retrospectivo* debido a que se indagaron hechos ocurridos en el pasado<sup>41</sup>.

## 3.2 Fuentes de información

Las referencias tomadas se buscaron mediante distintos motores de búsqueda como: BINASS, PubMed, SCIELO, Google Académico, BVS Salud, entre otros.

### 3.2.1 Criterios de búsqueda

En este apartado se sistematizan los criterios de búsqueda que se utilizaron para llevar a cabo esta investigación. Para ello, se ofrecen los datos de acuerdo con los objetivos que se quieren alcanzar.

**Tabla 4: Criterios de búsqueda**

| Objetivo   | Descriptorios  | Motores de búsqueda                                  | Temporalidad | Idiomas                     |
|--|--|--|--------------|-----------------------------|
| Analizar la relación de prolapso apical en mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años en América en el periodo 2018 – 2023.   | Prolapso apical, histerectomía, complicaciones en mujeres mayores de cincuenta años.   | BINASS, PubMed, SCIELO, Google Académico, BVS Salud. | 2018 - 2023  | Español, inglés, portugués. |
| Revisar la incidencia del prolapso apical en mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años en América en el periodo 2018 – 2023.   | Incidencia, prolapso apical, mujeres, complicaciones.  | BINASS, PubMed, SCIELO, Google Académico, BVS Salud. | 2018 - 2023  | Español, inglés, portugués. |
| Analizar las repercusiones en la calidad de vida de las mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años con prolapso apical en América en el periodo 2018 – 2023.  | Impacto, calidad de vida, prolapso apical, complicaciones posthisterectomía, mujeres mayores de cincuenta años.                    | BINASS, PubMed, SCIELO, Google Académico, BVS Salud. | 2018 - 2023  | Español, inglés, portugués. |
| Comparar las estrategias de prevención y tratamiento del prolapso apical en mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años, basándose en datos proporcionados en la literatura científica en América entre 2018-2023. | Prevención. Prevención de prolapso apical en mujeres mayores de cincuenta años. Complicaciones posthisterectomía, tratamiento POP. | BINASS, PubMed, SCIELO, Google Académico, BVS Salud. | 2018 - 2023  | Español, inglés, portugués. |

**Fuente: elaboración propia.**

### **3.3 Criterios de inclusión y exclusión**

El principal criterio de inclusión corresponde a la pertinencia de los documentos que serán revisados. Se tomarán en cuenta los artículos que contengan información referente prolapso de órganos pélvicos, prolapso apical, complicaciones de histerectomía, incidencia de prolapso apical, tratamiento y estrategias de prevención de prolapso apical en mujeres mayores de cincuenta años en el periodo 2018 – 2023 en América.

Asimismo, se excluirán del estudio aquellos artículos que incluyan pacientes embarazadas con prolapso de órganos pélvicos o pacientes histerectomizadas por patología oncológica. También aquellos estudios de POP en población pediátrica y de POP en pacientes con alteraciones del colágeno como factor etiológico.

### **3.4 Proceso de selección de la información**

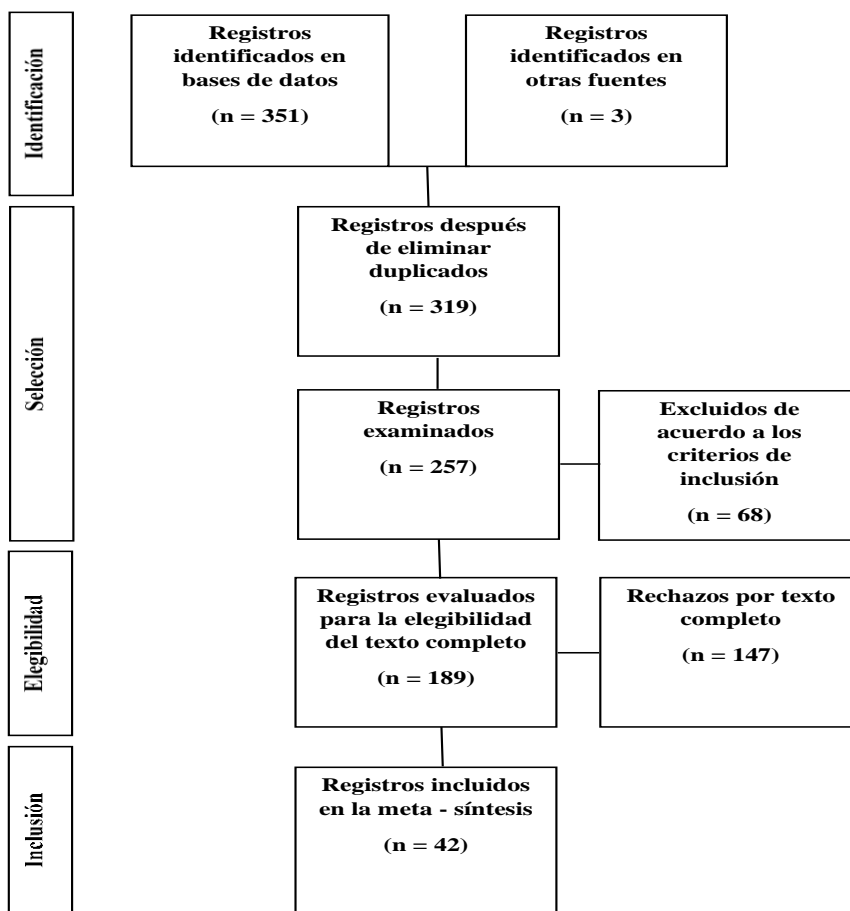
Para recopilar la información necesaria, se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda de artículos científicos que abordaron los temas pertinentes a la investigación. Este proceso de búsqueda se realizó utilizando una variedad de motores de búsqueda y bases de datos reconocidas tales como: Google Scholar, BVS Salud y PubMed. Estas ofrecen acceso a una amplia gama de literatura científica revisada por pares. Se emplearon términos de búsqueda específicos y criterios de inclusión para identificar estudios relevantes que proporcionaron datos significativos para los objetivos de la investigación.

Una vez recopilados los artículos pertinentes, se llevó a cabo una evaluación minuciosa para determinar su relevancia y calidad. Se consideraron factores como la adecuación metodológica, la credibilidad de los autores y la actualidad de la información presentada. Los artículos que cumplían con los criterios de selección establecidos fueron incluidos como referencias bibliográficas en el presente estudio, garantizando así la solidez y fundamentación científica de la investigación. Este proceso riguroso aseguró que se utilizaran fuentes fiables y actualizadas para respaldar los hallazgos y conclusiones de este trabajo.

Fue necesario descartar los artículos que tenían por muestra a grupos de pacientes femeninas que no cumplían con el rango de edad establecido para las participantes de este estudio. Igualmente ocurrió con los que incluían pacientes con otras patologías asociadas. En ambas situaciones, se determinó que, si se aceptaban, los resultados no estarían enfocados en

los estudios de una población homogénea y, por lo tanto, no representarían los intereses objetivos de esta investigación. Finalmente, se optó por descartar esta información para garantizar la coherencia y la validez de los resultados.

**Figura 5: proceso de selección documental**



Fuente: elaboración propia.

### 3.5 Clasificación según niveles de evidencia

| <b>Autor/Abrev. Revista /Año/</b>   | <b>Re</b> | <b>Título del artículo</b>               | <b>Tipo de estudio</b> | <b>Nivel de evidencia</b> | <b>Población</b>                        | <b>Metodología</b>   | <b>Resultados y conclusiones</b>  |
|---|-----------|--|------------------------|---------------------------|---|--|---|
| Fernández y Gomero/<br>Prolapso apical/<br>Interciencia médica /2021              | 1         | Prolapso apical                          | Artículo de revisión   | 3                         | Mujeres mayores de cincuenta años.      | Los autores realizaron el artículo mediante la revisión de literatura relacionada con el tema.             | El prolapso de los órganos pélvicos es una condición frecuente en las mujeres multíparas y aumenta con la edad. Es una de las indicaciones más frecuentes dentro de las cirugías ginecológicas.                               |
| Pérez <i>et al.</i> /<br>Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación /2018 | 2         | Prolapso de órganos pélvicos en la mujer | Artículo de revisión   | 3                         | Mujeres con disfunción de piso pélvico. | Revisión bibliográfica de artículos, tesis y libros con información sobre la disfunción del suelo pélvico. | Los prolapsos de órgano pélvico son frecuentes en la población femenina. Están asociados a factores de riesgo. Sus etiologías son congénitas o adquiridas, aunque modificables en la mayoría de las ocasiones. Se manifiestan |

|  |   |  |   |   |  |  |  |
|--|---|--|---|---|--|--|--|
|  |   |  |   |   |  |  | con sintomatología genital, urinaria, ano-rectal y sexual.   |
| Baquedano <i>et al.</i> / Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud /2020 | 3 | Conocimiento y cuidados de la mujer para la prevención de prolapso de órganos pélvicos | Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo                            | 3 | Población estudiada 1766, muestra probabilística 316 mujeres.                                      | Aplicado a mujeres en etapa reproductiva y no reproductiva en el CSMPB durante el primer semestre del año 2018.  | El 55 % de la población tenían entre 20-35 años de edad. El 58 % no realizaba ejercicio físico; más del 90 % desconocían sobre el prolapso de órganos pélvicos y sus cuidados. El 19.2 % presentó signos y síntomas de prolapso de órganos pélvicos. |
| Seijas <i>et al.</i> / Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela /2018                             | 4 | Calidad de vida en pacientes con prolapso de órganos pélvicos después de histerectomía | Estudio prospectivo, descriptivo, comparativo, correlacional, transversal | 3 | Cuarenta y cinco pacientes con prolapso de órganos pélvicos (grupo A) y cuarenta y cinco pacientes | Se aplicó un examen físico-ginecológico a las pacientes. Se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario <i>Prolapse Quality of Life</i> , cuyo rango va desde 0 puntos, la mejor calidad de vida, hasta 100, la peor posible. | La prevalencia de prolapso fue 30,68 %. La edad promedio fue de 52 años en el grupo A y 43 años en el grupo B. El compartimiento anterior fue el más afectado (29 pacientes o el 64,4 % de la muestra), seguido de apical (12 pacientes o 26,7 %).   |

|  |   |  |                   |   |  |   |
|--|---|--|-------------------|---|--|---|
|  |   |  |                   |   | sin<br>prolapso<br>(grupo B)<br>atendidas<br>entre<br>marzo y<br>septiembre<br>2017.                       |   |
| Mena/<br>Universidad<br>de Costa Rica<br>/2018 | 5 | Perfil clínico y complicaciones de las adultas mayores con prolapso urogenital que utilizan pesario en la Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Nacional de | Tesis de posgrado | 3 | Mujeres de más de sesenta años que se encontraron en la base de datos de usuarias de pesario vaginal de la | Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo, con base en registros Médicos.<br><br>El factor de riesgo para POP que se describe con mayor frecuencia en la muestra estudiada fue la multiparidad.<br><br>El cistocele fue el defecto anatómico documentado con mayor frecuencia, seguido del rectocele y, en menor porcentaje, el prolapso apical. |

|   |   |                          |                        |   |   |   |
|---|---|--------------------------|------------------------|---|---|---|
|   |   | Geriatría y Gerontología |                        |   | Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Nacional de Geriatría. |   |
| The American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Urogynecologic Society /2019 | 6 | Pelvic Organ Prolapse    | Revisión bibliográfica | 3 | Mujeres con prolapso de órganos pélvicos.                             | Se realizó mediante la búsqueda en bases de datos como MEDLINE o la Biblioteca Cochrane. Se utilizaron los recursos y documentos internos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos para La suspensión del ligamento uterosacro y la suspensión del ligamento sacroespinoso para el POP apical con tejido nativo son tratamientos quirúrgicos igualmente efectivos del POP. Ofrecen resultados anatómicos, funcionales y adversos comparables. |

|   |   |  |                                    |   |   |  |   |
|---|---|--|------------------------------------|---|---|--|---|
|   |   |  |                                    |   |   | realizar una búsqueda de artículos relevantes publicados entre enero de 2000 y octubre de 2016.  |   |
| Gillor <i>et al./</i> European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology/2021 | 7 | Demographic risk factors for pelvic organ prolapse | Estudio observacional transversal  | 3 | Seiscientos sesenta y dos mujeres referidas por disfunción de piso pélvico. | Estudio observacional transversal que utiliza datos de mujeres remitidas a una clínica uroginecológica terciaria por síntomas de disfunción del tracto urinario inferior y del suelo pélvico entre enero de 2017 y agosto de 2018. | Se encontró que el tabaquismo, el asma y los antecedentes familiares de prolapso no son un factor de riesgo significativo de prolapso en la población de estudio. Levantar objetos pesados puede ser un factor de riesgo potencial; en particular, para el prolapso del compartimiento posterior. |
| Durnea <i>et al./</i> International Urogynecology   | 8 | A systematic review of outcome and                 | Artículo de revisión bibliográfica | 3 | Diez mil novecientos veinticuatro   | Se revisaron múltiples artículos sobre ensayos aleatorios controlados en   | Los ensayos de prolapso vaginal del compartimiento anterior aportan muchos resultados y medidas diferentes. A menudo, omiten  |

|  |   |   |                           |   |  |  |  |
|--|---|---|---------------------------|---|--|--|--|
| y<br>Journal/2018                          |   | outcome-<br>measure<br>reporting in<br>randomised<br>trials<br>evaluating<br>surgical<br>interventions<br>for anterior-<br>compartment<br>vaginal<br>prolapse |                           |   | o mujeres<br>que<br>participaro<br>n en<br>distintas<br>intervenci<br>ones<br>quirúrgica<br>s. | mujeres que<br>participaron en<br>intervenciones<br>quirúrgicas para<br>tratamiento de<br>prolapso de órganos<br>pélvicos. | informar resultados de seguridad<br>importantes. Desarrollar, difundir e<br>implementar un conjunto de<br>resultados básicos ayudará a<br>abordar estas cuestiones.<br>Las tasas generales de<br>complicaciones no difirieron y los<br>eventos adversos graves fueron<br>poco comunes. La mayoría de los<br>pacientes con complicaciones<br>respondieron al tratamiento<br>conservador; sin embargo, el 36 %<br>de<br>los pacientes con complicaciones<br>de la herida en el grupo<br>sacrocolpopexia finalmente<br>requirieron corrección quirúrgica. |
| Robinson <i>et al.</i> ,<br>Maturitas/2018 | 9 | Post-<br>hysterectomy<br>vaginal vault<br>prolapse  | Revisión<br>bibliográfica | 3 | Mujeres<br>con<br>prolapso<br>apical o   | Los términos de<br>búsqueda "prolapso<br>apical" y "prolapso de<br>bóveda" se ingresaron                                   | Las causas del prolapso urogenital<br>son multifactoriales y existe cierta<br>evidencia de que la histerectomía<br>en sí misma puede aumentar el   |

|   |    |   |                      |   |                                 |  |   |
|---|----|---|----------------------|---|---------------------------------|--|---|
|   |    |   |                      |   | con prolapso de cúpula vaginal. | en Pubmed. Se utilizaron MEDLINE, EMBASE y la Biblioteca Cochrane. La búsqueda se hizo entre 1996-la actualidad. | riesgo de prolapso. Un estudio de cohorte sueco a nivel nacional ha demostrado que el 3,2 % de las mujeres después de una histerectomía se quejaron de prolapso urogenital en comparación con el 2,0 % de los controles. De estas mujeres, las que se sometieron a histerectomía vaginal tuvieron el mayor riesgo.  |
| Cohen <i>et al.</i> /Revista Médica Clínica Las Condes/2018 | 10 | Prolapso genital femenino: lo que debería saber | Artículo de revisión | 3 | Mujeres con prolapso genital.   | Estudio realizado mediante revisión de artículos de revistas científicas.  | Los procedimientos obliterativos, como la colpocleisis de Le Fort o la Colpectomía parcial, siguen siendo una alternativa a ofrecer. Estas técnicas sólo se pueden aplicar en pacientes de edad avanzada las cuales se encuentran sin actividad sexual y que no deseen tenerla en el futuro. Su éxito supera el 90 % y tiene una tasa de complicaciones baja. |

|  |    |  |                         |   |  |   |  |
|--|----|--|-------------------------|---|--|---|--|
| Sun <i>et al.</i> /<br>al/Medicine/2<br>019                            | 11 | Conservative<br>interventions<br>for the<br>treatment of<br>pelvic organ<br>prolapse               | Revisión<br>sistemática | 3 | Mujeres<br>con<br>prolapso<br>uterino.   | Se buscaron estudios<br>en PubMed,<br>EMBASE y la<br>Biblioteca Cochrane<br>desde su inicio hasta<br>julio de 2017. | Investigaciones anteriores<br>indicaron que el prolapso de la<br>pared vaginal anterior ocurrió con<br>mayor frecuencia, seguido por el de<br>la pared vaginal posterior y el<br>prolapso apical, generalmente se<br>combinan.<br>Además, el coste del POP supone<br>una gran carga para el sistema de<br>salud.<br>Los resultados indicaron que la<br>efectividad y seguridad de ellos<br>necesitaban ser respaldados por<br>más ensayos. |
| Rodríguez <i>et al.</i> /<br>Universida<br>d de<br>Barcelona/20<br>18. | 12 | Prolapso<br>Genital e<br>Incontinencia<br>Urinaria de<br>Esfuerzo:<br>Diferencias en<br>su Génesis | Tesis<br>doctoral       | 3 | Mujeres<br>enviadas a<br>la unidad<br>de piso<br>pélvico<br>entre 2012<br>- 2018 | Este estudio se realizó<br>mediante la historia<br>clínica ginecológica<br>con énfasis en piso<br>pélvico.          | -A Mayor edad, mayor es la<br>probabilidad de padecer POP.<br>-La menopausia parece ser un<br>agravante de POP.<br>-Sobre los antecedentes<br>quirúrgicos, se concluye que el<br>antecedente de cirugía vaginal  |

|   |    |   |                        |   |   |   |   |
|---|----|---|------------------------|---|---|---|---|
|   |    |   |                        |   |   |   | supone un riesgo aumentado para padecer POP.  |
| Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia/ Progresos de Obstetricia Ginecología/2020 | 13 | Prolapso de los órganos pélvicos  | Revisión bibliográfica | 3 | Mujeres con prolapso de órganos pélvicos.                                   | Se realizó mediante la búsqueda de artículos de revisión en distintas bases de datos científicas.   | -El tratamiento del prolapso puede ser conservador o quirúrgico; depende de la sintomatología, su afectación sobre la calidad de vida, el grado y la edad de la paciente.<br>-Hay que informar a las pacientes sobre las posibles opciones de tratamiento del POP y de los riesgos y beneficios de cada una de esas opciones. |
| Peralta/ Repositorio académico USMP/2018  | 14 | Factores de riesgo de prolapso genital en mujeres Hospital Nacional Arzobispo | Tesis Doctoral         | 3 | Pacientes ginecológicas atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. | Investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. La técnica de recolección de datos será documental ya que se recurrirá a fuentes de | Las investigaciones a nivel nacional relacionadas con la maternidad y las disfunciones del piso pélvico son un reto debido al largo período de latencia entre los dos eventos.  |

|   |    |   |                                     |   |  |   |  |
|---|----|---|-------------------------------------|---|--|---|--|
|   |    | Loayza 2017 - 2018  |                                     |   |  | información secundarias (historia clínica).   |  |
| Madhu <i>et al.</i> /Neurology and Urodynamics/ 2018  | 15 | How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? | Artículo de revisión                | 3 | Mujeres que presenten prolapso de órganos pélvicos | El artículo se realizó mediante la revisión de literatura referente al sistema POP-Q.                 | El sistema POP-Q es bien catalogado y ofrece una descripción detallada beneficiosa en la práctica e investigación clínica.   |
| Brito <i>et al.</i> / Federacion Brasileña de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia /2019 | 16 | Prolapso de órganos pélvicos  | Artículo de revisión bibliográfica. | 3 | Mujeres que padecen prolapso apical.               | Se realizó mediante revisión bibliográfica de artículos relacionados al prolapso de órganos pélvicos. | La fijación en el ligamento uterosacro y la fijación en el ligamento sacroespinal tiene buena efectividad, pero la sacrocolpexia abdominal es superior, con menor recurrencia, pero mayor tiempo quirúrgico. para la colpexia sacra. |
| Brunes <i>et al.</i> / Acta Obstetricia et  | 17 | Recurrent surgery in  | Estudio de cohorte.                 | 3 | Mujeres con prolapso                               | Este es un estudio poblacional a nivel nacional en Suecia.  | El procedimiento de Manchester se asoció más con una baja tasa de recurrencia de POP sintomática y   |

|  |    |  |                       |   |   |  |  |
|--|----|--|-----------------------|---|---|--|--|
| Gynecologica Scandinavica /2022                              |    | uterine prolapse   |                       |   | uterino en Suecia entre enero 2015 y diciembre 2018.                    | Todas las mujeres con prolapso uterino sometidas a cirugía de prolapso en Suecia entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2018 fueron identificadas a través del Registro de Operaciones Ginecológicas. | baja morbilidad quirúrgica en comparación con otros métodos quirúrgicos aplicados en mujeres con prolapso uterino.   |
| Gabriel/ American Journal of Obstetrics and Gynecology /2022 | 18 | Pelvic organ prolapse after 3 modes of hysterectomy: long-term follow-up | Estudio retrospectivo | 3 | Mujeres sometidas a histerectomía en todas las indicaciones (benignas y | El estudio fue realizado mediante la revisión de historias clínicas de mujeres sometidas a histerectomía entre 2001 y 2008.  | No se logra asociar una diferencia en la recurrencia, grado o tratamiento posterior del prolapso en pacientes a las que se les realizó una histerectomía. El prolapso, como indicación de histerectomía, aumenta el riesgo de recurrencia. Las mujeres que planean realizarse una histerectomía deben recibir el |

|  |    |   |                        |   |  |  |   |
|--|----|---|------------------------|---|--|--|---|
|  |    |   |                        |   | malignas) entre 2001 y 2008.   |  | asesoramiento adecuado sobre el riesgo de prolapso posterior.   |
| Chen et al./ Cureus/2021                 | 19 | Pelvic Floor Dysfunction After Hysterectomy   | Revisión bibliográfica | 3 | Mujeres con disfunción de musculatura del piso pélvico tras una histerectomía. | Se realizó mediante la revisión bibliográfica referente a las complicaciones del piso pélvico tras una histerectomía.            | A pesar de décadas de investigación, la relación entre histerectomía y PFD (disfunción de piso pélvico) sigue siendo difusa porque los resultados de los estudios son contradictorios y existe la ausencia de un estudio sobre la posible contribución de la histerectomía. |
| Vermuelen et al./ Int Urogynecol J /2021 | 20 | Pelvic organ prolapse after laparoscopic hysterectomy compared with vaginal hysterectomy: | Estudio observacional  | 3 | Mujeres que se sometieron a una histerectomía laparoscópica o una              | Estudio observacional en mujeres a las cuales se les realizó histerectomía vaginal o laparoscópica durante el período 1996-2004. | No se encontraron diferencias en la prevalencia de POP entre histerectomía laparoscópica e histerectomía vaginal para pacientes sin prolapso. Sin embargo, el POP que ocurre después de una histerectomía vaginal por prolapso es más                                       |

|  |    |  |                |   |   |   |   |
|--|----|--|----------------|---|---|---|---|
|  |    | the POP-UP study   |                |   | histerectomía vaginal por indicaciones benignas.    |   | frecuente en comparación con el POP por consecuencia de otras indicaciones.   |
| Pereira <i>et al.</i> /<br>Archivos de coloproctología /2019 | 21 | POPS Laparoscópico como tratamiento del prolapso de órganos pélvicos | Ensayo clínico | 3 | Paciente de 79 años con prolapso de órgano pélvico. | Ensayo clínico donde se valora el manejo más adecuado de una paciente de 79 con POP. Estudio de caso. | El prolapso de los órganos pélvicos puede afectar hasta al 40 % de las mujeres postmenopáusicas. Influye negativamente en su calidad de vida y su prevalencia aumenta con la edad.<br><br>Los principales factores de riesgo: la edad, la menopausia, antecedentes obstétricos (paridad, partos vaginales e instrumentados), cirugía pélvica previa (histerectomía, el prolapso órganos pélvicos, rectopexia, |

|   |    |   |                         |   |   |  |   |
|---|----|---|-------------------------|---|---|--|---|
|   |    |   |                         |   |   |  | (colposuspensión), disfunciones intestinales (estreñimiento, esfuerzo defecatorio aumentado), enfermedades con afectación del tejido conectivo (síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos), el estilo de vida (obesidad, tabaco, ejercicio de alto impacto) y la genética (historia familiar, raza caucásica y asiática). |
| Giannini <i>et al.</i> / Maturitas/2018.  | 22 | Current management of pelvic organ prolapse in aging women: EMAS clinical guide | Revisión bibliográfica. | 3 | Mujeres con prolapso de órganos pélvicos. | Estudio realizado mediante búsqueda bibliográfica de artículos relacionados al tema. | El manejo del POP es un desafío y requiere habilidades avanzadas, particularmente cuando se requiere cirugía. No se debe ignorar el POP y se debe informar a las mujeres sobre los tratamientos disponibles y participar activamente con su profesional de la salud en la toma de decisiones de manejo.           |
| Cameron <i>et al.</i> / Arab J Urol /2018 | 23 | Systematic review of lower urinary  | Revisión bibliográfica  | 3 | Mujeres con POP que                       | Este artículo es una revisión sistemática de la literatura actual                    | Las mujeres con STUI y POP sintomático probablemente deberían enfocarse en su POP, ya   |

|  |         |  |                     |   |  |   |  |
|--|---------|--|---------------------|---|--|---|--|
|  |         | tract symptoms occurring with pelvic organ prolapse          |                     |   | presenten síntomas de tracto urinario inferior (STUI). | sobre STUI que ocurren simultáneamente con POP. Se sigue la metodología de elementos de informe para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA). | que su reducción, ya sea mediante cirugía o pesario, puede corregir los STUI. Sin embargo, ningún estudio ha abordado el POP asintomático, por lo que no está claro si tratar el POP en estos casos es beneficioso.  |
| Ansari/<br>Obstet<br>Gynaecol<br>India /2021 | J<br>24 | Pelvic Organ Prolapse in Perimenopausal and Menopausal Women | Estudio transversal | 3 | Se incluyeron ciento cincuenta mujeres con POP.        | Se analizaron variables asociadas con POP tanto asintomático como sintomático.  | Todas las etapas del POP estuvieron presentes principalmente en el grupo etario de entre cuarenta y un (41) y cincuenta años más que en el grupo de más de cincuenta años. La menopausia se asocia con la gravedad del prolapso y es principalmente sintomática. La edad puede predecir la gravedad del POP. |

|  |    |  |  |   |   |  |   |
|--|----|--|--|---|---|--|---|
| Dixon et al./<br>Int<br>Urogynecol J<br>/2019                            | 25 | Severity and<br>bother of<br>prolapse<br>symptoms in<br>women with<br>pelvic floor<br>myofascial<br>pain | Estudio<br>retrospectiv<br>o                     | 3 | Quinientas<br>treinta y<br>nueve<br>pacientes<br>con POP. | Se realizó una<br>revisión retrospectiva<br>de las historias<br>clínicas para evaluar<br>nuevos pacientes<br>desde enero de 2010<br>hasta septiembre de<br>2014. Se hizo en un<br>grupo<br>multiespecializado<br>hospitalario y se<br>utilizó la clasificación<br>Internacional de<br>Enfermedades (9. <sup>a</sup><br>ed.), códigos de<br>diagnóstico para POP. | Se encontró que una de cada tres<br>mujeres con un diagnóstico de POP<br>tenía PFMP (dolor miofascial de<br>piso pélvico). En promedio, cuando<br>había dolor, las mujeres tenían una<br>etapa más baja de prolapso y los<br>síntomas del suelo pélvico les<br>molestaban con mayor intensidad. |
| Leandro <i>et al.</i> ,<br>Archivos<br>Españoles de<br>Urología/201<br>8 | 26 | Característica<br>s clínicas<br>urinarias y<br>hallazgos<br>urodinámicos                                 | Estudio<br>descriptivo<br>y<br>retrospectiv<br>o | 3 | Pacientes<br>con POP<br>avanzado<br>(estadios<br>3-4)     | Estudio<br>urodinámico previo al<br>plan de tratamiento<br>quirúrgico aplicado a<br>todas las pacientes  | En nuestro medio, las pacientes con<br>POP avanzado presentan una gran<br>variedad de síntomas urinarios;<br>principalmente urgencia miccional,<br>trastornos de vaciado e IOM. El  |

|   |    |  |                        |   |   |  |  |
|---|----|--|------------------------|---|---|--|--|
|   |    | en pacientes argentinas con prolapso de órganos pélvicos en estadio avanzado |                        |   | enviadas al Centro Urológico Profesor Bengiό entre 2015 y 2017.     | con POP avanzado (estadios 3-4) enviadas al Centro Urológico Profesor Bengiό entre 2015 y 2017. estudio urodinámico previo a plan de tratamiento quirúrgico. | estudio urodinámico brinda información importante en la evaluación de la disfunción vesical que puede comprometer los resultados quirúrgicos. El estudio urodinámico es una herramienta útil previa a la reparación del POP ya que nos ayuda a mejorar la planificación terapéutica y brinda información adicional del paciente. |
| Dwyer <i>et al.</i> /<br>Obstetrics,<br>Gynaecology<br>and<br>Reproductive<br>Medicine/2020 | 27 | Conservative management of pelvic organ prolapse                             | Revisión bibliográfica | 3 | Mujeres con POP a las cuales se les brinda tratamiento conservador. | Estudio realizado mediante la revisión bibliográfica sobre manejo conservador de POP.  | El manejo del prolapso comienza realizando una adecuada historia clínica y una adecuada exploración del suelo pélvico.<br>Los hallazgos del examen facilitan el seguimiento de la evolución con tratamiento conservador.<br>Las opciones de tratamiento incluyen observación, asesoramiento sobre el estilo de                   |

|  |    |  |                        |   |   |   |  |
|--|----|--|------------------------|---|---|---|--|
|  |    |  |                        |   |   |   | vida, entrenamiento supervisado de los músculos del suelo pélvico, manejo del pesario y cirugía.   |
| Weintraub <i>et al.</i> / Int Braz J Urol /2020                                    | 28 | Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse | Revisión bibliográfica | 3 | Mujeres con prolapso de órganos pélvicos.             | Este estudio se realizó mediante la búsqueda de artículos en revistas científicas.  | Los datos demográficos actualmente disponibles no son lo suficientemente fiables para estimar el verdadero alcance del prolapso de órganos pélvicos en la población. Sin embargo, la estandarización del diagnóstico y tratamiento puede mejorar significativamente nuestra capacidad para hacer la estimación adecuada. |
| Torras <i>et al.</i> / Revista Española sobre Medicina del suelo pélvico y Cirugía | 29 | Tratamiento quirúrgico del prolapso apical   | Revisión bibliográfica | 3 | Técnicas quirúrgicas para el tratamiento del prolapso | Estudio comparativo sobre las principales técnicas quirúrgicas para el tratamiento del POP. Se realizó mediante la búsqueda | La paciente que ha elegido el tratamiento quirúrgico del POP debe disponer de información sobre las distintas vías de abordaje y sus resultados, ventajas e inconvenientes.  |

|   |    |                                      |                        |   |                                 |   |   |
|---|----|--------------------------------------|------------------------|---|---------------------------------|---|---|
| Reconstructiva/2022                     |    |                                      |                        |   | de órganos pélvicos.            | de artículos científicos.   | Se ha demostrado que, 10 años después de la cirugía del POP, la tasa de recuperación se reduce de forma significativa cuando la suspensión apical se hace de manera estandarizada <sup>40</sup> .<br>La colposacropexia se considera el <i>gold standard</i> en cuanto al restablecimiento del ápex en la cirugía del prolapso apical. No obstante, los resultados de los estudios que comparan las técnicas por vía vaginal y abdominal no permiten afirmar que la vía abdominal es mejor que la vaginal en todas sus dimensiones. |
| Gómez de Quero Córdoba et al./ Archivos | 30 | Revisión sistemática del tratamiento | Revisión bibliográfica | 3 | Mujeres con uso de pesario como | Se llevó a cabo una revisión sustentada en las directrices PRISMA para el | El pesario produce efectos positivos en la calidad de vida de las mujeres con POP con buenas tasas de satisfacción.   |

|  |    |   |                                  |   |   |   |  |
|--|----|---|----------------------------------|---|---|---|--|
| Españoles De Urología/2021.                                      |    | con pesarios en el prolapso de órganos pélvicos                                     |                                  |   | tratamiento de prolapso de órganos pélvicos.                                | desarrollo de revisiones sistemáticas. Se planteó la pregunta de investigación PICO; se seleccionaron las fuentes de información y establecieron los criterios de elegibilidad. | Las principales razones para la interrupción incluyen: la incapacidad de retener el pesario, incomodidad y el deseo de cirugía para corrección de POP.   |
| Metcalf <i>et al.</i> / International Urogynecology Journal/2021 | 31 | Pelvic organ prolapse recurrence after apical prolapse repair: does obesity matter? | Estudio de cohorte retrospectivo | 3 | Trecientas cincuenta y tres mujeres que se sometieron a cirugía primaria de | Se realizó un estudio de retrospectivo en mujeres que se sometieron a cirugía primaria de prolapso apical entre 2011 y 2016. Los datos demográficos y clínicos se extrajeron    | La obesidad no fue un factor de riesgo para POP-R en la muestra. Se necesitan estudios prospectivos más amplios con un tiempo de seguimiento posoperatorio más prolongado para dilucidar completamente la relación entre la obesidad y el POP-R. |

|  |    |   |   |   |   |   |  |
|--|----|---|---|---|---|---|--|
|  |    |   |   |   | prolapso apical entre 2011 y 2016.                          | de los registros médicos. Se utilizaron modelos multivariantes de riesgo proporcional de Cox para generar índices de riesgo (HR) para la asociación entre obesidad ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) y POP-R (borde de ataque $> 0$ ), ajustando los posibles factores de confusión. |  |
| Espitia de la Hoz/ Rev. Col de Menopausia/2018 | 32 | Evaluación de la calidad de vida en mujeres climatéricas con prolapso genital luego | Estudio analítico, observacional, transversal | 3 | Cincuenta y siete mujeres con prolapso genital de treinta y | Se eligieron mujeres en climaterio que asistieron a consulta por prolapso genital, en la Clínica Sagrada  | El uso de pesarios en mujeres con prolapso genital grado II o mayor es una terapia eficaz en la disminución de los síntomas vaginales con mejoría en la calidad de vida y la sexualidad. |

|   |    |  |                     |   |  |  |  |
|---|----|--|---------------------|---|--|--|--|
|   |    | del uso del pesario                                |                     |   | tres mil ciento setenta y siete que consultaron en ginecología.  | Familia, Armenia, entre enero de 2009 y diciembre de 2016.   |  |
| Mattsson <i>et al.</i> / American Journal of Obstetrics and Gynecology/2020 | 33 | Pelvic organ prolapse surgery and quality of life. | Estudio prospectivo | 3 | Tres mil quinientas quince mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente por prolapso de órganos pélvicos en 2015. | Los resultados se midieron mediante instrumentos validados de calidad de vida relacionada con la salud. Se aplicaron a los seis meses y dos años después de la operación. Los predictores iniciales de los resultados se estudiaron mediante | La cirugía de prolapso de órganos pélvicos mejoró la calidad de vida relacionada con la salud en siete de diez pacientes durante un período de seguimiento de dos años y la satisfacción de los pacientes fue alta. El prolapso apical más allá del himen y el bulto vaginal fueron los predictores más consistentes de mejoría. Los resultados sugieren que se debe alentar a los pacientes a que dejen de fumar para evitar un resultado desfavorable. |

|   |    |  |                           |   |  |   |  |
|---|----|--|---------------------------|---|--|---|--|
|   |    |  |                           |   |  | análisis de regresión logística.  |  |
| Dufour <i>et al./</i><br>Journal of<br>Obstetrics and<br>Gynaecology<br>Canada/2020 | 34 | Conservative<br>Care of<br>Urinary<br>Incontinence<br>in Women | Revisión<br>bibliográfica | 3 | Mujeres<br>mayores<br>de<br>dieciocho<br>años que<br>presenten<br>incontinencia<br>urinaria. | Se realizó una<br>búsqueda de estudios<br>sobre el cuidado<br>conservador de la<br>incontinencia urinaria<br>en mujeres, incluidos<br>estudios de enero de<br>2013 a abril de 2018. | La incontinencia urinaria (IU) es<br>común en las mujeres y, aunque es<br>relativamente baja proporción de<br>mujeres que buscan atención,<br>existen varias opciones de atención<br>conservadora que se recomiendan.<br>Por ejemplo, las estrategias de<br>atención de primera línea. Los<br>proveedores de atención médica<br>deben aplicar estas estrategias antes<br>de pasar a la atención<br>farmacológica o quirúrgica para la<br>IU. |
| Chong <i>et al./</i><br>Mount Sinai<br>Expert<br>Guides/2020                        | 35 | Pelvic Organ<br>Prolapse                                       | Revisión<br>bibliográfica | 3 | Mujeres<br>con<br>prolapso<br>de órganos<br>pélvicos.  | Estudio realizado<br>mediante la revisión<br>bibliográfica de<br>artículos sobre POP.   | Los factores de riesgo del POP<br>incluyen el aumento de la paridad,<br>la edad avanzada, la obesidad, la<br>histerectomía y enfermedades<br>crónicas. Además, estreñimiento,<br>trabajos de levantamiento de  |

|  |    |   |                        |   |   |  |  |
|--|----|---|------------------------|---|---|--|--|
|  |    |   |                        |   |   |  | objetos pesados y antecedentes genéticos.<br>Los tratamientos conservadores incluyen pesarios vaginales y ejercicios de los músculos del suelo pélvico.  |
| Fatton <i>et al.</i> /<br>Nature<br>Reviews/2020 | 36 | Pelvic organ prolapse and sexual function | Revisión bibliográfica | 3 | Pacientes con prolapso de órganos pélvicos que presentan disfunción sexual. | El estudio se realizó mediante la búsqueda bibliográfica de artículos sobre POP y la función sexual. | La función sexual es compleja e incorpora funciones físicas y factores psicológicos, sociales, emocionales y educativos.<br>El efecto del POP sobre la función sexual varía mucho entre las mujeres afectadas.<br>El manejo quirúrgico del POP da como resultado, con mayor frecuencia, puntuaciones mejoradas o sin cambios en la función sexual. |
| Meriwether <i>et al.</i> /American Urogynecolog  | 37 | Joint report on terminology for surgical  | Revisión bibliográfica | 3 | Mujeres con prolapso  | La Sociedad Americana de Uroginecología  | El grupo de investigación concluye que los procedimientos quirúrgicos para abordar el POP requieren  |

|  |    |   |                       |   |                                 |   |  |
|--|----|---|-----------------------|---|---------------------------------|---|--|
| ic Society and International Urogynecological Association/2020 |    | procedures to treat pelvic organ prolapse |                       |   | de órganos pélvicos.            | (AUGS) y la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) convocaron a un grupo con experiencia en procedimientos quirúrgicos para POP. Los autores realizaron una revisión de la literatura sobre procedimientos comunes de reparación de POP y descripciones quirúrgicas extraídas. | definiciones estandarizadas. El documento presenta terminología quirúrgica relevante y una discusión detallada de la cirugía asociada. |
| Sumin Oh <i>et al.</i> / Scientific Reports/2021               | 38 | Comparison of treatment outcomes for      | Estudio retrospectivo | 3 | Quinientas veintitrés mujeres a | Se compararon los resultados del tratamiento de   | Las tasas generales de complicaciones no difirieron entre los grupos y los eventos adversos  |

|  |    |  |                           |   |   |  |  |
|--|----|--|---------------------------|---|---|--|--|
|  |    | native tissue repair and sacrocolpopexy as apical suspension procedures at the time of hysterectomy for uterine prolapse         |                           |   | las cuales se les aplicó sacrocolpopexia al momento de la histerectomía.                          | reparación de tejido nativo y sacrocolpopexia en términos de fracaso quirúrgico, complicaciones y tasas de reoperación.  | graves fueron poco comunes en ambos grupos.<br>La mayoría de los pacientes con complicaciones respondieron al tratamiento conservador; sin embargo, el 36 % de los pacientes con complicaciones de la herida en el grupo sacrocolpopexia finalmente requirieron corrección quirúrgica bajo anestesia.                                      |
| J. Eric Jelovsek <i>et al.</i> /JAMA/2018. | 39 | Effect of Uterosacral Ligament Suspension vs Sacrospinous Ligament Fixation with or without Perioperative Behavioral Therapy for | Ensayo clínico aleatorio. | 2 | Trecientas setenta y cuatro mujeres con dos técnicas quirúrgicas distintas para el tratamiento de | Este ensayo clínico aleatorizado factorial 2 × 2 se realizó en nueve centros médicos de EE. UU. Los participantes elegibles que completaron el ensayo <i>Operaciones y entrenamiento de los músculos pélvicos en</i> | Entre las mujeres que se habían sometido a cirugía vaginal por prolapso vaginal de órganos pélvicos apicales, no hubo diferencias significativas entre la suspensión ligamento uterosacro y la fijación del ligamento sacroespinoso en las tasas de fracaso quirúrgico. No hubo diferencias significativas entre el entrenamiento muscular |

|  |    |   |                                |   |   |  |   |
|--|----|---|--------------------------------|---|---|--|---|
|  |    | Pelvic Organ Vaginal Prolapse onSurgical Outcomes and Prolapse Symptoms at 5 Years in the optimal randomized Clinical Trial |                                |   | prolapso de órganos pélvicos.           | <i>el manejo de la pérdida de soporte apical</i> se inscribieron entre enero de 2008 y marzo de 2011 y fueron seguidos cinco años después de su cirugía índice, desde abril de 2011 hasta junio de 2016. | conductual perioperatorio y la atención habitual en las tasas de éxito anatómico y puntuaciones de síntomas a los cinco años.   |
| Bescós Santana <i>et al./</i> Ginecol Obstet Mex/2019. | 40 | Complicacion es postratamiento del prolapso apical: a propósito de un caso  | Estudio de cohorte prospectivo | 3 | Paciente femenina de ochenta y un años. | Se documentó la evolución clínica y resultados en un caso donde se trató a una paciente con prolapso apical.   | La cirugía del prolapso apical es compleja, debido a su amplia variedad de técnicas quirúrgicas y alto índice de recidiva. Es necesario conocer las diferentes vías de acceso para ofrecer la mejor solución a las pacientes. |
| Schulten/ BMJ (Clinical                                | 41 | Sacrospinous hysteropexy  | Ensayo clínico                 | 2 | Doscientas cuatro de                    | Las mujeres fueron seguidas anualmente   | A los cinco años de seguimiento, se encontraron significativamente  |

|                           |  |  |  |  |  |   |
|---------------------------|--|--|--|--|--|---|
| <p>research ed.)/2019</p> |  | <p>versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher</p> |  | <p>doscientas ocho mujeres sanas en el ensayo inicial (2009-12) con prolapso uterino en etapa 2 o superior que requerían cirugía. Sin antecedent es de cirugía del piso pélvico.</p> | <p>durante cinco años después de la cirugía. Este ensayo ampliado informa los resultados a cinco años.</p> | <p>menos recurrencias anatómicas del compartimento apical con síntomas molestos de abultamiento o cirugía repetida después de la histeropexia sacroespínosa en comparación con la histerectomía vaginal con suspensión del ligamento uterosacro. Después de la histeropexia, una mayor proporción de mujeres tuvo un resultado compuesto de éxito. El análisis del tiempo hasta el evento no mostró diferencias en los resultados entre los procedimientos.</p> |
|---------------------------|--|--|--|--|--|---|

|  |    |  |                         |   |   |   |   |
|--|----|--|-------------------------|---|---|---|---|
|  |    |  |                         |   | Se asignaron al azar a histeropexia sacroespinal o a histerectomía vaginal con suspensión del ligamento uterosacro. |   |   |
| Maher C <i>et al.</i> / Cochrane/2016. | 42 | Surgery for women with apical vaginal prolapse | Revisión bibliográfica. | 3 | Mujeres con prolapso apical.  | Se realizaron búsquedas en el registro especializado de ensayos controlados del Grupo | La colpopexia sacra se asocia con un menor riesgo de conciencia de prolapso, prolapso recurrente en el examen, repetición de la cirugía por prolapso, IUE posoperatoria y |

|  |  |  |  |  |   |   |
|--|--|--|--|--|---|---|
|  |  |  |  |  | <p>Cochrane de Incontinencia que contiene ensayos identificados en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, ClinicalTrials.gov, WHO ICTRP y búsquedas manuales en revistas y actas de congresos (búsqueda en julio de 2015) y ClinicalTrials. .gov</p> | <p>dispareunia que una variedad de intervenciones vaginales.</p> <p>La evidencia limitada no respalda el uso de malla transvaginal en comparación con la reparación con tejido nativo para el prolapso vaginal apical. La mayoría de las mallas transvaginales evaluadas ya no están disponibles y actualmente las nuevas mallas más ligeras carecen de evidencia de seguridad.</p> <p>La evidencia no fue concluyente al comparar las vías de acceso para la colpopexia sacra.</p> |
|--|--|--|--|--|---|---|

## **CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE RESULTADOS**

A continuación, se presentan los principales hallazgos tras la indagación enfocada en los tres objetivos específicos planteados en esta investigación con la intención de dar respuesta al objetivo principal derivado del problema de investigación. Para cumplir con cada objetivo específico, se realizó una búsqueda bibliográfica minuciosa en la que se pretendía recopilar información relevante, clara y concreta sobre el POP.

Este capítulo se divide en tres segmentos; cada uno de ellos corresponde paralelamente al planteamiento de los objetivos específicos. El primero se encarga de una revisión sobre la prevalencia del prolapso apical. El segundo está enfocado en el análisis de las repercusiones en la calidad de vida de pacientes con prolapso apical y, finalmente, en el tercero se comparan las estrategias de prevención y tratamiento del prolapso apical de acuerdo con su tipología.

#### **4.1 La prevalencia del prolapso apical**

Los siguientes son los hallazgos argumentales que serán resaltados tras la revisión de la prevalencia del prolapso apical en mujeres mayores de 50 años histerectomizadas en América durante el periodo 2018 – 2023.

Gillor *et al.*<sup>6</sup>, en su investigación sobre factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos, mencionan que:

El prolapso de órganos pélvicos femeninos (POP) es una enfermedad muy común con una prevalencia reportada que oscila entre el 30 % y el 76 % en mujeres que acuden a atención ginecológica de rutina. Puede causar morbilidad sustancial, lo que afecta negativamente a la salud de la mujer y su calidad de vida. El riesgo de por vida de una mujer de someterse a una cirugía por el tratamiento del POP es aproximadamente del 15 %.

Al revisar los artículos con datos epidemiológicos sobre el POP, se encuentra que aproximadamente un 3 % de las mujeres en los Estados Unidos presenta molestias como sensación de abultamiento a nivel vaginal; en las estadísticas de este mismo país, también se estima que la prevalencia de prolapso de órgano pélvicos que genera sintomatología va de un 3 a 6 %, mientras que la prevalencia de POP identificado mediante la exploración clínica es de un 41 a 50 %<sup>7</sup>.

Es posible que la discrepancia porcentual que se encontró entre la prevalencia del POP sintomático y la prevalencia del POP identificado mediante el examen clínico se deba a que la mayoría de las mujeres presentan POP que no les genera síntomas y, por lo tanto, no se registran estos casos en las consultas médicas a no ser que el médico lo detecte por casualidad en otro tipo de revisión. Aunado a lo anterior, la mayoría de las pacientes con POP lo presentan en múltiples compartimentos (pared anterior vaginal, apical y posterior)<sup>7</sup>.

Otro caso es el que presentan Espitia *et al.*<sup>38</sup> al referirse a la prevalencia en mujeres de Quindío, Colombia, apuntan que:

La prevalencia de POP es alta en las mujeres del Quindío, la mayoría multicompartimental. El POP es una condición frecuente entre las mayores de 50 años; las grandes multíparas tienen mayor riesgo de presentarlo. Estos datos confirman que el POP es un problema de salud común en esta región del país.

Se estima que el POP puede llegar a afectar hasta un 40 % de las mujeres postmenopáusicas; esto implica un impacto significativo en su calidad de vida, el desempeño laboral y su entorno social. Además, la prevalencia puede aumentar en las mujeres a medida que envejecen<sup>20</sup>.

En cuanto al prolapso apical, se ha encontrado que la prevalencia posterior a una histerectomía varía entre un 0,2 % y un 43 %; por ello, es importante que a las pacientes a las que se les realizó una histerectomía se les brinde un seguimiento adecuado con el fin de identificar si llegan a presentar algún grado de prolapso<sup>7</sup>.

Un aspecto destacable es que prevalencia del prolapso de órganos pélvicos puede variar según la variable del grupo étnico; ante esto, se resalta la importancia de identificar los factores de riesgo asociado.

Por otra parte, es importante considerar que la prevalencia del prolapso en cada compartimento pélvico varía entre diferentes estudios. Estas discrepancias pueden deberse a variaciones en la terminología utilizada, las metodologías de evaluación clínica empleadas, o las características demográficas de las poblaciones estudiadas. Tales diferencias son fundamentales para entender y comparar los resultados obtenidos en diversas investigaciones sobre el tema<sup>6</sup>.

**Figura 6: Datos epidemiológicos de relevancia**

| Prevalencia  | Riesgos   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Prevalencia del POP : entre un <b>30 %</b> y <b>76 %</b>.</li><li>• Prevalencia estimada de POP sintomático: <b>2,9 %</b> a <b>8 %</b>.</li><li>• Prevalencia del POP durante examinación clínica <b>41 %</b> y <b>50 %</b></li><li>• Prevalencia de prolapso apical posterior a una histerectomía varía entre un <b>0,2 %</b> y un <b>43 %</b> <sup>7</sup> .</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Riesgo de por vida a someterse a cirugía por POP: <b>15 %</b>.</li><li>• Riesgo de requerir cirugía por POP en EE.UU: <b>6 %</b> a <b>18 %</b>.</li></ul> |

**Fuente: elaboración propia con base en las referencias** <sup>6, 7, 16, 34, 41</sup> .

#### **4.2 Repercusiones del POP en la calidad de vida de las pacientes**

En el presente subapartado se detallan los hallazgos del análisis de las repercusiones en la calidad de vida de las mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años con prolapso apical en América en el periodo 2018 – 2023.

Sejías *et al.*<sup>4</sup>, en su artículo sobre calidad de vida en pacientes con POP, define el concepto de *calidad de vida*:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y con relación a sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes.

En cuanto a la relación entre el POP y la calidad de vida, Espitia *et al.*<sup>32</sup>, en su investigación sobre calidad de vida en mujeres con prolapso de órganos pélvicos, señala que:

El prolapso de los órganos pélvicos es el descenso de uno o más órganos (útero, vagina, vejiga o intestinos) a través de la pared y orificio vaginal, debido al defecto de los tejidos de soporte; está asociado con incontinencia urinaria de esfuerzo entre el 23,19 % y 38 %. Se agrava al final del día y mejora cuando la mujer se acuesta, afectando de forma adversa la calidad de vida y la función sexual de las mujeres que lo padecen.

Asimismo, Sejías *et al.*<sup>4</sup> agregan que:

Se puede ver afectada la calidad de vida en mujeres que presenten disfunción de piso pélvico con relación al grado de severidad o comorbilidad asociado, así, puede verse afectada la esfera social, sexual, familiar y laboral en las que se desenvuelven las mujeres, representando un impacto negativo sobre la imagen corporal y la sexualidad.

Por su parte, Fatton *et al.*<sup>41</sup>, en su artículo sobre disfunción sexual en paciente con POP, indican que:

La disfunción sexual es uno de los síntomas asociados con el prolapso de órganos pélvicos que motiva a las mujeres a buscar ayuda médica. Es probable que las mujeres con POP restrinjan la actividad sexual debido a una percepción de pérdida de atractivo y miedo a la incontinencia.

Como se señala anteriormente, la calidad de vida en las mujeres que sufren prolapso de órganos pélvicos se ve afectada en distintos ámbitos como: el emocional, social, sexual y productivo. Es de suma importancia que se realicen evaluaciones de la calidad de vida a las pacientes que padecen prolapso de órganos pélvicos con el objetivo de tener una mayor comprensión sobre el impacto que tienen estas pacientes sobre su calidad de vida y así, una vez que se les brinde tratamiento, se pueda realizar una comparación para determinar cuál fue el grado de mejoría que tuvieron las pacientes en su calidad de vida<sup>4</sup>.

A continuación, se adjunta la tabla 4 con los principales ámbitos y repercusiones en calidad de vida que presentan las pacientes que padecen prolapso de órganos pélvicos:

**Tabla 5: Impacto en la calidad de vida en pacientes con POP**

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Psíquico</b>  | Estrés, ansiedad, depresión, mala imagen de sí misma.   |
| <b>Social</b>    | Aislamiento social, vida social reducida, rechazo por parte de su pareja, vergüenza.  |
| <b>Sexual</b>    | Dificultad para tener orgasmos, dispareunia, sensación, molestias durante las relaciones sexuales, sensación de obstrucción durante la penetración, disminución de satisfacción sexual, pérdida de la lívido, sensación de sentirse ‘menos femenina’. |
| <b>Económico</b> | Ausentismo laboral, limitaciones en labores domésticas, aumento de uso de sistema de salud.   |
| <b>Biológico</b> | Alteraciones del sueño, incontinencia urinaria, infecciones urinarias, dolor abdominal, dificultad para defecar.  |

**Fuente: elaboración propia con base en la referencia<sup>4</sup>.**

### **4.3 Estrategias de prevención y tratamiento del prolapso apical: ejercicio comparativo**

Los síntomas que se presentan en el prolapso de órganos pélvicos afectan significativamente la imagen física de la mujer e, incluso, pueden generar repercusiones en el ámbito personal, las relaciones sociales y la actividad sexual. Debido a esto, las mujeres empiezan a tener problemas para tener una calidad de vida adecuada. Se estima que aproximadamente un tercio de las mujeres postmenopáusicas con prolapso de órganos pélvicos sintomático pueden llegar a presentar síntomas de depresión<sup>33</sup>.

Mediante la comparación entre las diferentes estrategias de prevención y tratamiento del prolapso apical aplicadas a mujeres histerectomizadas mayores de cincuenta años en América durante el periodo 2018 – 2023, se hallaron los siguientes datos.

Este análisis bibliográfico se enfocó en destacar la importancia de individualizar la atención a cada paciente para poder considerar, cuidadosamente, sus comorbilidades y particularidades específicas. Este enfoque se basa en la premisa de que la variabilidad en la presentación clínica y la respuesta a las intervenciones requiere una atención personalizada y orientada a resultados óptimos.

En primer lugar, se resalta la importancia de la individualización en el contexto de la *prevención*, donde se adopta un enfoque proactivo centrado en la educación de la paciente. Este enfoque no solo aborda la sintomatología actual, sino que busca instaurar hábitos de vida saludables y proporcionar conocimientos esenciales para reducir los factores de riesgo asociados al prolapso apical. Se reconoce que este abordaje preventivo no solo tiene implicaciones directas en la salud del suelo pélvico, sino que también promueve un bienestar general a largo plazo.

En contraste, al considerar las estrategias de tratamiento existentes, ya sean conservadoras o quirúrgicas, surge un panorama significativamente limitante, el cual puede afectar la calidad de vida de la paciente. Aunque es efectivo en muchos casos, el tratamiento conservador puede implicar restricciones en la actividad física, modificaciones en la rutina diaria y, a veces, la necesidad de utilizar dispositivos médicos específicos. Estas implicaciones pueden tener un impacto sustancial en la autonomía y el bienestar psicosocial de la paciente<sup>25</sup>.

El enfoque principal y de primera línea para el manejo del prolapso de órganos pélvicos es el tratamiento conservador, que suele ser una opción válida para aquellas mujeres que presentan un grado leve de prolapso y síntomas de intensidad leve. Este tratamiento conservador incluye una serie de modificaciones en el estilo de vida que contribuyen a aliviar los síntomas del POP; no obstante, aún no se ha establecido completamente su efecto en la progresión de esta afección. Entre las modificaciones en el estilo de vida se incluyen cambios en la dieta, la pérdida de peso en casos de sobrepeso u obesidad, la reducción de actividades que ejercen tensión sobre el suelo pélvico, el tratamiento del estreñimiento y el cese del tabaquismo. Aunque estas intervenciones parecen tener un impacto positivo en la atenuación de los síntomas del POP, todavía se requiere más investigación para determinar su efecto en la progresión del prolapso<sup>21</sup>.

Además de las modificaciones en el estilo de vida, las terapias fisioterapéuticas desempeñan un papel importante en el manejo del POP porque contribuyen a mejorar los síntomas y restaurar la función del suelo pélvico. Estas terapias incluyen actividad física, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento de la vejiga, entrenamiento del hábito intestinal, biorretroalimentación y estimulación muscular eléctrica. El entrenamiento de los músculos

del suelo pélvico es una parte integral de estas terapias y consiste en el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico para mejorar su fuerza, resistencia y coordinación. Esta práctica proporciona un mejor soporte a los órganos pélvicos<sup>21</sup>.

Varios metaanálisis han demostrado que las mujeres con un prolapso leve y síntomas presentes experimentan una mejoría significativa, en cuanto a los síntomas y su gravedad, cuando se someten a entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Sin embargo, aún no existen datos disponibles sobre la eficacia del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico como complemento a la cirugía del POP. Dicho esto, la mayoría de los expertos considera que puede ser beneficioso<sup>21</sup>.

Uno de los métodos conservadores más eficientes que podemos encontrar es el uso de los pesarios. A pesar de que pueden beneficiar a la paciente, al mismo tiempo conllevan algunos riesgos. Entre ellos: el aumento de la secreción vaginal, mal olor, sangrado, erosión o ulceración del tejido vaginal. De hecho, alrededor del 73 % de las usuarias de pesarios pueden experimentar alguna forma de complicación. A pesar de esto, es importante destacar que la mayoría de las mujeres quedan satisfechas con la mejora en la calidad de vida que brinda el pesario<sup>28</sup>.

La erosión o ulceración del tejido vaginal es una complicación que puede ocurrir con mayor frecuencia en mujeres con una vagina atrófica. En estos casos, se puede abordar mediante el retiro del pesario para permitir que el tejido se recupere y, si es necesario, administrar tratamiento vaginal con estrógenos<sup>28</sup>.

Es fundamental tener en cuenta que, aunque raras, pueden producirse complicaciones graves relacionadas con el uso de pesarios. Estas pueden incluir fístulas vesicovaginales o rectovaginales, estenosis vaginal, carcinoma vaginal o incluso sepsis intraabdominal. Estos casos suelen ser el resultado de un seguimiento y vigilancia inadecuados por parte de los profesionales de la salud. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de educar a las pacientes sobre la necesidad de comunicarse con su proveedor de atención médica si experimentan síntomas como sangrado, dolor o retención aguda de orina o heces<sup>28</sup>. En general, además de la continuidad, el seguimiento posterior a la inserción de un pesario es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de la mujer que lo utiliza<sup>28</sup>.

Es relevante señalar que, durante la consulta previa a la inserción del pesario, es esencial asesorar a la mujer sobre la posibilidad de experimentar cambios en sus síntomas urinarios después del procedimiento. La reducción de un prolapso que obstruye el flujo de la vejiga puede revelar la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, que previamente no era un síntoma para la paciente. Es importante que las mujeres estén informadas sobre esta posibilidad y que tomen decisiones informadas sobre las opciones de tratamiento disponibles. Además, algunos estudios han demostrado que los síntomas de vejiga hiperactiva pueden mejorar en algunas mujeres, después de la inserción del pesario, con reducciones significativas en la urgencia y la incontinencia de urgencia en un porcentaje importante de casos<sup>28</sup>.

En resumen, la gestión adecuada del pesario implica un seguimiento cuidadoso y necesidad de educar a las mujeres sobre las complicaciones potenciales y los posibles cambios en sus síntomas urinarios.

Dwyer *et al.*<sup>28</sup> compararon el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico con el tratamiento utilizando pesarios y no encontraron diferencias significativas en el resultado principal, el cual se midió mediante el *Cuestionario de malestar del piso pélvico* (PFDI-20) durante un período de seguimiento de 24 meses. El PFDI-20 abarca una amplia gama de síntomas relacionados con el prolapso, así como también los síntomas urinarios y colorrectales. Sin embargo, se observó una mejora significativa en los síntomas de prolapso como resultado secundario en el grupo que recibió tratamiento con pesario.

Además, se encontró que los costos asociados con el grupo de tratamiento que utilizó los pesarios eran más bajos en comparación con el grupo que recibió entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. En otro ensayo clínico publicado<sup>28</sup>, se realizó una asignación aleatoria de mujeres con prolapso en etapa 1 a 3 a dos grupos: uno que utilizó entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y otro que utilizó un pesario junto con entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Los resultados de este estudio indicaron una mejora más notable en cuanto a los síntomas del prolapso y en la calidad de vida en el grupo que combinó el uso de un pesario con entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en comparación con el grupo que solo recibió entrenamiento de los músculos del suelo pélvico<sup>28</sup>. Estos hallazgos sugieren que la combinación de pesarios y entrenamiento de los músculos del suelo

pélvico puede ofrecer ventajas mayores, en términos de mejoría de los síntomas de prolapso y calidad de vida, que el uso único de una de las dos opciones. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los resultados pueden variar según las características individuales de las pacientes y que se necesitan más investigaciones para comprender completamente la efectividad y la rentabilidad de estas opciones de tratamiento<sup>28</sup>.

Por otro lado, la intervención quirúrgica, si bien busca resolver los síntomas, introduce las complicaciones inherentes de cualquier procedimiento invasivo; entre ellas, la posibilidad de recurrencia. Este hecho destaca la necesidad de una gestión postoperatoria cuidadosa y un seguimiento a largo plazo<sup>29</sup>.

Se concluye que la elección entre estrategias de prevención y tratamiento del prolapso apical debe fundamentarse en una evaluación exhaustiva de la paciente, que considere no solo la sintomatología actual, sino también su contexto individual, preferencias y expectativas. Este enfoque integral se alinea con la idea de proporcionar una atención médica centrada en el paciente, donde la toma de decisiones compartida y la personalización de las intervenciones se convierten en elementos fundamentales para lograr resultados clínicos óptimos y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas<sup>29</sup>.

En el análisis concluyente, se observa que, en el ámbito de la prevención, se requiere la participación activa de pacientes que demuestren una sólida adherencia a las indicaciones médicas. La implementación efectiva de las estrategias preventivas implica cambios significativos en el estilo de vida, los cuales, aunque desafiantes, son esenciales para mitigar el riesgo de prolapso en determinadas pacientes<sup>29</sup>.

Se subraya la relevancia de crear conciencia y fomentar la educación en aquellas pacientes con un riesgo potencial de desarrollar prolapso con el propósito de abordar, de manera proactiva, los factores de riesgo que las predisponen a esta condición. Este enfoque no solo resalta la importancia de la prevención como parte integral de la atención médica, sino también la necesidad de capacitar a las pacientes para que sean agentes activos en su propio bienestar y salud ginecológica; este esfuerzo las convierte en participantes informadas y motivadas del proceso de prevención del prolapso apical<sup>29</sup>.

## **CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1 Conclusiones

El prolapso de órganos pélvicos es una patología común entre mujeres que puede llegar a generar una morbilidad importante. De hecho, el riesgo de requerir alguna intervención quirúrgica por problemas relacionados con POP es considerable (llega hasta un 15 %) <sup>6</sup>.

Por otra parte, los datos epidemiológicos del POP no suelen ser constantes en la bibliografía revisada; esto podría deberse a que en la práctica se utilizan distintas clasificaciones y terminologías.

Al revisar los artículos estudiados en esta investigación, la literatura estudiada señala que la mayoría de los casos de POP puede abarcar varios compartimentos (pared vaginal anterior, apical, posterior); además de esto, la prevalencia aumenta con la edad, sobre todo por encima de los 50 años, y el riesgo de desarrollar algún tipo de POP se incrementa sobre todo en mujeres multíparas <sup>7, 40</sup>.

En cuanto a la prevalencia del prolapso apical posterior a una histerectomía, se encontró que los datos no son muy precisos, sino que suelen basarse en estimaciones. En el caso de la prevalencia del POP en general, la prevalencia es variable. Existe una diferencia considerable entre la prevalencia de las mujeres que reportan síntomas de POP y la prevalencia de los casos de POP identificados mediante exploración clínica ginecológica; esta diferencia podría responder a varios factores como que una gran parte de los casos de POP son asintomáticos y que la prevalencia puede variar entre distintos grupos étnicos, lo cual hace que sea más complejo obtener datos epidemiológicos precisos <sup>7</sup>.

Por otro lado, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia <sup>9</sup> refiere que según Hendrix *et al*, en un estudio amplio realizado en mujeres participantes en un ensayo clínico de terapia de reemplazo hormonal, encontraron que en dos grupos de mujeres se presentaban los siguientes porcentajes de aparición de un prolapso: las mujeres con histerectomía (38 %) y sin histerectomía (41 %). Este hallazgo subraya la importancia de considerar factores como la histerectomía al evaluar la prevalencia del POP.

Finalmente, Espitia-De la Hoz <sup>42</sup>, en una investigación realizada en mujeres atendidas en un servicio de ginecología, identificó que un porcentaje considerable de mujeres, el 68,38 % de las que habían tenido una histerectomía y el 31,62 % de las que no la habían tenido,

fueron diagnosticadas con prolapso genital. Estos hallazgos resaltan la relevancia clínica del POP y la necesidad de una atención adecuada en este campo.

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico muy común, el cual corresponde a un factor de riesgo para las lesiones del piso pélvico y complicaciones como incontinencia urinaria y POP<sup>19</sup>. Se estima que, entre los dos y cinco años posteriores a una histerectomía, se puede presentar algún grado de prolapso de órganos pélvicos<sup>16</sup>; el riesgo de lesión del piso pélvico y de complicaciones como el POP es aún mayor en histerectomías laparoscópicas vaginales, aunque también la histerectomía abdominal se ha relacionado con un mayor riesgo de lesión del piso pélvico<sup>19</sup>.

El prolapso de órganos pélvicos es cada vez más frecuente y afecta en gran medida la calidad de vida de las pacientes que lo presentan<sup>1</sup>. Las repercusiones en la calidad de vida impactan en distintos ámbitos como el biológico, social, laboral, psicológico y sexual; en específico, se pueden dar situaciones de aislamiento social, disfunción sexual, pérdida de oportunidades laborales, pérdida de la independencia, entre otras. Además, el prolapso de órganos pélvicos constituye una de las causas más frecuentes de cirugía ginecológica<sup>4</sup>.

En el ámbito biológico, el prolapso urogenital puede provocar abultamiento, sensación de presión vaginal o disfunción defecatoria<sup>5</sup>. Asimismo, pueden presentarse también alteraciones del sueño y dolor abdominal. Por su parte, en el ámbito psíquico puede darse cuadros de aversión social, depresión y ansiedad. En cuanto al ámbito socioeconómico, es posible que surjan situaciones en las que se genere vergüenza, inseguridad, ausentismo laboral, afectación en las actividades domésticas, limitación en actividades laborales, ausentismo laboral y aumento en el uso de los servicios de salud<sup>4</sup>.

Una problemática relacionada al POP es que gran parte de las mujeres tienen pocos conocimientos de las implicaciones y repercusiones relacionadas a esta patología. En un estudio realizado en 2018, se encontró que un 90 % de las mujeres estudiadas desconocían sobre el prolapso de órganos pélvicos y sus cuidados<sup>3</sup>. Aunado a esto, muchos casos de mujeres con POP son asintomáticos y los casos de pacientes con prolapso de órganos pélvicos con síntomas no informan sus incomodidades a sus médicos hasta que los síntomas afecten de forma significativa su calidad de vida. Por otra parte, la mayoría de las mujeres desconoce sobre las formas de prevención que ayudan a retrasar o disminuir el riesgo de llegar a

presentar algún tipo de prolapso urogenital. En este sentido, factores sociales como labores que involucren levantar objetos pesados, la continencia forzada de la micción, el fumado y el estreñimiento son algunos factores predisponentes que las mujeres desconocen y que se relacionan con el riesgo de presentar prolapso de órganos pélvicos<sup>3</sup>.

Sobre los tratamientos, la selección adecuada y personalizada de pesarios es esencial en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos ya que las necesidades individuales de los pacientes, como el tipo de prolapso y la comodidad, deben ser consideradas. Este enfoque personalizado podría mejorar significativamente la eficacia del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes<sup>30</sup>.

Aunque existe interés en las terapias no quirúrgicas para tratar el prolapso de órganos pélvicos, como el uso de láseres y el reemplazo de estrógeno, la evidencia científica actual es limitada y requiere una mayor investigación para evaluar su eficacia y seguridad de manera concluyente. Son necesarios estudios más rigurosos para determinar el papel exacto de estas terapias en el manejo integral del prolapso<sup>21</sup>.

A pesar de los avances en la cirugía del prolapso de órganos pélvicos, la recurrencia sigue siendo un problema significativo. La variabilidad en las tasas de recurrencia y la falta de consenso sobre los criterios de evaluación complican la comparación de resultados entre estudios. Identificar y comprender los factores de riesgo asociados con la recurrencia, como la edad, la gravedad del prolapso preoperatorio y la obesidad, es crucial para mejorar los resultados a largo plazo de la cirugía del prolapso de órganos pélvicos<sup>21</sup>.

En Costa Rica, el tratamiento del POP en mujeres implica una combinación de tratamiento médico y quirúrgico; de ser posible, se busca corregir el prolapso genital y sus patologías asociadas en un mismo acto quirúrgico<sup>8</sup>.

Se destaca que el prolapso de órganos pélvicos es una de las indicaciones más comunes en cirugías ginecológicas; en países como Estados Unidos existe un alto número de procedimientos realizados anualmente<sup>8</sup>.

Si se toman en cuenta los diversos enfoques alrededor del mundo, se evidencia que el tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos puede variar en términos de técnicas utilizadas y enfoques terapéuticos<sup>8</sup>.

En otros países se ha comparado la efectividad del uso de mallas transvaginales frente a la reparación con tejido nativo para el tratamiento del prolapso urogenital en mujeres. Se advierte sobre la retirada de algunas mallas del mercado y la necesidad de precaución al utilizar productos más modernos, cuya seguridad y eficacia no han sido plenamente establecidas<sup>43</sup>.

Además, se ha observado que la colposacropexia abdominal se asocia con menores tasas de prolapso recurrente y de incontinencia urinaria de esfuerzo posoperatoria en comparación con procedimientos vaginales<sup>43</sup>.

Tanto en Costa Rica como en otros países, estas diferencias resaltan la importancia de considerar las distintas opciones de tratamiento quirúrgico, así como la necesidad de evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios de cada enfoque terapéutico en el manejo del prolapso urogenital en mujeres.

## **5.2 Recomendaciones**

Es importante que se realicen estudios epidemiológicos que permitan actualizar la prevalencia y grupos etarios de las mujeres que presentan POP específicamente en América y, en especial, en Costa Rica con la finalidad de obtener una perspectiva más exacta sobre el impacto que sufren las mujeres que presentan prolapso de órganos pélvicos. Además, al poder obtener datos epidemiológicos actualizados, se podrían planificar estrategias de prevención, manejo y atención más adecuadas para las pacientes afectadas.

Al realizar estudios epidemiológicos sobre POP, es aconsejable que se consideren las características de las poblaciones a estudiar; esto porque pueden influir de manera significativa en los datos obtenidos. La edad, el grupo étnico y los factores de riesgo son algunas de las principales variables que se deben tener en cuenta al intentar recolectar datos epidemiológicos.

Es recomendable reforzar las estrategias de prevención, educación y concientización en las poblaciones que tienen mayor riesgo de presentar o desarrollar POP: las mujeres de edad avanzada y las multíparas. Es aconsejable intensificar las medidas de prevención para evitar que, posteriormente, puedan llegar a presentar casos severos lo cual conllevaría a un

mayor impacto en su calidad de vida, rendimiento laboral y mayor carga económica para el sistema de salud.

La identificación de los factores de riesgo y la individualización de cada caso son medidas importantes para brindar un servicio más adecuado a las pacientes que presentan POP. Se deben promover buenos hábitos y cambios en el estilo de vida para prevenir la aparición del prolapso urogenital; entre ellos: tener una dieta balanceada, mantener un peso adecuado, realizar actividad física que incluya ejercicios que fortalezcan la musculatura del piso pélvico, el cese de fumado y no levantar objetos pesados.

Por otra parte, es recomendable tener en cuenta que existen tratamientos conservadores y no conservadores. La elección del tratamiento no necesariamente es la misma en todos los casos ya que, como se mencionó anteriormente, responde a las características de cada paciente.

Se deben realizar estudios prospectivos, con periodos de seguimiento más amplios, sobre el daño autonómico en la disfunción del piso pélvico posterior a una histerectomía. Esto permitiría comprender adecuadamente el mecanismo detrás de la lesión del piso pélvico. Es importante considerar las decisiones quirúrgicas y distintas técnicas que puedan ayudar a disminuir la lesión de estructuras nerviosas y musculares para así lograr minimizar la morbilidad quirúrgica y proveer una mejor atención a las pacientes a las que se les realice una histerectomía.

Se debe tener en cuenta que el aumento en el riesgo de desarrollar prolapso urogenital y la lesión del piso pélvico son algunas de las repercusiones que pueden generarse en las pacientes al realizarles un procedimiento quirúrgico como la histerectomía. Se debe de escoger la técnica quirúrgica más adecuada para disminuir, en la medida de lo posible, las complicaciones derivadas de la cirugía.

Por otra parte, se recomienda que se les informe a las pacientes sobre el riesgo de lesión del piso pélvico que puede generar, posteriormente, la aparición del algún grado de prolapso urogenital. Se deben reforzar los cuidados postquirúrgicos de estas pacientes para ayudar a aminorar las repercusiones negativas que puedan presentarse.

Resulta importante tener en cuenta el impacto que puede generarse sobre la calidad de vida de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos. Se debe considerar la afectación en múltiples ámbitos (biológica, social, económica y psicológica). Por ello, el manejo recomendable para las mujeres con POP es multidisciplinario; es decir, no solo debe incluir al médico si no también se debe brindar apoyo psicológico y social a las mujeres afectadas con el objetivo de optimizar el manejo del padecimiento y de brindar una mejor asistencia a las pacientes.

Se recomienda realizar campañas de salud donde se eduque a las mujeres sobre el prolapso de órganos pélvicos, sus formas de prevención, los buenos hábitos que se deben tener y los aspectos en salud ocupacional relevantes. Asimismo, promover la evacuación de dudas con sus médicos e incentivar la práctica de informar si presentan algún síntoma sugestivo de prolapso urogenital. Es recomendable generar consciencia sobre este tipo de patologías para que las pacientes que la presenten tengan un mejor apoyo y comprensión tanto de sus médicos como de sus familiares.

Se necesitan estudios clínicos controlados y aleatorizados de alta calidad para evaluar la eficacia y seguridad de las terapias no quirúrgicas, como el uso de láseres y el reemplazo de estrógeno, en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos. Se deben considerar el diseño de estudios que incluyan un seguimiento a largo plazo para evaluar el impacto de estas terapias en la recurrencia del prolapso y la calidad de vida de los pacientes.

Se requiere una colaboración multidisciplinaria entre ginecólogos, urólogos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud para desarrollar protocolos de tratamiento integrales que incluyan terapias no quirúrgicas como parte del manejo del prolapso de órganos pélvicos.

Se recomienda realizar un seguimiento a largo plazo de los pacientes sometidos a cirugía del prolapso de órganos pélvicos para detectar y gestionar de manera temprana cualquier recurrencia y proporcionar un apoyo continuo para optimizar los resultados a largo plazo y la calidad de vida de los pacientes.

Dada la variabilidad internacional en los enfoques quirúrgicos y la necesidad de considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios de cada opción de tratamiento para el

prolapso urogenital en mujeres, es fundamental que los profesionales de la salud en Costa Rica y otros países trabajen en colaboración y compartan sus conocimientos y experiencias clínicas. Esto permitirá una mejor comprensión de las prácticas y derivará en una atención óptima para las pacientes.

Finalmente, se recomienda que los médicos estén actualizados sobre las últimas investigaciones y recomendaciones en este campo en constante evolución para que puedan garantizar una atención óptima para las mujeres que sufren de prolapso urogenital.

## **CAPÍTULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Fernández, G, Gomero P. Prolapso apical. [Internet]. Interciencia médica. 2021. [Consultado el 15 de octubre de 2023]. 11(3):44-51. Disponible en: <https://intercienciamedica.com/intercienciamedica/article/view/18>
2. Pérez Y, Torres J, Adams E, González A, Delgado J. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. [Internet]. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2018. [citado el 6 de noviembre de 2023]. 8(0). Disponible en: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/21>
3. Baquedano V, Orellana M, Reyes J, Ponce J. Conocimiento y cuidados de la mujer para la prevención de prolapso de órganos pélvicos. [Internet]. Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud. 2020 [citado 5 de noviembre de 2023]. 7(1):5-12. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/10942>
4. Seijas A, Parra H, Ramírez A. Calidad de vida en pacientes con prolapso de órganos pélvicos después de histerectomía. [Internet]. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2018 [citado 5 de noviembre de 2023]. 78(4):265-77. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ogv/article/view/20511](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20511)
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Urogynecologic Society. INTERIM UPDATE: This Practice Bulletin is updated as TAC of O and G and the AUSUTPB is updated as. [Internet]. Pelvic Organ Prolapse. Urogynecology. 2019. [cited nov 5, 2023]. 25(6):397. Available on: [https://journals.lww.com/fpmrs/FullText/2019/11000/Pelvic\\_Organ\\_Prolapse.1.aspx](https://journals.lww.com/fpmrs/FullText/2019/11000/Pelvic_Organ_Prolapse.1.aspx)
6. Gillor M, Saens P, Dietz H. Demographic risk factors for pelvic organ prolapse: Do smoking, asthma, heavy lifting or family history matter? European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. 2021 [cited nov 5, 2023]. 261:25-8. Available on: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(21\)00167-6/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(21)00167-6/fulltext)
7. Robinson D, Thiagamoorthy G, Cardozo L. Post-hysterectomy vaginal vault prolapse. Maturitas [Internet]. 2018 [cited nov 5, 2023]. 107:39-43. Available on: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512217307818>

8. Cohen D. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. [Internet]. Rev médica Clín Las Condes. 2013. [Citado el 5 de noviembre del 2023]. 24(2):202–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70151-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70151-2)
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Pelvic organ prolapse. Prolapso de los órganos pélvicos [Internet]. [citado el 5 de noviembre del 2023] Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v632020/n1/11\\_Prolapso\\_de\\_los\\_organos\\_pelvicos\\_2019.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v632020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf)
10. Tardiu L. Prolapso Genital e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo: Diferencias en su Génesis. [Barcelona]: Hospital Universitario Sant Joan de Déu; 2018.
11. Peralta R. Factores de Riesgo de Prolapso Genital en Mujeres de Hospital Nacional Arzobispo Loaiza 2017-2018. [Tesis de posgrado]. Universidad San Martín de Porras. 2018. Perú. [Consultado el 5 de noviembre del 2023]. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4575/peralta\\_hrz.pdf;jsessionid=49D3FA499F6D4355F45FBF148E1A3C21?sequence=1](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4575/peralta_hrz.pdf;jsessionid=49D3FA499F6D4355F45FBF148E1A3C21?sequence=1)
12. Mena D. Perfil clínico y complicaciones de las adultas mayores con prolapso urogenital que utilizan pesario en la Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, en el periodo comprendido de enero 2014 a octubre 2018. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica.
13. Madhu C, Swift S, Moloney S, Drake M. How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? Neurourology and Urodynamics [Internet]. Aug 1, 2018 [cited oct 22, 2023]. 37(S6):S39-43. Available on: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.23740>
14. Durnea C, Pergialiotis V, Duffy J, Bergstrom L, Elfituri A, Doumouchtsis SK, et al. A systematic review of outcome and outcome-measure reporting in randomized trials evaluating surgical interventions for anterior-compartment vaginal prolapse: a call to action to develop a core outcome set. Int Urogynecol J [Internet]. 2018 [cited nov 5, 2023]. 29(12):1727-45. Available on: <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3781-5>
15. Oliveira L, Benedito E, Teatin C. Prolapso dos órgãos pélvicos. [Internet]. Femina. 2019. [citado 4 de enero de 2024]. 42-5. Disponible en: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4gsmh>

16. Brunet M, Johannesson U, Drca A, Bergman I, Söderberg M, Warnqvist A, et al. Recurrent surgery in uterine prolapse: A nationwide register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2022 [cited nov 2023]. 101(5):532-41. Available on: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.14340>
17. Gabriel I, Kalousdian A, Brito L, Abdalian T, Vitonis A, Minassian V. Pelvic organ prolapse after 3 modes of hysterectomy: long-term follow-up. [Internet]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021 [cited nov 5, 2023]. 224(5):496.e1-496.e10. Available on: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512217307818>
18. Chen V, Shackelford L, Spain M. Pelvic Floor Dysfunction After Hysterectomy: Moving the Investigation Forward. [Internet]. *Cureus*. 2021. [cited nov 5, 2023]. 13(6):e15661. Available on: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34277254/>
19. Vermeulen C, Veen J, Adang C, van Leijssen S, Coolen A, Bongers M. Pelvic organ prolapse after laparoscopic hysterectomy compared with vaginal hysterectomy: the POP-UP study. [Internet]. *Int Urogynecol J*. 2021 [cited nov 5, 2023]. 32(4):841-50. Available on: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04591-z>
20. Pereira P, Iribarren E, Toimil C, García-Señorans M, Vigorita V, Fernández A. POPS Laparoscópico como tratamiento del prolapso de órganos pélvicos. *Archivos de coloproctología* [Internet]. 23 de diciembre de 2019 [citado 4 de enero de 2024];2(4):9-9. Disponible en: [https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/arch\\_colo/article/view/4161](https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/arch_colo/article/view/4161)
21. Giannini A, Russo E, Cano A, Chedraui P, Goulis DG, Lambrinoudaki I, et al. Current management of pelvic organ prolapse in aging women: EMAS clinical guide. [Internet]. *Maturitas*. 2018. [Cited nov 5, 2023]. 110:118–23. Available on: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.02.004>
22. Cameron A. Systematic review of lower urinary tract symptoms occurring with pelvic organ prolapse. [Internet]. *Arab J Urol*. 2019. [citado el 5 de noviembre del 2023] 17(1):23–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/2090598x.2019.1589929>
23. Ansari M, Sharma P, Khan S. Pelvic organ prolapse in perimenopausal and menopausal women. *J Obstet Gynaecol India* [Internet]. 2022. [cited 2024 Jan 20]. 72(3):250–7. Available on: <http://dx.doi.org/10.1007/s13224-021-01524-8>

24. Dixon A, Fitzgerald C, Brincat C. Severity and bother of prolapse symptoms in women with pelvic floor myofascial pain. [Internet]. *Int Urogynecol J*. 2019. [cited 2024 Jan 20]. 30(11):1829–34. Available on: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-03916-x>
25. American Urogynecologic Society. Pelvic organ prolapse. [Internet]. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019. [cited nov 5, 2023]. 25(6):397–408. Available on: <http://dx.doi.org/10.1097/spv.0000000000000794>
26. Leandro A, Marta L, Gracia G, Mariana R, Ariel M, Bengió R. Características clínicas urinarias y hallazgos urodinámicos en pacientes argentinas con prolapso de órganos pelvianos (POP) en estadio avanzado. [Internet]. *Arch Esp Urol*. 2021. [consultado el 21 de enero de 2024]. 74(3):299–305. Disponible en: <https://www.aeurologia.com/EN/Y2021/V74/I3/299>
27. Weintraub A, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. [Internet]. *Int Braz J Urol*. 2020. [cited nov 5, 2023]. 46(1):5–14. Available on: <http://dx.doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2018.0581>
28. Dwyer L, Kearney R. Conservative management of pelvic organ prolapse. [Internet]. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2021. [cited nov 5, 2023]. 31(2):35–41. Available on: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2020.12.003>
29. Del Valle A, Alonso H, Verenzuela A. Calidad de vida en pacientes con prolapso de órganos pélvicos después de histerectomía. [Internet]. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2018. [cited 2024 Jan 21]. Vol. 78 Núm. 4. Disponible en: [https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2018\\_vol78\\_num4\\_3.pdf](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2018_vol78_num4_3.pdf)
30. Torras I, Ros C, España M. Tratamiento quirúrgico del prolapso apical. [Internet]. *Revista suelo pélvico*. 2022. [cited 2024 Jan 21]. 15(2): 38-49. Disponible en: <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2022/09/105570-SUELO-PELVICO-152-revision.pdf>
31. Sun Y, Chen H, Liu Y, Jiao R, Yuan J, Zhang X, et al. Conservative interventions for the treatment of pelvic organ prolapse: A systematic review protocol. [Internet]. *Medicine*. 2019 [cited nov 5, 2023]. 98(47). 8116. Disponible en: <https://journals.lww.com/md->

journal/fulltext/2019/11220/conservative\_interventions\_for\_the\_treatment\_of.82.aspx

32. Espitia F. Evaluación de la calidad de vida en mujeres climatéricas con prolapso genital luego del uso del pesario. [Internet]. *Rev colomb menopaus*. 2018. [citado 5 de noviembre de 2023]. 7-18. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988620>
33. Mattsson N, Karjalainen P, Tolppanen A, Heikkinen A, Sintonen H, Härkki P, et al. Pelvic organ prolapse surgery and quality of life—a nationwide cohort study. [Internet]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020. [cited nov 5, 2023]. 222(6):588.e1-588.e10. Available on: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937819327231>
34. Dufour S, Wu M. No. 397 – Conservative Care of Urinary Incontinence in Women. [Internet]. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2020 [cited nov 5, 2023]. 42(4):510-22. Disponible en: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(19\)30463-3/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(19)30463-3/fulltext)
35. Montiel R, Cabrera G, Urgiles C, Centeno F. Aspectos metodológicos de la investigación. [Internet]. *Reciamuc*. 2018. [citado 6 de noviembre de 2023]. 2(3):194-211. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/111>
36. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education; 2018. DOI: <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
37. Parreño A. Diseño metodológico. En: *Metodología de investigación en salud* [Internet]. Espoch. La caracola Editores. 2016 [citado 24 de febrero de 2024]. p. 55-7. Disponible en: <http://cimogsys.espoch.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17224845-metodología%20de%20la%20investigación%20en%20salud-comprimido.pdf>
38. Espitia F. Prevalencia y caracterización del prolapso de órganos pélvicos en mujeres del Quindío, Colombia. 2016-2019. [Internet]. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*.

2021. [Consultado el 17 de enero del 2024]. 70(3):e90175. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.90175>
39. Metcalfe N, Shandley L, Young M, Higgins M, Abanulo C, Northington G. Pelvic organ prolapse recurrence after apical prolapse repair: does obesity matter? [Internet]. *Int Urogynecol J*. 2022. [cited nov 5, 2023]. 33(2):275-84. Available on: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04806-x>
40. Chong W, Fantl J. Pelvic Organ Prolapse. En: *Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd. 2020. [citado 17 de enero de 2024]. p. 168-74. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119450047.ch21>
41. Fatton B, De Tayrac R, Letouzey V, Huberlant S. Pelvic organ prolapse and sexual function. [Internet]. *Nat Rev Urol*. 2020. [cited Jan 17, 2024]. 17(7):373-90. Available on: <https://www.nature.com/articles/s41585-020-0334-8>
42. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with anterior compartment prolapse. [Internet]. The Cochrane Library, 2017. [Cited Jan 17, 2024]. (11). Available on: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004014.pub6>
43. Gómez de Quero M, Portillo P, Toledano B, Moscatiello P. Systematic review of the treatment with pessaries in the pelvic organ prolapse (POP). [Internet]. *Arch Esp Urol*. 2021. [Cited may 10, 2024]. 74(3):306-16. Available on: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33818427/>
44. Schulten S, Detollenaere R, Stekelenburg J, IntHout J, Kluivers K, van Eijndhoven H. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial. *BMJ* [Internet]. 2019. [Cited May 20, 2024]. 1-10. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/366/bmj.l5149.full.pdf>
45. Bescós-Santana E, Sanz-López A, Nassar-Melic N, Procas-Ramón B, Gabasa-Gorgas, Elía-Guedea M, et al. Complicaciones postratamiento del prolapso apical: a propósito de un caso. *Ginecología y obstetricia de México* [Internet]. 2019 [citado 5 de noviembre de 2023];87(5):334-40. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0300-90412019000500334&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412019000500334&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

46. Oh S, Shin E, Hyun S, Jeon M. Comparison of treatment outcomes for native tissue repair and sacrocolpopexy as apical suspension procedures at the time of hysterectomy for uterine prolapse. *Sci Rep* [Internet]. 2021. [Citado 5 de noviembre de 2023];11(1):3119. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-82732-0>
  
47. Jelovsek J, Barber M, Brubaker L, Norton P, Gantz M, Richter H, et al. Effect of Uterosacral Ligament Suspension vs Sacrospinous Ligament Fixation With or Without Perioperative Behavioral Therapy for Pelvic Organ Vaginal Prolapse on Surgical Outcomes and Prolapse Symptoms at 5 Years in the OPTIMAL Randomized Clinical Trial. *JAMA* [Internet]. 2018. [Citado 5 de noviembre de 2023];319(15):1554-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933329/>