

Calidad de vida en pacientes con prolapso de órganos pélvicos después de histerectomía*

Dras. Auris del Valle Andrade Seijas,¹ Herminia Isabel Alonso Parra,¹
Aracelis Coromoto Verenzuela Ramírez.²

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en pacientes con prolapso de órganos pélvicos después de histerectomía, atendidas en el Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, comparativo, correlacional, transversal, incluyó 45 pacientes con prolapso de órganos pélvicos (grupo A) y 45 pacientes sin prolapso (grupo B) atendidas entre marzo y septiembre 2017. Se realizó a las pacientes, examen físico ginecológico y se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario "Prolapse Quality of Life", cuyo rango va desde 0 puntos la mejor calidad de vida y 100 la peor posible. **Resultados:** La prevalencia de prolapso fue 30,68 %, la edad promedio fue de 52,2 años en el grupo A y 43,5 años en el grupo B. El compartimiento anterior fue el más afectado, 29 pacientes (64,4 %), seguido de apical en 12 pacientes (26,7 %). El estadio I en 31 pacientes (34,4 %); no se evidenció prolapso estadio IV. Al evaluar la calidad de vida se obtuvo un promedio de $38,6 \pm 15,9$ en las pacientes con prolapso de órganos pélvico mientras que en los casos controles presentaron un promedio de $6,3 \pm 4,2$ ($p = 0,000$), los dominios afectados en frecuencia fueron; relaciones personales, emociones y sueño/energía.

Conclusiones: La técnica quirúrgica no mostró ser factor predisponente para la aparición de prolapso de órganos pélvicos y la calidad de vida fue de regular y mala independientemente del estadio y compartimiento afectado.

Palabras clave: Prolapso de órganos pélvicos, Calidad de vida, Histerectomía.

SUMMARY

Objective: To evaluate the quality of life in patients with prolapse of pelvic organs after hysterectomy, attended in Gynecology Service of Concepción Palacios Maternity.

Methods: Prospective, descriptive, comparative, correlational, cross-sectional study, included 45 patients with pelvic organ prolapse (group A) and 45 patients without prolapse (group B) attended between March and September 2017. All patients underwent gynecological physical examination and assessment of the quality of life through the questionnaire "Prolapse Quality of Life", which rank goes from 0 points the best quality of life and 100 the worst possible.

Results: Prevalence of prolapse was 30.68 %, the average age was 52.2 years for group A and 43.5 years for group B. The anterior compartment was the most affected in 29 patients (64.4 %), followed by apical in 12 patients (26.7 %). Stage I prolapse was found in 31 patients (34.4 %), while stage IV was not evident. When evaluating the quality of life, an score average of 38.6 ± 15.9 was obtained in patients with pelvic organ prolapse while in control cases they presented an average of 6.3 ± 4.2 ($p = 0.000$), the domains affected in frequency were personal relationships, emotions and sleep / energy.

Conclusions: The surgical technique didn't appear to be a predisposing factor for the appearance of pelvic organ prolapse and the quality of life was fair and poor regardless of the stage and compartment affected.

Keywords: Prolapse of pelvic organs, Quality of life, Hysterectomy.

¹Médicos Especialistas en Obstetricia y Ginecología egresados de la Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios.

²Médico Especialistas en Obstetricia y Ginecología, y en Patología del Piso Pélvico, adjunto al Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios.

*Trabajo Especial de Grado presentado por Auris del Valle Andrade Seijas, Herminia Isabel Alonso Parra, para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología.

INTRODUCCIÓN

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 (1). 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 (2).

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 (1). 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 (3). El prolapso genital 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, 29,2 % de las pacientes presentan recidiva requiriendo una nueva cirugía (4).

El diagnóstico del prolapso se realiza mediante la historia clínica y examen pélvico, los síntomas que pueden presentarse son sensación de plenitud o percepción de un cuerpo extraño vaginal, la presencia de una masa suave, abultada y, a menudo, cursan con síntomas urinarios, como infecciones urinarias o incontinencia urinaria de esfuerzo (5). La *Continence Society* (ICS) los divide en 5 grupos: síntomas del tracto urinario,

intestinales, disfunción sexual, vaginales y dolor (3, 5-7). La exploración física es fundamental, para poder determinar el compartimiento y grado de afectación, se utiliza el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q), que se ha convertido en el sistema de prolapso estandarizado más comúnmente utilizado (8). La ICS adoptó el sistema de estadificación del POP-Q en octubre de 1995, siendo aceptado posteriormente por la *International Urogynecology Association* (IUGA) y la *Sociedad de Cirujanos Ginecológicos* (9).

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 (2). Después de una histerectomía abdominal o vaginal, en la cual la cúpula vaginal no ha sido insertada en los elementos suspensores (úterosacros 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 (1). El prolapso de la cúpula vaginal posterior a una histerectomía se presenta en 0,1 % a 18,2 %, puede ser total o acompañado de prolapso de algún otro órgano (8). La incidencia va disminuyendo dependiendo del grado de prolapso al que se refiere; por ejemplo, 39 % grado I; 35 % grado II, y 2 % en grados III y IV. La incidencia global de recurrencia del prolapso en cualquier compartimiento vaginal es de alrededor de 20 % (3, 5).

Respecto a los factores que influyen en la aparición del prolapso de la cúpula después de una histerectomía, está la técnica inadecuada de fijación de la cúpula, infección de la zona operatoria, esta última suele ser un factor determinante en la aparición del prolapso de la cúpula, por otra parte, está el debilitamiento de los medios de fijación del aparato genital en pacientes posmenopáusicas, y el aumento de la presión abdominal. La aparición del prolapso de la cúpula vaginal después de la cirugía, suele conducir a las pacientes a múltiples consecuencias desfavorables. Son importantes las causas atribuidas a la aparición del prolapso de la cúpula: defectos del compartimiento anterior y posterior,

el enterocele, defectos del piso pélvico, que no fueron corregidos antes de la histerectomía abdominal (10).

Según Lykke y col. (11), la incidencia acumulada de cirugía para cura de prolapso de órganos pélvicos (POP) después de una histerectomía, con seguimiento de hasta 32 años, fue calculada en 12 %; y 50 % de todas las cirugías de reparación de POP se realizaron en el compartimento posterior, demostrando así la relación existente entre la histerectomía como factor de riesgo para la aparición de prolapso de órganos pélvicos. Estos autores señalan que más de un tercio de todas las mujeres operadas para cura de POP, fueron operadas en menos de 5 años después de la histerectomía. También se ha descrito que 10 % de las mujeres con antecedentes de histerectomía, tendrán prolapso apical (12). El prolapso de órganos pélvicos previo a la histerectomía parece ser el factor de riesgo más importante para la aparición de prolapso posterior a la misma (13, 14). El riesgo de recurrencia parece ser independiente del peso de la mujer y la localización más frecuente es el compartimento anterior (15), pero se asocia a edad menor a 60 años y grado preoperatorio III y IV (2).

Entre los cuidados básicos posoperatorios de una histerectomía abdominal o vaginal se incluyen: tener una alimentación adecuada, evitar la realización de ejercicios de alto impacto, cumplimiento de reposo de uno a dos meses para reintegrarse a las actividades cotidianas incluyendo laborales, sin embargo sin una etiología precisa, múltiples artículos de investigación describen como complicación a largo plazo, debilitamiento del piso pélvico, cuando no se mantiene la continuidad de la fascia endopélvica, pudiendo dar como resultado debilidad o relajación de la pared vaginal.

La histerectomía y la cirugía de POP son los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados en el área ginecológica, relacionados con el tratamiento parcial o total de múltiples patologías. La histerectomía subtotal es una opción para trastornos ginecológicos benignos empleando la extirpación del útero con conservación del cuello uterino. El papel de la histerectomía como factor de riesgo para el POP posterior a la histerectomía se ha discutido durante muchos años, pero todavía no hay consenso sobre el papel del modo de histerectomía como factor etiológico (9). Los cambios en la función del suelo pélvico causados por la

histerectomía resultan del daño a la inervación del suelo pélvico y a las estructuras fibromusculares pélvicas durante la cirugía (16).

Se puede ver afectada la calidad de vida en mujeres que presenten disfunción de piso pélvico en 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. 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. Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas (facetas) física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso), psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos), grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo), relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual), entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte) y espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales) (17). El prolapso de órganos pélvicos produce alteraciones en varias facetas que integran el concepto de calidad de vida y por lo tanto deben afectarla de manera importante, afectando el ritmo de vida de las pacientes y su desempeño en sus actividades cotidianas (15).

La calidad de vida de las pacientes se ve afectada de manera considerable, independientemente del estadio de severidad del prolapso, motivo por el cual sociedades internacionales como ICS y la IUGA, recomiendan la inclusión de la medición de la calidad de vida en todas las evaluaciones de las pacientes con prolapso genital y/o incontinencia urinaria (altamente relacionado con el prolapso de órganos pélvicos) (18). Las mujeres con trastornos del piso pélvico describen un impacto negativo en varias dimensiones de la calidad de vida, destacando principalmente los aspectos físicos. La evaluación de la calidad de vida, cada vez más es un

resultado considerado en el éxito del tratamiento, lo que permite tener una aproximación objetiva del efecto de las intervenciones terapéuticas.

En el aparato urinario, los síntomas asociados a incontinencia de orina que más afectan a las pacientes son: frecuencia miccional aumentada, urgencia miccional, nicturia e incontinencia urinaria de esfuerzo. El impacto en la calidad de vida se describe como moderado a alto cuando las pacientes presentan los síntomas antes expuestos; este efecto se visualiza en diversas dimensiones, destacando las limitaciones personales como actividad física y limitaciones del rol como realizar tareas domésticas, las actividades de la mujer se limitan a sitios donde tenga acceso inmediato a baños y a actividades de corta duración. La vergüenza limita su rol social, interviniendo en su faceta personal y profesional. Así mismo, según el síntoma de prevalencia en la incontinencia, los asociados a incontinencia urinaria de urgencia generan mayor impacto en la calidad de vida en comparación con los síntomas de esfuerzo. (3, 7). Las personas afectadas por trastornos gastrointestinales asociadas a prolapso de órganos pélvicos, reportan dificultad para defecar, dolor abdominal, e incontinencia. La presencia de estos síntomas con frecuencia se asocia con peor calidad de vida, afectando la movilidad, y energía de manera significativa.

Se describen otros efectos como reacciones emocionales, ansiedad y estrés, todos estos síntomas producen en las pacientes aislamiento social y desmejoras considerables en su calidad de vida. Referente al ámbito sexual, las pacientes describen los síntomas como molestias durante el acto sexual, sensación de obstrucción durante la penetración, así como laxitud vaginal que genera disminución de la satisfacción sexual. Las mujeres con prolapso en etapas avanzadas (III o IV) tienen mayor probabilidad de sentirse cohibidas, menos femeninas y atractivas sexualmente que aquellas mujeres sin prolapso, así mismo, mujeres con incontinencia describen sentirse menos deseables y describen preocupación por la respuesta de sus parejas frente al prolapso (3, 7). Además, la disfunción de piso pélvico se ha asociado con disminución de la función sexual, incluida la disminución de la excitación sexual, la disminución de la frecuencia del orgasmo y dispareunia (19).

Entre otros factores que alteran la calidad de vida de las pacientes también se describen alteraciones en el sueño relacionado a la incontinencia, ya sea por levantarse muchas veces o por incomodidad por tener un pañal o sentirse mojadas, además de tener sensación de cansancio hacia el final del día y limitación en la ingesta de agua para evitar accidentes inesperados (15).

En el ámbito psicosocial, la paciente se aísla socialmente producto de sus limitaciones, reduciendo sus actividades al hogar, presenta síntomas depresivos y el nivel de ansiedad aumenta cuando la paciente tiene pareja. Todo esto lleva a una reducida vida social, alteración de su función sexual y depresión (20).

Se ha demostrado que el POP puede causar limitaciones de rol personal, físico y en las actividades diarias. También se ha reportado depresión, mala imagen de sí misma y un impedimento para participar en actividades sociales en mujeres con POP. El impacto global de la calidad de vida en el POP se ha establecido como moderado, independientemente de la fase de prolapso (21). Además, se ha descrito la recuperación de la calidad de vida después del tratamiento quirúrgico del prolapso, comprobando que la disfunción de órganos pélvicos traduce para la paciente una merma en su calidad de vida y afectación grave de sus funciones cotidianas, sus relaciones sociales y su rol en la sociedad (18, 22, 23).

Existen diferentes cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con prolapso genital, el más utilizado es el P-QoL, un instrumento capaz de establecer la gravedad de la sintomatología, el impacto en la calidad de vida, así como evaluar el resultado del tratamiento de los pacientes (13). El cuestionario P-QoL evalúa nueve dominios: salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, físico y social, relaciones personales, emociones, sueño/energía y severidad de los síntomas. En el año 2015, el cuestionario calidad de vida en el prolapso de órganos pélvicos (P-QoL) fue validado en español como método de medición de la calidad de vida de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos, por un grupo multidisciplinario (uroginecólogos, enfermeras, parteras y psicólogos), quienes evidencian que existe correlación entre la severidad de los síntomas de las pacientes y el grado de prolapso de órganos pélvicos (21).

La evaluación de la calidad de vida, cada vez más, es un resultado considerado en el éxito del tratamiento, lo que permite tener una aproximación objetiva del efecto de las intervenciones terapéuticas. Por esta razón, es necesario utilizar un enfoque integral en la atención a las mujeres, centrado en la valoración de los síntomas, el efecto en la función sexual, la educación y el apoyo emocional (21).

El presente estudio se realizó para evaluar la calidad de vida en pacientes con prolapso de órganos pélvicos después de hysterectomía.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, comparativo, correlacional de corte transversal. Se incluyó una muestra probabilística constituida por 90 pacientes con antecedente de hysterectomía ginecológica u obstétrica en el año 2012, para tener un seguimiento de 5 años, se excluyeron aquellas con diagnóstico prequirúrgico de patología maligna y a las que no acudieron a la cita. Las pacientes fueron distribuidas en dos grupos; grupo A: 45 pacientes con POP y grupo B: 45 pacientes sin POP.

Se solicitó autorización ante el jefe de Departamento de Archivos Médicos para la revisión de historias médicas de las pacientes a quienes les fue realizada hysterectomía en el año 2012, se obtuvieron sus datos, se les contactó vía telefónica y se les citó para ser evaluadas en la consulta de uroginecología. Todas las pacientes firmaron un formulario de consentimiento informado. Durante la consulta se les realizó examen físico ginecológico evidenciando o no la presencia de prolapso de órganos pélvicos y categorización del mismo mediante el sistema de estadificación POP-Q, y posteriormente se le hizo entrega del cuestionario P-QoL (validado en castellano) para evaluar la calidad de vida, el mismo fue autoaplicado, explicándole previamente como debía ser respondido. Consta de 20 ítems que cubren nueve dominios específicos de la calidad de vida: salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, físico y social, relaciones personales, emociones, sueño/energía y severidad de los síntomas, y 18 ítems adicionales para evaluar síntomas: 11 para el área urogenital (vejiga, sexual) y 7 para el área intestinal, para un total de 38 ítems, estas preguntas de

síntomas no componen ninguna dimensión o puntaje. Las puntuaciones en cada dominio oscilan entre 0 y 100, con opciones de respuesta que están en una escala de Likert de cinco puntos, las cuales incluyen cuatro opciones que son usadas para los ítems de calidad de vida y una opción "no aplicable" si la paciente no tiene el síntoma. Una puntuación alta refleja mayor deterioro de la calidad de vida, mientras que una puntuación baja refleja la percepción de mejor calidad de vida. Se consideró buena calidad de vida, una puntuación entre 0-29, regular cuando se obtenía 30-59 puntos y mala calidad de vida si la puntuación era de 60 o más puntos.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS 19.0 y Microsoft Excel 2007. A las características sociodemográficas y clínicas se les calculó medidas estadísticas descriptivas. La distribución de los puntajes para el cuestionario P-QoL se evaluó mediante el cálculo de media; desviación estándar (DE). Se consideró un contraste significativo si $p < 0,05$.

RESULTADOS

De un total de 200 pacientes con antecedente de hysterectomía, pudieron ser contactadas 176, de las cuales 54 presentaron POP para una frecuencia de 30,68 % pacientes con prolapso de órganos pélvicos poshysterectomía.

La edad media del grupo A (pacientes con prolapso), fue de 52,2 años, con una máxima de 71 años y mínima de 40 años, y del grupo B (pacientes sin prolapso), fue de 43,5 años, con una máxima de 57 años y mínima de 25 años.

El compartimiento más afectado fue el compartimiento anterior, 29 pacientes (64,4 %), seguido del apical, 12 pacientes (26,7 %) y finalmente el posterior, con 4 pacientes (8,9 %) ($p=0,00$). Respecto al estadio del prolapso, en 45 pacientes fue estadio 0 (ausencia de prolapso en todas las pacientes del grupo B). En los casos en los que se presentó, el más frecuente fue el estadio I en 31 pacientes (34,4 %), el estadio II fue el siguiente en frecuencia, con 12 pacientes (13,3 %). Hubo 2 casos de estadio III (2,2 %) y ningún caso de estadio IV ($p=0,00$).

En cuanto a la distribución comparativa de pacientes

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PROLAPSO DE
ÓRGANOS PÉLVICOS DESPUÉS DE HISTERECTOMÍA

según la técnica quirúrgica de la histerectomía, predominó, en ambos grupos, la vía de abordaje abdominal, tipo total y la suspensión de la cúpula vaginal a ligamentos de Mackenrodt ($p = 1,00$), como se muestra en la tabla 1.

Al medir la calidad de vida en la totalidad de las pacientes, predominó buena calidad de vida con puntaje de 0 a 29 puntos en 59 pacientes (65,6 %), seguida de regular con puntaje de 30 a 59 en 25 casos (27,8 %), y mala calidad de vida con 60 puntos o más en 6 pacientes (6,7 %) ($p=0,00$). En la distribución comparativa entre ambos grupos, en el grupo A predominó la calidad de vida regular (25 pacientes, 55,6 %), 14 pacientes obtuvieron puntuaciones entre 0-29 (31,1 %) y hubo 6 mujeres (13,3 %), que obtuvieron puntuaciones consonas con mala calidad de vida. En el grupo B todas tenían buena calidad de vida, ($p = 0,00$). El promedio de calidad de vida de pacientes del grupo A fue $38,6 \pm 15,9$ puntos, con un coeficiente de variabilidad (CV) de 41,2. En el grupo B, el promedio fue $6,3 \pm 4,2$ puntos y el CV fue de 67,1. ($p = 0,00$),

Los dominios con mayor afectación en el grupo A fueron; relaciones personales, emociones y sueño/energía, con una media de $43,9 \pm 17,8$; $42,6 \pm 15,8$ y $40,6 \pm 19,6$ respectivamente. En el grupo B, el dominio más afectado fue la salud general con media de $18,3 \pm 17,8$, y en la menor afectación para ambos grupos fue el dominio severidad de los síntomas con una media de

Tabla 1
Distribución comparativa de pacientes según la técnica quirúrgica.

Técnica quirúrgica	Grupo A		Grupo B		p
	n	%	n	%	
Vía de abordaje					1,00
Abdominal	42	93,3	43	95,6	
Vaginal	2	4,4	2	4,4	
Laparoscópica	1	2,2	0	0,00	
Tipo de histerectomía					1,00
Subtotal	0	0,00	2	4,4	
Total	45	100,0	43	95,6	
Técnica de suspensión					1,00
Mc Call	0	0,00	1	2,2	
Ligamentos Redondos (a)	6	13,3	6	13,3	
Ligamentos Mackenrodt (b)	26	57,8	26	57,8	
Ambos, (a) y (b)	7	15,6	5	11,1	
Sin descripción	6	13,3	7	15,6	

$22,4 \pm 21,2$ en el grupo A y $1,9 \pm 3,5$ en el B (tabla 2). Las diferencias estadísticas entre ambos grupos fueron significativas para todos los dominios ($p = 0,000$).

La calidad de vida que predominó según los compartimientos afectados, fue regular en los 3

Tabla 2
Distribución comparativa de las medidas descriptivas de la calidad de vida según los dominios.

Dominio	Grupo A		Grupo B		p
	Media \pm DE*	CV**	Media \pm DE*	CV**	
Salud General	$36,7 \pm 21,5$	58,56	$18,3 \pm 17,8$	97,06	0,000
Impacto del Prolapso	$37,8 \pm 23,9$	63,35	$4,4 \pm 11,3$	254,95	0,000
Limitación del Rol	$38,6 \pm 16,6$	43,07	$3,0 \pm 7,5$	246,29	0,000
Limitación Física	$38,6 \pm 17,0$	44,85	$5,8 \pm 9,3$	160,36	0,000
Limitación Social	$24,6 \pm 9,6$	39,55	$3,5 \pm 6,2$	176,45	0,000
Relaciones Personales	$43,9 \pm 17,8$	40,56	$5,0 \pm 8,5$	169,97	0,000
Emociones	$42,6 \pm 15,8$	37,17	$4,0 \pm 6,7$	164,89	0,000
Sueño / Energía	$40,6 \pm 19,6$	48,26	$8,0 \pm 9,6$	118,65	0,000
Severidad de los síntomas	$22,4 \pm 21,2$	94,68	$1,9 \pm 3,5$	187,08	0,000

*DE: Desviación estándar **CV: Coeficiente de variabilidad

grupos. Cuando se afectó el compartimiento anterior, el promedio obtenido fue $34,7 \pm 13,4$ puntos (CV 38,77), con 12 (41,4 %) con buena calidad, 16 (55,2 %) regular y 1 (3,4 %) con mala calidad de vida. Cuando el prolapso era del compartimiento posterior, la media de puntuación fue $39,2 \pm 18,4$ (CV 46,95). La distribución de frecuencias fue: 1 (25 %) con buena calidad, 2 (50 %) con regular calidad de vida y 1 (25 %) con mala calidad. Finalmente, en aquellas pacientes con afectación del compartimiento apical, la media obtenida fue $48,0 \pm 16,6$ (CV 34,53), y la distribución de pacientes fue: 1 (8,3 %) con buena calidad, 7 (58,3 %) con puntuaciones compatibles con regular calidad de vida y 4 (33,3 %) compatible con mala calidad de vida. La relación entre la frecuencia en cada rango de calidad de vida y el compartimiento afectado, proporcionó una $p=0,571$. Los valores medios obtenidos, según el compartimiento fueron significativos ($p=0,00$).

En la tabla 3, se observa la puntuación de la calidad de vida por dominio, según los compartimientos afectados. La calidad de vida fue más baja en pacientes con prolapso de compartimiento apical en todos los dominios, excepto en el dominio limitación social en el que fue igual a la obtenida en pacientes con prolapso del compartimiento posterior ($29,2 \pm 11,5$). En pacientes con prolapso de compartimiento anterior, la mejor calidad de vida se obtuvo en los dominios severidad de los síntomas ($18,1 \pm 14,8$) y limitación social ($21,6$

$\pm 7,9$). Las diferencias estadísticas entre los 3 grupos fueron significativas en todos los dominios ($p = 0,000$).

Al relacionar la calidad de vida con el estadio del prolapso, sin considerar aquellas con estadio 0, predominó la calidad de vida regular en todos los estadios. La calidad de vida fue buena en 12 mujeres (38,7 %) con POP estadio I, 2 (16,7 %) con estadio II y ninguna con estadio III. Fue regular en 17 pacientes (54,8 %) en estadio I, 6 (50 %) en estadio II y en las 2 pacientes (100 %) del estadio III. Se obtuvieron puntuaciones compatibles con mala calidad en 2 (6,5 %) con estadio I y 4 (33,3 %) con estadio II. La calidad de vida global fue independiente del estadio ($p = 0,672$).

Los promedios de calidad de vida obtenidos fueron $6,0 \pm 3,9$ (CV 64,89) para el estadio 0; $31,3 \pm 12$ (CV 38,47) en el estadio I, $47,1 \pm 14,7$ (CV 31,12) en el estadio II y $44,4 \pm 8,8$ (CV 19,79) en el estadio III. Al comparar los grupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,00$).

Al evaluar la calidad de vida por dominios, según el estadio, la puntuación fue significativamente más baja en el estadio I en todos los casos. Los dominios con menor puntuación fueron severidad de los síntomas ($17,5 \pm 21,6$) y limitación social ($21,5 \pm 7,8$). Para los estadios II y III la limitación social fue el dominio con menor

Tabla 3
Distribución comparativa de medidas descriptivas de la calidad de vida según el compartimiento afectado y los dominios

Dominios	Anterior		Posterior		Apical		p
	Media \pm DE*	CV**	Media \pm DE*	CV**	Media \pm DE*	CV**	
Salud General	31,9 \pm 21,0	65,9	37,5 \pm 32,3	86,07	47,9 \pm 16,7	34,88	0,000
Impacto del Prolapso	34,5 \pm 22,7	65,79	33,3 \pm 27,2	81,66	47,2 \pm 26,4	55,98	0,000
Limitación del Rol	36,2 \pm 14,3	39,52	37,5 \pm 17,7	47,14	44,8 \pm 21,6	48,28	0,000
Limitación Física	33,6 \pm 13,8	41,09	37,5 \pm 10,2	27,22	48,9 \pm 22,3	45,49	0,000
Limitación Social	21,6 \pm 7,9	36,56	29,2 \pm 10,8	36,88	29,2 \pm 11,5	39,47	0,000
Relaciones Personales	40,9 \pm 17,3	42,31	43,8 \pm 23,9	54,71	51,0 \pm 17,2	33,77	0,000
Emociones	39,6 \pm 15,2	38,36	45,8 \pm 24,0	52,48	48,6 \pm 14,6	29,99	0,000
Sueño / Energía	35,8 \pm 17,9	50,05	40,6 \pm 25,8	63,43	52,1 \pm 19,1	36,66	0,000
Severidad de los síntomas	18,1 \pm 14,8	81,67	20,8 \pm 15,9	76,59	33,3 \pm 32,2	96,53	0,000

* DE: Desviación estándar **CV: Coeficiente de variabilidad

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PROLAPSO DE
ÓRGANOS PÉLVICOS DESPUÉS DE HISTERECTOMÍA

afectación ($30,6 \pm 11,9$ y $29,2 \pm 5,9$) respectivamente. El dominio más afectado fue emociones ($56,2 \pm 16,3$) en el estadio II y las relaciones personales ($62,5 \pm 17,7$) en el estadio III. Al comparar según los diferentes estadios, se observan diferencias estadísticamente significativas en cada dominio ($p = 0,000$), (tabla 4).

En cuanto a la presencia de los síntomas urogenitales se evidencia que la sensación de peso en genitales es el síntoma más frecuente en esta serie, en 31 pacientes (68,8 %). El síntoma menos frecuente fue el pujo y tenesmo vesical en 14 pacientes (31,1 %). Las pacientes del grupo control no reportaron síntomas de sensación de peso en genitales, pujo, tenesmo vesical y goteo postmiccional (tabla 5). Por su parte, los síntomas intestinales fueron más frecuentes en las pacientes con

POP, de estos, el estreñimiento en 23 pacientes (51,1 %) seguido de la sensación de cuerpo extraño en genitales en 20 pacientes (44,4 %). En el grupo control el síntoma con más frecuencia fue el estreñimiento en 10 pacientes (22,2 %, como se muestra en la tabla 6).

En la tabla 7, se representan los índices de severidad de los síntomas en ambos grupos. Tanto los síntomas urogenitales e intestinales del grupo A están representados por valores promedios altos ($35,6 \pm 8,8$ y $33,3 \pm 9,5$), mientras que valores más bajos se encontraron en el grupo B, ($5,6 \pm 6,4$ y $11,8 \pm 11,2$) respectivamente. Las diferencias entre el grupo A y el B fueron significativas tanto en síntomas urogenitales como en los intestinales ($p = 0,000$).

Tabla 4

Distribución comparativa de medidas descriptivas de la calidad de vida según el estadio y los dominios.

Dominios	I		II		III		p
	Media±DE*	CV**	Media±DE*	CV**	Media±DE*	CV**	
Salud General	31,5±19,3	61,5	50,0±23,8	47,7	37,5±17,7	47,1	0,000
Impacto del Prolapso	30,1±19,9	66,6	55,6±25,9	46,7	50,0±23,6	47,2	0,000
Limitación del Rol	34,7±16,3	47,9	45,8±15,4	33,6	56,3±8,8	15,7	0,000
Limitación Física	33,8±15,9	46,8	47,9±18,3	38,3	43,7±8,8	20,2	0,000
Limitación Social	21,5±7,8	35,7	30,6±11,9	39,2	29,2±5,9	20,2	0,000
Relaciones Personales	39,5±13,7	34,7	52,1±23,7	45,6	62,5±17,7	28,3	0,000
Emociones	37,1±13,1	35,2	56,2±16,3	29,0	45,8±5,9	12,8	0,000
Sueño / Energía	35,9±16,7	46,5	53,1±23,3	43,9	37,5±17,7	47,1	0,000
Severidad de los síntomas	17,5±21,6	123,9	32,6±18,3	56	37,5±5,9	15,7	0,000

* DE: Desviación estándar **CV: Coeficiente de variabilidad

Tabla 5

Distribución de pacientes según la presencia de síntomas urogenitales

Síntomas urogenitales	A		B		P
	n	(%)	n	(%)	
Aumento de la frecuencia miccional	22	48,8	14	31,1	0,00
Urgencia	15	33,3	2	4,4	0,00
Incontinencia urinaria de esfuerzo	26	57,7	2	4,4	0,00
Sensación de peso en genitales	31	68,8	0	-	0,00
Pujo y tenesmo vesical	14	31,1	0	-	0,00
Goteo postmiccional	20	44,4	0	-	0,00

Tabla 6
Distribución de pacientes según la presencia de síntomas intestinales

Síntomas intestinales	A		B		P
	n	(%)	n	(%)	
Tenesmo rectal	5	11,1	2	4,4	0,00
Estreñimiento	23	51,1	10	22,2	0,00
Sensación de cuerpo extraño en genitales	20	44,4	2	4,4	0,00
Dolor lumbar	9	20	3	6,6	0,00
Ayuda manual para evacuar	7	15,5	0	-	0,00
Frecuencia evacuación	11	31,1	8	17,7	0,00

Tabla 7
Distribución comparativa de los índices de severidad de los síntomas

Síntomas	Media±DE*	CV**	Mínimo	Máximo	p
Síntomas urogenitales					0,000
Grupo A	35,6 ± 8,8	24,78	25	61,36	
Grupo B	5,6 ± 6,4	112,89	0	22,73	
Síntomas intestinales					0,000
Grupo A	33,3 ± 9,5	28,48	21,43	57,14	
Grupo B	11,8 ± 11,2	95,21	0	57,14	

* DE: Desviación estándar **CV: Coeficiente de variabilidad

DISCUSIÓN

Los síntomas del prolapso y la calidad de vida son factores claves en la decisión del tratamiento. El impacto global del POP en la calidad de vida se ha establecido como moderado, independientemente del estadio del prolapso. Los médicos responsables del adecuado diagnóstico y tratamiento de las pacientes con prolapso genital deben mantenerse actualizados para ofrecer un adecuado manejo y mayores probabilidades de curación. Debido a que la causa del prolapso genital sigue siendo multifactorial, es importante conocer la afectación de la calidad de vida de las pacientes, con el objetivo de proporcionar un cuidado más integral y adecuado (14, 21).

Se obtuvo una prevalencia de prolapso de órganos pélvicos a los 5 años después de histerectomía, de 30,68 %, levemente menor al 38 % reportado por Díaz (12). Algunos reportes europeos, estadounidenses, y de Latinoamérica señalan frecuencias por encima de 60 %.

Sin embargo, es importante destacar que intervienen múltiples factores que pueden interactuar con los hábitos y la condición de vida de cada mujer. En el Consenso Venezolano de Uroginecología, se describe que después de una histerectomía, sea abdominal o vaginal, 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, se favorece la aparición del prolapso. (1, 6)

La edad promedio de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos fue 55,2 años, mientras que en las pacientes que no presentaron prolapso fue de 43,5 años. En el año 2009, Obregón y col. (24) describieron que la edad promedio de presentación de POP fue de 56,6 años y Espitia (14), refiere 57,6 años. Llama la atención que, a pesar de no haber diferencia estadísticamente significativa en la técnica quirúrgica utilizada, las pacientes más jóvenes no desarrollaron prolapso. La edad promedio coincide con la mayoría de las publicaciones citadas, y representa el mayor

factor de riesgo favorecedor del prolapso. Ello señala la importancia del estímulo hormonal, debido a que la falla estrogénica que caracteriza a la menopausia, se asocia a pérdida del trofismo de los músculos y medios de fijación que ocasiona descenso de los mismos, a su vez relacionada con una disminución en la cantidad de colágeno tipo I en el arco tendinoso de la fascia pélvica pudiendo comprometer la fuerza tensil e incrementar la susceptibilidad, siendo la menopausia un factor promotor de la aparición del prolapso en este grupo etario, tal como lo estableció Díaz (12) quien destaca la condición peri y posmenopáusica de las pacientes con esta entidad.

Aunque se ha descrito que, entre los factores que influyen en la aparición del prolapso de la cúpula después de una histerectomía, está la técnica inadecuada de fijación de la cúpula (29), Persson y col. (4) señalaron, en el año 2013, el hecho de que la técnica quirúrgica de la histerectomía no parece relacionarse con la aparición del POP, apoyando los resultados de esta investigación. En vista de que el desarrollo del prolapso es de origen multifactorial, se deben buscar otros factores de riesgo que contribuyan a un aumento de la presión intrabdominal importante que se transmite a los órganos pélvicos, lo que afecta el desarrollo de POP. También se ha considerado a la infección de la zona operatoria como factor determinante en la aparición del prolapso de la cúpula; por otro lado, está el debilitamiento de los medios de fijación del aparato genital en pacientes posmenopáusicas, y el aumento de la presión abdominal.

El compartimiento predominantemente afectado por el POP fue el anterior 64,44 %, y el estadio más frecuente fue el estadio I seguido del estadio II, igual a los resultados de Haylen y col. (15) quienes reportan el compartimiento anterior como el de mayor recurrencia, y a los estudios de Atías (25), quien evidenció cistocele grado I y II, en sus pacientes. En el presente estudio hubo una prevalencia de 26,66 % para el compartimiento apical y 8,88 % para el compartimiento posterior. En el año 2013, Díaz (12), describió una frecuencia de prolapso apical de 10 % y Bravo y col. (26) encontraron prolapso posterior entre 30 % y 80 %. Llama la atención la diferencia de prevalencia en el compartimiento apical, se infiere que, al ser asintomático en los estadios más leves, las pacientes que presentan POP con afectación

en este compartimiento no acuden para atención médica hasta tanto presenten algún síntoma que influya sobre su calidad de vida, de lo contrario pasa desapercibido, sin embargo, durante esta investigación, las pacientes se evaluaron intencionalmente en la búsqueda del prolapso, independientemente de los síntomas, lo que explica la mayor frecuencia de diagnóstico.

En cuanto a los índices de calidad de vida, en este estudio se obtuvo un promedio de la calidad de vida de $6,3 \pm 4,2$ en pacientes sin POP, mientras que en las que tenían prolapso la calidad de vida estuvo significativamente afectada ($38,6 \pm 15,9$) recordando que, a mayor puntuación, la calidad de vida es peor. De hecho, 31 pacientes (68,9 %) presentaron calidad de vida regular y mala independientemente del estadio y compartimiento afectado. El impacto global de la calidad de vida en el POP se ha establecido previamente como moderada, independientemente de la fase de prolapso (21). Lo antes descrito concuerda con el estudio de Aponte y col. (18), quienes evidenciaron que la disfunción de órganos pélvicos traduce para la paciente una afectación en su calidad de vida y funciones cotidianas, incluyendo sus relaciones sociales. La mayoría de los prolapsos que se presentaron en esta investigación eran estadio I y II (95,5 %), esto pudiera favorecer a que la calidad de vida no se viera con mayor afectación como podría esperarse en estadios más avanzados. A este respecto, Barber (22) refiere que los síntomas del prolapso generan un gran impacto en la calidad de vida y resalta que es necesario la atención integral y el apoyo emocional.

En relación al compartimiento, si bien no hubo diferencia en cuanto a la evaluación cualitativa de la calidad de vida (buena, regular o mala), las puntuaciones si fueron significativamente más bajas en el POP anterior ($34,7 \pm 13,4$), seguido del posterior ($39,2 \pm 18,4$) y en tercer lugar el compartimiento apical ($48,0 \pm 16,6$), aunque en todos los casos estos valores medios estuvieron comprendidos en la categoría regular. Igual ocurrió al evaluar la calidad de vida según el estadio, predominó la categoría regular, pero con mejores puntuaciones en los prolapsos menos severos.

En todos los dominios, se encontró mayor compromiso de la calidad de vida en el grupo con POP. Entre las pacientes sin prolapso, las puntuaciones obtenidas

fueron siempre más bajas (entre $1,9 \pm 3,5$ y $5,8 \pm 9,3$) pero llama la atención que en el dominio salud general, la puntuación promedio fue de $18,3 \pm 17,8$. Ello expone la posibilidad de que estas mujeres presenten problemas de salud no relacionados con el prolapso y esto afecta el resultado de la prueba; sin embargo, esta puntuación se mantuvo significativamente más baja (mejor calidad de vida) que en las de aquellas con POP. En relación a la calidad de vida por dominios, según el compartimiento afectado y según el estadio, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todos los casos, siendo la puntuación más alta (peor calidad de vida) en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos apical, y más baja en el estadio I, traduciendo una mejor calidad de vida en los casos de prolapsos menos severos.

Los dominios afectados antes descritos coinciden con Musibay y col. (7), quienes señalan que las disfunciones del suelo pélvico tienen un impacto significativo en la calidad de vida de la mujer que la padece, y varía según la severidad de los síntomas. No solo sufrirá de las manifestaciones físicas de algún grado de prolapso, sino de aquellas derivadas de las perturbaciones psíquicas, sexuales, laborales y sociales que estas originan, presentando limitaciones en la actividad física, actividades cotidianas, el sueño, la sexualidad y suelen estar angustiadas y deprimidas.

En relación a los síntomas urogenitales, se evidencia que el más frecuente fue la sensación de peso en genitales en 69 % de las pacientes; Espitia (14) describió, en 2015, la presencia de este síntoma como el más frecuente en 42 % de las pacientes. Entre los síntomas intestinales se observó que el más referido fue el estreñimiento en 51,1 % de los casos con POP, posiblemente debido a la alteración anatómica del piso pélvico producido por el descenso de los órganos pélvicos, incluso si el compartimiento prolapsado no es propiamente el compartimiento posterior, aunque también hay que tomar en consideración que ese estreñimiento, además de síntoma secundario al prolapso, puede ser causa de la presentación del mismo, hay que recordar que se incluye como uno de los factores promotores en el origen del descenso de los órganos pélvicos (25). Por otro lado, si bien se observa que, en el grupo de las pacientes que no presentan prolapso de órganos pélvicos, el estreñimiento fue un síntoma expresado con frecuencia, lo que puede hacer pensar en que el

síntoma no es específico de los prolapsos de órganos pélvicos, sin embargo, la diferencia entre los dos grupos fue altamente significativa ($p = 0,00$).

En este sentido, resulta sumamente importante en el tratamiento de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos, investigar los factores predisponentes presentes en cada caso, porque el control de los mismos contribuirá a reducir la frecuencia de las recidivas de los prolapsos que se presentan. Este aspecto también debe considerarse en pacientes que serán sometidas a histerectomía, independientemente de la causa, con la finalidad de reducir ese 30 % de casos de prolapsos posterior a la misma.

Durante la aplicación del cuestionario P-QoL, a pesar de ser un instrumento traducido y validado al idioma castellano, considerado sencillo, válido y fiable para evaluar la gravedad de los síntomas y su impacto en la calidad de vida en mujeres con prolapso urogenital, se tuvo algunos inconvenientes dados por la dificultad de las pacientes para la comprensión de algunas preguntas e instrucciones de la prueba, lo que ocasionaba más tiempo del requerido para detallar la pregunta, como por ejemplo las interrogantes en el dominio de la severidad de los síntomas, la presencia de preguntas destinadas a interrogar síntomas que no son específicos para la patología (aunque las pacientes con prolapso de órganos pélvicos puedan presentarlos también) que pueden confundir a la paciente y al médico tratante. De igual manera, se ve necesaria la toma en cuenta de los síntomas urogenitales e intestinales para la evaluación de la calidad de vida, debido que puede sugerir la orientación hacia el tratamiento específico. Actualmente estos síntomas están incluidos en el cuestionario, pero no se consideran en la medición de la calidad de vida.

De todo esto se concluye que la frecuencia de prolapso de órganos pélvicos después de histerectomía fue de 30,68 %; el compartimiento del prolapso que predominó fue el compartimiento anterior y el estadio que se presentó mayor frecuencia fue estadio I. La técnica quirúrgica no mostró ser factor predisponente para la aparición de prolapso de órganos pélvicos. La calidad de vida fue regular, independientemente del estadio y compartimiento afectado. La aplicación del cuestionario de calidad de vida a todas las pacientes con patología del piso pélvico antes y después de la histerectomía, es

esencial y de gran apoyo para la toma de decisiones en el tratamiento basado en su percepción actual de salud y calidad de vida en general.

Se recomienda educar a las pacientes para rutina de entrenamiento del suelo pélvico posterior a intervención quirúrgica ginecológica para lograr mantener adecuado sostén de los tejidos adyacentes y de la musculatura, como medida precoz ante la aparición de síntomas asociados a prolapso de órganos pélvicos y crear un cuestionario nacional sobre calidad de vida en pacientes con prolapso de órganos pélvicos, orientado específicamente a la población venezolana, en un idioma sencillo e, incluso, evaluar la integración de algunas interrogantes con el objetivo de brindar atención integral y éxito del tratamiento.

Las autoras expresan su agradecimiento a todas las pacientes que aceptaron voluntariamente formar parte de este proyecto con el mayor de los deseos, contando sus vivencias contribuyeron al realce aún más del sentido humanitario y labor desinteresada del médico. A la Dra. Sheila Rodríguez, jefa del servicio de Fertilidad, y asesora metodológica de esta investigación, al Licenciado Ángel Echarry, quien prestó su colaboración para la asesoría estadística. Al personal del Departamento de Archivo y Registros Médicos de la Maternidad Concepción Palacios, por su buena disposición en la búsqueda de las historias para el desarrollo de la investigación. A todo el personal del Servicio de Ginecología (enfermeras, camareras, y secretarías) por su amable y desinteresada contribución, durante la evaluación clínica de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Bankowski BJ, Herane AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia, 2da ed. Madrid: Marbán; 2005.
2. Obregón L, Dávila D, Toro J. Prolapso genital. Epidemiología y factores predisponentes. En: Nieves L, Álvarez N, editores. Primer Consenso Venezolano de Uroginecología 2008. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. [Revisado 06 jun 2016]. p.15 - 22. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263966901_Primer_Consenso_Venezolano_de_Uroginecologia
3. Flores C, Pizarro J. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [Revisado 12 dic 2016]; 77 (3): 175 - 182. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000300002
4. Persson P, Brynhildsen J, Kjølhed P; Hysterectomy Multicentre Study Group in South-East Sweden. Pelvic organ prolapse after subtotal and total hysterectomy: a long-term follow-up of an open randomised controlled multicentre study. BJOG [Internet]. 2013 [Revisado 20 oct 2016]; 120 (12): 1556 – 1565. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24034602>
5. Shlomo R, Rodríguez L. Female urology. 3er edición. Filadelfia: editorial Saunders; 2008.
6. Álvarez J, Torrealba A, Sánchez S. Diagnóstico del prolapso de órganos pélvicos. En: Nieves L, Álvarez N, editores. Primer Consenso Venezolano de Uroginecología 2008. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. [Revisado 06 jun 2016]. p. 23 - 33. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263966901_Primer_Consenso_Venezolano_de_Uroginecologia.
7. Musibay E, Borges R. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones de piso pélvico. Rev Cub Obstet Ginecol, [Internet]. 2016 [Revisado 12 feb 2017]; 42 (3): 372 - 385. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2016000300013
8. Cherem B, Hernández JC, Contreras A. Prolapso de la cúpula vaginal grado IV en paciente hysterectomizada: caso clínico. An Med (Mex) [Internet]. 2012 [Revisado 14 oct 2016]; 57 (4): 332 - 338. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc124j.pdf>
9. Blanco J. Principales complicaciones intra y postoperatorias en las pacientes con prolapso genital sometidas a cirugía con mallas de polipropileno en el Hospital Universitario Clínica San Rafael. [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2010. [Revisado 20 de octubre de 2016]. Disponible en <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10279/2/blanco%20juan2010.pdf>
10. Digesu G, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QoL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct [Internet]. 2005 [Revisado 12 diciembre de 2016]; 16 (3): 176 - 181. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15875234>
11. Lykke R, Blaakær J, Ottesen B, Gimbel H. Pelvic organ prolapse (POP) surgery among Danish women hysterectomized for benign conditions: age at hysterectomy, age at subsequent POP operation, and risk of POP after hysterectomy. Int Urogynecol J [Internet]. 2015 [Revisado 10 mayo de 2016]; 26 (4): 527 – 553. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25182152>

12. Díaz A. Prolapso genital. Compartimiento apical. Prolapso de cúpula vaginal. En: Pellín D, Martínez S, Toro J, Sánchez P, Briceño W, editores. *Protocolos de atención en uroginecología y piso pélvico* [Internet]. Caracas. Editorial Ateproca; 2013. [Revisado 06 jun 2016]; p. 81 - 88. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/316549810/LIBROENC1>
13. Blandon R, Bharucha A, Melton L, Schleck C, Zinsmeister A, Gebhart JB. Risk factors for pelvic floor repair after hysterectomy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 [Revisado 5 noviembre 2016]; 113 (3): 601 – 608. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19300323>
14. Espitia F. Factores de riesgos asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Rev Urol Col* [Internet]. 2015 [Revisado 12 ene 2017]; 24 (1): 12 - 18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-uurologia-colombiana-398-articulo-factores-riesgo-asociados-con-prolapso-S0120789X15000052>
15. Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, Cosson M, Davila GW, Deprest J, *et al.*; International Urogynecological Association; International Continence Society; Joint IUGA/ICS Working Group on Complications Terminology. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic floor surgery. *Neurourol Urodyn* [Internet] 2011 [Revisado 12 junio 2017]; 30 (1); 2 - 12. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2011.03.044>
16. Roovers J, Lakeman M. Effects of genital prolapse surgery and hysterectomy on pelvic floor function. *Facts Views Vis Obgyn* [Internet]. 2009 [Revisado 20 octubre 2016]; 1 (3): 194 – 207. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255511/>
17. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): ¿Qué es calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*. [Internet]. 1996 [Revisado 10 agosto de 2017]; 17: 385 - 387. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385387_spa.pdf
18. Aponte L, Duerto M, Pérez M. Prolapso genital: calidad de vida en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico. [Trabajo Especial de Grado] Caracas (Distrito Capital): Universidad Central de Venezuela; 2013.
19. Li-Yun-Fong RJ, Larouche M, Hyakutake M, Koenig N, Lovatt C, Geoffrion R, *et al.* Is Pelvic Floor Dysfunction an Independent Threat to Sexual Function? A Cross-Sectional Study in Women with Pelvic Floor Dysfunction. *J Sex Med* [Internet]. 2017 [Revisado 12 jun 2017]; 14 (2): 226 - 237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28041844>
20. Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2005 [Revisado 02 junio 2017]; 23 (1): 79 - 90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-386X
21. Flores C, Araya A, Pizarro J, Santos V, Ferrer M, Garin O, *et al.* Validation of the spanish-language version of the prolapse quality of life questionnaire in chilean women. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2015 [Revisado 8 enero 2017]; 26 (1): 123 – 130. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/265690977_Validation_of_the_Spanish-language_version_of_the_Prolapse_Quality_of_Life_Questionnaire_in_Chilean_wome
22. Barber M. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* [Internet]. 2007 [Revisado 10 mayo 2016]; 18 (4): 461 - 465. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17120170>
23. Hott H, Iglesias R, Schneider E, Anrique D, Villanueva C, Valdevenito G. Reparación de prolapso vaginal anterior con malla de prolene. *Rev chil obstet ginecol* [Internet]. 2007 [Revisado 5 noviembre 2016]; 72 (2): 120 - 124. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200010
24. Obregón L, Saunero A, Díaz S. Prolapso genital en la Maternidad “Concepción Palacios”. *Rev Fac Med* [Internet]. 2009 [Revisado 10 mayo 2016]; 32 (2): 139 - 143. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692009000200009
25. Atías F. Prevención del prolapso genital en histerectomía abdominal utilizando los ligamentos redondos. Experiencia personal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2010; 70 (2): 107 -111.
26. Bravo P, Sardiña C. Prolapso genital. Compartimiento posterior, enterocele y rectocele. En: Pellín D, Martínez S, Toro J, Sánchez P, Briceño W, editores. *Protocolos de atención en uroginecología y piso pélvico* [Internet]. Caracas. Editorial Ateproca; 2013. [Revisado 06 de junio 2016]; p. 66 - 73. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/316549810/LIBROENC1>

Recibido: 28 de septiembre de 2018

Aprobado: 20 octubre de 2018