Protocolo de investigación

Impacto de la colpopexia vaginal sobre síntomas de incontinencia urinaria y calidad de vida en prolapso genital

Autor:

Alexandra Hernández Hernández

Trabajo presentado como requisito para optar por el

título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Bogotá - Colombia

2020

Impacto de colpopexia vaginal sobre síntomas de incontinencia urinaria y calidad de vida en prolapso genital

Autor

Alexandra Hernández Hernández

Tutores

Leonardo Gómez Polania

Ana María Pedraza F

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Especialización en Ginecología y Obstetricia

Universidad del Rosario

Bogotá - Colombia

2020

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Título de la investigación: Impacto de la colpopexia vaginal sobre síntomas de incontinencia urinaria y calidad de vida en prolapso genital

Instituciones participantes: Hospital Universitario Méderi y Universidad del Rosario

Tipo de investigación: Estudio de cohorte retrospectivo

Investigador principal: Alexandra Hernández Hernández

Investigadores asociados: Eliana Montoya

Asesor clínico o temático: Leonardo Gómez

Asesor metodológico: Ana María Pedraza F

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Contenido

1. **Introducción**.....9

1.1. Planteamiento del problema.....9

1.2. Justificación.....10

2. Marco Teórico 11

3. Pregunta de investigación.....21

4. Objetivos 21

4.1. Objetivo general 21

4.2. Objetivos específicos 21

5. Metodología.....21

5.1. Tipo y diseño de estudio: 21

5.2. Población.....22

5.3. Tamaño de muestra y muestreo 22

5.3.1. Criterios de inclusión.....22

5.3.2. Criterios de exclusión 22

5.4. Hipótesis 23

5.4.1. Hipótesis nula 23

5.4.2. Hipótesis alterna.....23

5.5. Variables.....23

5.5.1. Variables dependientes 23

5.5.2. Variables independientes.....24

5.6. Proceso de recolección de la información 28

5.7. Plan de análisis 29

5.8. Control de sesgos y errores.....30

6. Aspectos éticos 30

7. Resultados 31

8. Discusión 50

9. Referencias 55

11. Anexos 60

11.1. Anexo 1. 60

11.2. Anexo 2. ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Resumen

La incontinencia urinaria de esfuerzo o urgencia es un síntoma frecuente en pacientes con prolapso genital que serán llevadas a colpopexia vaginal. El tratamiento quirúrgico del prolapso genital busca mejorar los síntomas, restaurar la anatomía de la pelvis y mejorar la calidad de vida de las pacientes. Este estudio busca describir los resultados en cuanto a síntomas urinarios y calidad de vida en las pacientes llevadas a colpopexia vaginal en un hospital de cuarto nivel en Bogotá.

Metodología: estudio descriptivo de cohorte de mujeres intervenidas por prolapso genital del Hospital Universitario Mayor durante los años 2016 a 2018. Se describieron los puntajes de las encuestas de calidad de vida y síntomas de incontinencia urinaria UDI-6 e IIQ7, en pacientes antes de ser llevadas a colpopexia vía vaginal, al primer mes y a los seis meses del postoperatorio.

Resultados: 77 pacientes fueron sometidas a sacroespino colpopexia, de estas adicionalmente al 87% se les realizó colporrafia anterior, en el 97,4% colporrafia posterior y el en el 23,4% histerectomía vaginal concomitante. La mediana de puntaje global del IDU-6 antes del procedimiento quirúrgico fue 25 (RIQ: 8-37) y tanto al mes como a los seis meses fue 8,3 (RIQ: 0-16). De la misma manera, el puntaje de la escala IIQ-7 fue menor en el post operatorio (Mediana:0; RIQ:0,5-6).

Conclusión:

La colpopexia vaginal parece mejorar la calidad de vida y síntomas de incontinencia urinaria de urgencia en mujeres con prolapso genital.

Palabras claves: Calidad de vida, colpopexia, prolapso urogenital, IIQ-7, IDU-6

Abstract

Background: Stress or urge urinary incontinence is a frequent symptom presented in patients who will be brought to vaginal colpopexy. Furthermore, surgical treatment of genital prolapse seeks to improve symptoms, restore the anatomy of the pelvis, restore sexual activity, and improve the quality of life of patients. Therefore, this study seeks to describe the results in terms of urinary symptoms and quality of life in patients undergoing transvaginal colpopexy in a fourth-level hospital in Bogotá.

Methodology: A retrospective dynamic descriptive cohort observational cohort study was proposed to determine the improvement in the scores of the quality of life and symptoms of urinary incontinence surveys, UDI-6 and IIQ7 before vaginal colpopexy and after the first and sixth postoperative month.

Results: 77 patients underwent sacroespine colpopexy, 87% under anterior colporrhaphy, 97,4% under posterior colporrhaphy and 23,4% under concomitant vaginal hysterectomy. The median overall score for the IDU-6 and IIQ-7 was 33.3% and 22.2%, respectively. The median overall IDU-6 score before the surgical procedure was 25 (RIQ: 8-37) and both at one month and at six months it was 8.3 (RIQ: 0-16). Similarly, the IIQ-7 scale score was lower in the postoperative period (Median: 0; RIQ: 0.5-6).

Conclusion: vaginal colpopexia seems to improve quality of life and emergency symptoms of urinary incontinence in womens who have genital prolapse.

Keywords: Quality of life, Colpopexy, Urogenital prolapse, Incontinence Impact Questionnaire short form, Urogenital Distress Inventory short form.

1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema

El prolapso apical, se define como el descenso del útero, cúpula vaginal o el cérvix, que puede ir asociado o no a prolapso de otros compartimientos, (1) lo cual puede desencadenar síntomas específicos como incontinencia urinaria. El riesgo de necesidad de cirugía a los 80 años por prolapso es del 11 – 19%, (2) con un promedio de 12,2 % siendo estas tasas muy variables. (3-4) En Colombia existe poca literatura acerca de la prevalencia o incidencia de prolapso genital, encontrándose incidencias de 23.19% (4) lo cual contrasta con la incidencia europea y/o estadounidense la cual oscila entre el 30-70%. (5) En cuanto a incontinencia urinaria, se estima en Colombia una prevalencia en las mujeres que presentan prolapso genital concomitante entre el 17 al 45%, (6) siendo estas dos enfermedades, patologías que impactan de manera negativa la calidad de vida de las pacientes con implicaciones en la esfera psicológica, económica, social, laboral y personal. (7)

El impacto económico de la incontinencia urinaria principalmente la de urgencia ha sido un tema de estudio en Europa y estados unidos, sugiriendo un aumento en los costos del sistema de salud con cifras entre 333,000,000-1,200,000,000 de euros anuales, en relación con diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pérdida de productividad. (8)

En ciertos casos el prolapso puede abarcar solo uno de los tres compartimientos. Específicamente el compartimiento anterior y apical puede afectar la vejiga y la función de la uretra asociándose a síntomas de incontinencia urinaria (1-2) y en estadios avanzados de prolapso se relaciona con la presencia de síntomas de obstrucción urinaria o retención de orina (1-9).

Basado en la teoría integral del piso pélvico al corregir el componente apical del prolapso, se da un soporte adecuado nuevamente (13-14) y esto puede llevar a la corrección de los síntomas de incontinencia urinaria principalmente de urgencia e impactar en la calidad de vida de las pacientes. (15)

No se encontraron datos en la literatura los cuales puedan determinar el impacto económico y social tanto del prolapso genital como de la incontinencia urinaria en el sistema de salud colombiano, así como tampoco se evidenció literatura respecto a la mejoría de calidad de

vida y de síntomas de incontinencia posterior a la colpopexia vaginal, lo cual abre un campo importante de estudio respecto a este tema con aras en el futuro de establecer guías de recomendación e impactar de manera positiva en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria y prolapso apical.

De esta manera con el presente estudio se buscó caracterizar el tipo de pacientes con prolapso genital apical que fueron llevadas a colpopexia vaginal y el impacto en la calidad de vida medido por la encuesta IQQ-7, así como el impacto en los síntomas de incontinencia urinaria medida por la encuesta UDI-6.

1.2. Justificación

La incontinencia urinaria de esfuerzo o urgencia es un síntoma frecuente presentado en pacientes con prolapso apical que serán llevada a colpopexia y afecta significativamente la calidad de vida de estas mujeres (2), sin embargo, en muchos casos estos síntomas son leves o no identificados por las pacientes previo al manejo quirúrgico.

Dado la teoría integral del piso pélvico la cual propone que el prolapso y los síntomas de incontinencia urinaria, esfuerzo, dolor pélvico o alteraciones en el vaciamiento vesical se generan por distintas razones tales como la perdida de laxitud o soporte de ligamentos secundario a la alteración del tejido conectivo, cuando estas estructuras son corregidas nuevamente se restablece la función de dichas estructuras, de esta manera la corrección del prolapso apical va a incidir en la mejoría de los síntomas urinarios y a impactar positivamente la calidad de vida de las pacientes (9).

Es así, como consideramos importante establecer la presencia o no de mejoría de síntomas urinarios posterior a la colpopexia transvaginal con uso de dispositivos para ampliar los conocimientos acerca de los beneficios post quirúrgicos y mejoría de síntomas urinarios mediante este abordaje quirúrgico.

El Hospital Universitario Mayor Méderi es una institución de cuarto nivel, que cuenta con especialistas en el servicio de uro ginecología con una amplia capacidad quirúrgica y diagnóstica la cual permite abordar dicha patología, a su vez cuenta con el volumen de pacientes para desarrollar el estudio. Por lo anterior, se propuso un estudio de cohorte

observacional tipo cohorte descriptivo dinámico retrospectivo, en el que se busca describir los resultados en cuanto a síntomas urinarios y calidad de vida posterior a la colpopexia transvaginal con dispositivos y sus desenlaces.

2. Marco Teórico

Teoría integral del piso pélvico:

El prolapso genital, se asocia a factores de riesgo como: la edad, la paridad, el antecedente de parto vaginal, sobrepeso, obesidad, antecedente de diabetes mellitus, antecedente de parto con feto macrosómico o parto instrumentado, así como con defectos del músculo elevador del ano o hiato genital. Alrededor de un tercio de la población con dichos factores de riesgo requerirá intervención, de los cuales un tercio requerirá re- intervenciones con procedimientos y materiales adicionales (1). Las alteraciones generadas secundarias al parto vaginal y la edad son los factores de riesgo más importantes para desarrollar alteraciones del piso pélvico y prolapso genital. (14)

Se han descrito incidencias anuales de cistoceles, rectocele e histerocele, de 9.3, 5.7 y 1.5 por 100 mujeres respectivamente; con tasas de re-prolapso entre un 23% y 48% en dichas condiciones (15-16).

La teoría del sistema integral del piso pélvico propone que el prolapso y todos los síntomas derivados de esta patología, tales como: alteraciones en el vaciamiento gástrico y vesical, incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia, así como, el mismo prolapso de los compartimientos es secundario a las alteraciones en el soporte de los ligamentos y el tejido conectivo del piso pélvico.

En condiciones de normalidad, los órganos pélvicos se encuentran suspendidos por músculos y ligamentos los cuales dan el soporte y la estructura de los órganos y sus esfínteres tales como la uretra y el ano y se ubican tanto en el compartimiento anterior, medio y posterior. En condiciones de enfermedad estos ligamentos se encuentran alterados y no permiten soporte adecuado de las estructuras dando a lugar al prolapso de los compartimientos y sus síntomas concomitantes tales como incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia, alteración en el vaciamiento vesical, incontinencia fecal, estreñimiento, dolor pélvico y prolapso de órganos. (17) Las alteraciones que abarcan la vejiga, recto y ciertos

tipos de dolor pélvico, pueden ser derivadas de alteración de los ligamentos pélvicos y no propiamente de dichos órganos.

La vejiga se localiza en una posición superior y anterior a la vagina y se relaciona directamente con esta estructura. Todos los ligamentos en la pelvis tienen relación con la vagina o el útero y su vez, esta le da soporte a la vejiga y al recto lo cual traduce que en condición de enfermedad cualquier alteración en cuanto a la estructura vaginal da lugar a alteraciones en la vejiga o recto. (18)

Los músculos pélvicos cumplen una función doble, en la cual en principio dan soporte a los órganos y permiten el cierre y la apertura de la uretra y el ano-recto. Dichos músculos se extienden desde el cóccix hasta el hueso púbico y su contracción da lugar al soporte de la vagina, vejiga y recto. (19) Los ligamentos son estructuras contráctiles las cuales se caracterizan por tener propiedades tales como elasticidad y fuerza, cumplen la función de relajarse y estirarse dependiendo la apertura o cierre de la uretra o ano. Dichas estructuras son ricas en colágeno y elastina y estas proteínas dan lugar a las propiedades intrínsecas de estas estructuras, siendo la perdida de colágeno la causante de los prolapsos e incontinencia. Como ya se mencionó, el antecedente de parto vaginal se relaciona con el aumento de frecuencia de prolapso genital, desde los seis meses de gestaciones las proteínas de unión de colágeno por efecto hormonal se debilitan y esta favorece la alteración de dicha proteína con la subsecuente aparición de prolapso sus síntomas derivados. (18-19)

Los ligamentos relacionados con la continencia de la micción pueden alterarse por el defecto en el tejido conectivo subyacente, dichos ligamentos: pubouretrales, ligamento externo de la uretra y suburetral comparten una relación directa con la uretra y su alteración da lugar a la perdida de orina. El principal síntoma derivado de la alteración del ligamento pubouretral es la incontinencia de esfuerzo. El principal síntoma derivado de la alteración del ligamento externo de la uretra es el escape de orina o incontinencia con la actividad física.

Todas las estructuras competentes de la continencia urinaria contienen tejido conectivo el cual se va a insertar en la vagina y ligamentos pubouretrales y externo de la uretra. Durante el parto y con el transcurso del tiempo dichos ligamentos se debilitan por la pérdida de elastina y colágeno lo cual da a lugar a la alteración de la fuerza del cierre pasivo de la luz uretral y de los músculos encargados de la continencia como el musculo pubococcigeo. A

medida que el tejido conectivo se deteriora se genera una atrofia de los ligamentos y su capacidad de contractilidad y relajación lo cual va a generar una alteración entre la disminución de fuerza de cierre uretral y la alteración del cierre pasivo, generando una disminución de la presión intrauretral y en ciertos casos una deficiencia intrínseca del esfínter (18).

Anatomía:

- Estructuras anatómicas del soporte vesical

Dentro de las estructuras pélvicas las cuales van a proporcionar el soporte adecuado a la vejiga y van a estar implicados en el proceso de continencia encontramos la pared vaginal anterior, fascia pubocervical, el arco tendinoso y musculo elevador del ano (18-19).

- Pared vaginal anterior

La vagina es un órgano que hace parte del sistema reproductor femenino característicamente con forma tubular la cual se extiende desde el tracto urinario inferior y comparte relación con el recto y al ano en su pared posterior. Este órgano consta de dos segmentos, el primero dado por la mucosa, submucosa y musculo periférico. Se relaciona directamente con músculos subyacentes y mucosa, como el musculo puborectal, músculos isquio cavernoso, bulbo esponjoso y pubo vaginal. Ala vagina se encuentra suspendida a manera de hamaca desde la fascia pubocervical y lateralmente la fascia endopélvica y el arco tendinoso. (19-20)

- Fascia pubocervical

La fascia pubocervical se compone de musculo liso y colágeno y abarca la pared anterior, rodeando la cara anterior de la vejiga, porción inferior, base y cuello vesical. Se relaciona de manera anterior con los ligamentos pubovesicales y posterior con el anillo peri cervical, lateralmente con la fascia endocervical y el arco tendinoso de la fascia pélvica. Constituye el soporte anterior más importante de la vejiga. (20-21)

- Arco tendinoso del elevador del ano

Es una estructura rica en colágeno la cual se inserta de manera lateral en la aponeurosis del piso pélvico y se relaciona de manera interna con las fibras musculares del musculo elevador del ano.

- Arco tendinoso de la fascia pélvica

Es una estructura rica en colágeno la cual constituye la inserción del musculo elevador del ano a la fascia pubocervical lateralmente. Se relaciona directamente con la fascia pubocervical de manera medial y el arco tendinoso del elevador del ano de manera dorsal.

- Fascia endopélvica

La fascia endopélvica es una estructura rica en colágeno y tejido conectivo la cual cubre en su totalidad las fibras musculares del musculo elevador del ano, musculo obturador y los órganos pélvicos, da lugar al ligamento pubouretrales.

- Musculo elevador del ano

El musculo elevador del ano cumple un papel fundamental en el soporte de los órganos pélvicos y juega un rol anatómico y funcional. La porción pubo rectal de este musculo se inserta en el esfínter anal externo y juega un papel crucial en la continencia anal, el musculo pubovaginal se inserta en la pared lateral de la vagina a nivel de la uretra media y juega un rol en la continencia urinaria. La porción lateral se une al musculo coccígeo e iliococcigeo y dan lugar al plato elevador del ano.

- Soporte apical de la vagina

El soporte genital de la vagina es dado por el sostén del tercio superior de esta mediante dos estructuras principalmente las cuales consisten el primer nivel de De Lancey, estas son los ligamentos útero sacros y los ligamentos cardinales. Los ligamentos uterosacros son estructuras compuestas de tejido conectivo, musculo liso y fibras nerviosas pertenecientes al sistema nervioso autónomo y tiene como sitio de anclaje el anillo cervical y el fórnix vaginal posterosuperior. (21-22)

Los ligamentos cardinales son estructuras mesenquimatosas de tejido conectivo las cuales se van a anclar en la región anterior y lateral del cérvix y la fascia pubo cervical. El compartimiento apical se encuentra reforzado por el primer nivel de De Lancey (13) y este

abarca estructuras como el cérvix y el tercio proximal de la vagina, a su vez se caracteriza por ser el nivel de soporte el cual es dado por los ligamentos uterosacros y cardinales los cuales cumplen la función de suspender el ápex de la vagina a las paredes de la pelvis. El ligamento cardinal o ligamento de Mackrodt es una estructura de tejido conectivo el cual ancla el cérvix y la porción superior de la vagina a la pared posterolateral de la pelvis adyacente al origen de la arteria iliaca interna. (21-22)

Los ligamentos cardinales, fascia pubocervical, ligamentos uterosacros y la fascia recto vaginal forman el anillo peri cervical el cual da la estructura y el soporte a la porción superior de la vagina. (22) Las alteraciones en este compartimento secundario al deterioro de alguna de sus estructuras o del anillo peri cervical da a lugar al prolapso de comportamiento apical con la consecuente aparición de síntomas de incontinencia urinaria de urgencia y de esfuerzo, así como hipertrofia cervical.

Dada la teoría integral antes expuesta y las características descritas del compartimiento apical, se considera la reparación del prolapso apical, la clave del restablecimiento de la estructura y función del piso pélvico. (23)

Prolapso apical:

El prolapso apical se define como el descenso del útero o la cúpula vaginal dando lugar al prolapso de órganos genitales, se clasifica como el segundo prolapso más frecuente siendo el compartimiento anterior el más prolapsado. Existen múltiples definiciones acerca del prolapso apical, los grados y cuando estos deben ser manejados de manera quirúrgica o no, sin embargo, no existe un consenso mundial acerca de esto y la clínica y síntomas predominan en el momento de la toma de decisiones terapéuticas.

El riesgo de padecer prolapso apical en la población general es de 11-19% de las cuales en su mayoría requerirán manejo quirúrgico. (24) Dentro de los mecanismos biomecánicos conocidos para presentar prolapso de compartimiento apical se encuentran la perdida de soporte dada por los ligamentos útero sacros y cardinales, lesiones del musculo elevador del ano en relación con el parto, deterioro del colágeno y tejido conectivo secundario a la edad avanzada, lesiones neuromusculares, alteraciones congénitas del tejido conectivo y antecedentes quirúrgicos del piso pélvico los cuales causen injuria. (25) El diagnóstico del

prolapso apical abarca tanto la historia clínica del paciente, como el examen físico y las posibles ayudas diagnosticas acorde la necesidad de cada paciente.

Sistema POPQ:

El sistema POPQ permite al examinador establecer un diagnostico objetivo del prolapso en sus distintos compartimientos. Dicho sistema es una herramienta de estadificación de prolapso, establecido por la sociedad americana de Uro ginecología en 1996.

Este sistema usa 9 puntos de referencia, tomando como punto limite el anillo himeneal. Consta de puntos definidos como Aa: pared Vaginal anterior, a 3 cm de meato urinario, Ba: fórnix anterior o parte anterior de cúpula vaginal, C: cérvix o cúpula, D: fórnix posterior, sin cuello se omite, Ap: Similar a Aa, Bp: similar a Bp, HG: distancia de meato urinario a borde himeneal inferior, Pb: distancia de borde posterior de hiato genital a borde anterior del ano, Tvl: Profundidad vaginal. Según los Hallazgos en dicho sistema de clasificación en graduación ordinal se define estadio 0 sin prolapso, estadio I a más de un centímetro del himen, estadio II, entre -1 y +1, estadio III entre +1 y +2 y estadio IV mayor a +2. (19-26)

Técnicas quirúrgicas:

La corrección quirúrgica del prolapso apical puede ser llevada a cabo mediante múltiples técnicas. Dentro de los abordajes más comunes encontramos el abordaje abdominal y el transvaginal. A su vez, estos pueden variar en el tipo de técnica administrada, el uso de dispositivos como mallas o arpones, uso de suturas o tejido nativo entre otros. El abordaje quirúrgico debe ser individualizado y depende de múltiples factores tales como estado de salud, comorbilidades asociadas, antecedentes quirúrgicos, severidad de enfermedad pélvica, grado de prolapso, experiencia quirúrgica por parte del grupo médico y riesgo de recurrencia. (15-27)

Abordaje vaginal:

Dentro de los múltiples abordajes quirúrgicos que se pueden encontrar por vía vaginal se encuentran la culdoplastia de McCall, la fijación al ligamento íleo coccígeo, la fijación al ligamento sacro espinoso, la suspensión al ligamento útero sacro y la Colpocleisis.

- Culdoplastia de McCall

La culdoplastia de McCall fue un procedimiento inicialmente realizado concomitante con la histerectomía vaginal. Dicho procedimiento consiste en la plicatura de los ligamentos útero-sacros en la línea media buscando obliterar el saco posterior con el fin de evitar posibles recurrencias o re-prolapsos de cúpula vaginal las cuales se presentan de un 0-14% (28).

- Fijación ilio coccígea

La fijación ileo coccígea busca generar la suspensión de la región apical de la vagina a la fascia ileococcígea de manera bilateral y se lleva implementando aproximadamente en los últimos 50 años con una tasa de éxito descrita hasta del 84% en pacientes con prolapsos apicales grado 2 o más avanzados. (29)

- Fijación al ligamento sacro espinoso

La fijación al ligamento sacro espinoso consiste en la fijación de la porción apical de la vagina al ligamento sacro espinoso mediante un abordaje transvaginal. Puede ser realizada de manera unilateral o bilateral mediante un abordaje transperitoneal o extraperitoneal en la mayoría de los casos. Dicho procedimiento oscila con tasas de éxito entre un 64%-97% (28) y de satisfacción entre 80-90% (30) con tasas de recurrencia hasta de un 28% siendo el abordaje por el compartimiento anterior más frecuente.

- Suspensión al ligamento uterosacros

La suspensión al ligamento útero-sacro consiste en la fijación de la región apical de la vagina al ligamento útero sacro mediante un abordaje transperitoneal con una tasa de éxito la cual varia del 48- 96% y de recurrencia de prolapso hasta de 5,8% (28). Se han descrito múltiples técnicas y dispositivos usados en esta intervención tales como suturas absorbibles o permanentes durante la reparación. Dentro de las complicaciones más frecuentes de dicho procedimiento se encuentran las lesiones vesicales y de la vía urinaria hasta en un 30% con tasas de recurrencia hasta del 14,4% en su mayoría mediante el abordaje anterior. (31)

Clásicamente la reparación de prolapso apical y anterior era realizada principalmente mediante el uso tejidos nativos, hasta el momento la evidencia ha mostrado hallazgos contradictorios en cuanto a la superioridad de corrección mediante tejidos nativos vs mallas, con mayor tasa de complicaciones asociado al uso de mallas y mayor tasa de re-prolapso asociado al uso de tejido nativo. (32)

Reparación apical con malla por abordaje transvaginal.

La reparación apical con mallas transvaginal se inició con el propósito de disminuir las tasas de recurrencia y mejorar la satisfacción post operatoria de las pacientes. En el año 2008 la FDA publicó un comunicado sobre las complicaciones relacionadas con dicho procedimiento entre estas la exposición de la malla con la consecuente alteración en la calidad de vida de la paciente e infección asociada. En el año 2011 la FDA realiza un nuevo comunicado advirtiendo las indicaciones claras por las cuales se beneficiaban las pacientes de dicho procedimiento ya que no es de uso rutinario e indican la necesidad de que estos procedimientos fueran realizados por personal experto y calificado para disminuir las complicaciones.(33) Dentro de los kits actuales más utilizados en estados unidos se encuentra el sistema Elevate y Uphold, los cuales usan la suspensión bilateral de los ligamentos sacro espinosos. Rap et al. evaluaron el resultado a dos años en 42 pacientes posterior a la implementación de la suspensión al ligamento sacro espinoso mediante el sistema Elevate con evidencia de una tasa de recurrencia de prolapso grado II en un 9,5%, con evidencia de una mejoría significativa en la calidad de vida de las pacientes dado por alivio de los síntomas urinarios, síntomas vaginales y calidad en la vida sexual. (24)

El uso de procedimientos transvaginales para el manejo del prolapso apical ha ido en aumento y hace parte de las nuevas técnicas de abordaje y de la cirugía mínimamente invasiva buscando disminuir tiempo quirúrgico y complicaciones anestésicas. Dichas técnicas pueden ser realizadas con tejidos nativos o con el uso de nuevos kits o dispositivos incluidos mallas buscando aumentar las tasas de éxito, mejoría de calidad de vida y disminución de tasas de re-prolapso. En el transcurso del tiempo se han realizado modificaciones a dichas técnicas, indicaciones, implementación de nuevos dispositivos y materiales con el fin de disminuir la tasa de complicaciones principalmente dado por la erosión de las mallas, dispareunia, dolor pélvico, extrusión de malla, incontinencia de esfuerzo de Novo.

- Mallas transvaginales

Las mallas transvaginales buscan corregir los defectos de línea media, para vaginales y apicales mediante la implementación de un implante de monofilamento y para rectal o macro poro de polipropileno. (34)

Dentro de los primeros kits más conocidos de mallas transvaginales y ahora retirados del mercado se encuentran:

1. Sistema prolift (fijación a ligamento sacro espinoso)
2. Sistema apogee (fijación al musculo íleo coccígeo)
3. Sistema perigee

Sistema avault Plus (fijación a musculo íleo coccígeo y cuerpo perineal)

El procedimiento de colocación de mallas transvaginales típicamente inicia con hidro disección, incisión vaginal longitudinal y disección de espacio para vesical y o para rectal. El dispositivo o malla se inserta a través de la membrana obturadora o la fosa isquio rectal con trocar posteriormente se posiciona y se cierra el epitelio vaginal.

Las mallas se describen como un procedimiento muy seguro con pocas complicaciones intraoperatorias. Dentro de las complicaciones post operatorias descritas se conocen; exposición de malla 4,7%, erosión de malla 17% y dispareunia 13%.

Existen distintos factores predictores o factores de riesgo relacionados principalmente con el rechazo de la malla entre los cuales se encuentran: técnica de disección, posicionamiento inadecuado de la malla, hipo estrogenismo, estado nutricional, índice de masa corporal, consumo de cigarrillo, inmunosupresión.

UDI 6 y IQQ-7:

Las encuestas de calidad de vida UDI-6 (urogenital distree inventory) e IQQ7 (incontinence impact questionary) fueron desarrolladas en la década de 1990 e inicialmente autorizadas por la sociedad internacional de incontinencia en el año 2001 (35) y posteriormente modificadas su versión corta, dichas encuestas evalúan parámetros de incontinencia urinaria así como de

calidad de vida y se caracterizan por ser auto cumplimentados y requieren validación en diferentes idiomas y poblaciones, siendo así, validado en el año 2011 al idioma español.(36)

La encuesta UDI-6 busca medir los parámetros relacionados con la presencia, gravedad, síntomas urogenitales y características de incontinencia de orina. Esta encuesta cuenta con tres subescalas las cuales buscan medir síntomas irritativos en el ítem 1 y 2, síntomas de esfuerzo en el ítem 3 y 4 y síntomas de obstrucción y dolor relacionado con la micción en el ítem 6 y 7. (36-39)

La medición de la encuesta UDI-6 se realiza por la escala de Likert, la cual se interpreta de la siguiente manera: 0 no aparece el síntoma, 1 existe el síntoma con algo de molestia, 2 existe síntomas con poca molestia, 3 existen síntomas con molestia moderada, 4 existen síntomas con mucha molestia.

Dicha escala da un puntaje de 1 a 4 y este puntaje se reconvierte a valores de 0 a 100, posteriormente se obtiene el valor medio y se multiplica por 25, lo cual va a permitir tener un puntaje de 0 a 100; donde 0 significa ausencia de síntomas y 100 presencia de síntomas severos. (37-39)

La encuesta IIQ-7 busca medir componente de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en cuanto a: capacidad para realizar tareas del hogar, actividad física, actividad recreativa, capacidad para viajar, actividades sociales, frustración y depresión. Al igual que la anterior esta encuesta es medida a través de la escala de Likert la cual se interpreta de la siguiente manera: 0 no aparece el síntoma, 1 existe el síntoma con algo de molestia, 2 existe síntomas con poca molestia, 3 existen síntomas con molestia moderada, 4 existen síntomas con mucha molestia.

Esta escala va de 0 a 3 y posteriormente se reconvierte a valores de 0 a 100, se obtiene el valor medio y se multiplica por 33, de esta manera 0 se traduce en ausencia de afectación y 100 afectación severa. (36-39)

Dichas encuestas son aplicadas de manera habitual en el estudio de pacientes que serán llevadas a corrección de prolapso apical vía vaginal previo al procedimiento quirúrgico, así como al mes y a los seis meses, de esta manera se busca evaluar el impacto en la calidad de la vida y la mejoría o no de los síntomas de incontinencia urinaria.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de los síntomas de incontinencia urinaria y su afectación en la calidad de vida, medidas con las encuestas UDI 6 y IIQ 7 respectivamente, en las pacientes intervenidas con colpopexia vaginal en el Hospital Universitario Mayor – Méderi, durante los años 2016-2018?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Describir los síntomas de incontinencia urinaria y la calidad de vida de la paciente, medidas con los cuestionarios UDI 6 e IIQ 7, en las pacientes intervenidas con colpopexia vaginal en el Hospital Universitario Mayor durante los años 2016-2018

4.2. Objetivos específicos

1. Describir las características clínicas de las pacientes con prolapso genital apical quienes son llevadas a colpopexia vaginal en el Hospital Universitario Mayor durante los años 2016-2018.
2. Describir los puntajes de calidad de vida y síntomas urinarios, medidos por las encuestas UDI-6 e IQQ 7, en las pacientes con prolapso apical que fueron llevadas a colpopexia vaginal en la población de estudio, en tres momentos: previo a la cirugía, al mes y a los 6 meses del post operatorio.
3. Comparar los puntajes de las escalas UDI-6 e IQQ-7, en los tres momentos del seguimiento de la población de estudio.

5. Metodología

5.1. Tipo y diseño de estudio:

Estudio descriptivo de la cohorte de pacientes llevadas a colpopexia vía vaginal, entre el 01/01/2016 y el 31/12/2018.

5.2. Población

- *Población de referencia*: Pacientes con diagnóstico de prolapso de compartimiento vaginal que requieren colpopexia vía vaginal.
- *Población objetivo*: Pacientes con prolapso que fueron llevadas a colpopexia vía vaginal en el Hospital Universitario Mayor Méderi
- *Población accesible*: Pacientes con diagnóstico de prolapso genital que fueron llevadas a colpopexia por vía vaginal en el Hospital Universitario Mayor desde el primero de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2018 que cumplan con los criterios de elegibilidad.

5.3. Tamaño de muestra y muestreo

Por la naturaleza descriptiva del estudio no se realizó cálculo de tamaño de muestra. Se realizó un muestreo por conveniencia incluyendo el total de mujeres que cumplían con los criterios de inclusión durante el periodo de estudio establecido. Se incluyeron un total de 77 mujeres en el estudio.

Criterios de selección

5.3.1. Criterios de inclusión

• Pacientes de 35-95 años

• Pacientes con prolapso genital de cualquier compartimiento de cualquier grado que son llevadas a colpopexia vaginal en Hospital Universitario Mayor Méderi entre el primero de enero de 2016 y el 31 de diciembre del 2018

5.3.2. Criterios de exclusión

• Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de urgencia

• Pacientes con contraindicación de ser llevadas a cirugía vaginal

• Paciente con cirugía anti-incontinencia previa

• Pacientes con cirugía anti-incontinencia concomitante a colpopexia vaginal

• Pacientes embarazadas

5.4. Hipótesis

5.4.1. Hipótesis nula

Los puntajes de la encuesta de calidad de vida, IDU-6 e IIQ-7, son similares antes y después de la colpopexia vaginal en los pacientes con prolapso vaginal del Hospital Universitario Méderi durante el 2016 al 2018

5.4.2. Hipótesis alterna

Los puntajes de la encuesta de calidad de vida, IDU-6 e IIQ-7, son diferentes antes y después de la colpopexia vaginal en los pacientes con prolapso vaginal del Hospital Universitario Méderi durante el 2016 al 2018

5.5. Variables

Las variables dependientes de este estudio son las inherentes a la calidad de vida y a los síntomas de incontinencia medidas mediante las encuestas UDI-6 e IQQ-7. Las encuestas UDI-6 e IIQ-7 son encuestas de síntomas de incontinencia urinaria y calidad de vida, validadas en el idioma español, (36-39) que se utilizan en nuestra institución de forma rutinaria dentro la valoración clínica de pacientes que asisten a consulta con la especialidad de Piso Pélvico, independiente del manejo clínico o quirúrgico que se defina realizar en cada una de ellas.

Dichas encuestas se realizan en los tiempos de seguimiento (consulta prequirúrgica, control al mes, control a los seis meses), los cuales corresponden a las citas control postoperatorias que requieren las pacientes quienes han recibido manejo quirúrgico por esta especialidad. En el Anexo 1, se presenta el formulario de las escalas que se aplican en las pacientes.

5.5.1. Variables dependientes

Ítems de las encuestas UDI-6 e IQQ-7:

- Necesidad de orinar frecuente antes
- necesidad urgente de ir al baño antes
- perdida de orina cuando realiza una actividad física, estornuda o tose antes

- perdida de orina en pequeñas cantidades
- dificultad para vaciar su vejiga
- dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital
- incontinencia que ha afectado la capacidad para realizar las tareas domésticas (cocinar, limpiar, lavar)
- incontinencia que ha afectado: actividades físicas de recreo, como caminar, nadar o algún otro ejercicio
- incontinencia que ha afectado actividades de ocio (cine, conciertos, etc.)
- incontinencia que ha afectado capacidad para viajar en automóvil o en autobús a más de 30 minutos de su hogar
- incontinencia que ha afectado participación en actividades sociales fuera del hogar
- incontinencia que ha afectado: salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)

5.5.2. Variables independientes

- Edad
- nivel educativo
- peso
- talla
- índice de masa corporal
- gestaciones
- partos
- cesáreas
- diabetes
- menopausia
- cirugía ginecológica previa
- tipo de cirugía ginecológica
- POPQ
- grado del prolapso
- histerectomía vaginal
- histerectomía abdominal
- sacro espino-colpopexia

- colpopexia vía abdominal
- colporrafia anterior
- colporrafia posterior

Tabla 1. Definición de variables

Nombre	Descripción conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Años cumplidos	Edad en años cumplidos	Razón
Nivel educativo	Último año académico aprobado por la paciente	0: ninguna, 1: primaria, 2: secundaria, 3: técnico/profesional	Ordinal
Peso	Peso de la paciente	Peso medido en kilogramos con un decimal	Razón
Talla	Altura de la paciente	Talla medida en centímetros	Razón
Índice de masa corporal	Peso sobre talla cuadrada	1: bajo peso 2: normal 3: sobrepeso 4: obesidad I 5: obesidad II 6: obesidad III	Ordinal
Gestaciones	Número de embarazos	Número de embarazos sin importar el desenlace de la gestación	Razón
Partos	Número de partos vaginales	Número de partos vía vaginal	Razón
Cesáreas	Número de cesáreas	Número de cesáreas	Razón
Diabetes	La paciente sufre de diabetes	1: Si 2: No	Nominal

Nombre	Descripción conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Menopausia	La paciente tiene ausencia de menstruación mayor a 12 meses no secundaria a intervención quirúrgica	1: Si 2: No	Nominal
Cirugía ginecológica previa	La paciente ha tenido cirugías ginecológicas previas	1: Si 2: No	Nominal
Tipo de cirugía ginecológica	Que cirugía ginecológica le han realizado	Nombre del procedimiento quirúrgico	Nominal
POPQ	Puntaje POPQ para prolapso de la paciente	1: Si 2: No	Nominal
Grado del prolapso	Cuál es el grado de prolapso genital de acuerdo a la clasificación POPQ	Grado en numero	Ordinal
Histerectomía vaginal	Se realizó histerectomía vaginal	1: Si 2: No	Nominal
Histerectomía abdominal	Se realizó histerectomía abdominal	1: Si 2: No	Nominal
Sacroespinocolpopexia	Se realizó Sacroespino colpopexia	1: Si 2: No	Nominal
Colpopexia vía abdominal	Se realizó colpopexia vía abdominal	1: Si 2: No	Nominal
Colporrafia anterior	Se realizó Colporrafia anterior	1: Si 2: No	Nominal

Nombre	Descripción conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Colporrafia posterior	Se realizó Colporrafia posterior	1: Si 2: No	Nominal
Necesidad de orinar frecuente antes	Primera pregunta de Encuesta UDI-6 antes de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
Necesidad urgente de ir al baño antes	Segunda pregunta de Encuesta UDI-6 antes de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
Perdida de orina cuando realiza una actividad física, estornuda o toser antes	Tercera pregunta de Encuesta UDI-6 antes de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
Perdida de orina en pequeñas cantidades antes	Cuarta pregunta de Encuesta UDI-6 antes de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
Dificultad para vaciar su vejiga antes	Quinta pregunta de Encuesta UDI-6 antes de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital antes	Sexta pregunta de Encuesta UDI-6 antes de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
La incontinencia ha afectado: Capacidad para realizar las tareas domésticas (cocinar, limpiar, lavar)	Primera pregunta de la Encuesta IIQ-7 después de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal

Nombre	Descripción conceptual	Definición operacional	Escala de medición
La incontinencia ha afectado: Actividades físicas de recreo, como caminar, nadar o algún otro ejercicio	Segunda pregunta de la Encuesta IIQ-7 después de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
La incontinencia ha afectado: Actividades de ocio (cine, conciertos, etc.)	Tercera pregunta de la Encuesta IIQ-7 después de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
La incontinencia ha afectado: Capacidad para viajar en coche o en autobús a más de 30 minutos de su hogar	Cuarta pregunta de la Encuesta IIQ-7 después de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
La incontinencia ha afectado: Participación en actividades sociales fuera del hogar	Quinta pregunta de la Encuesta IIQ-7 después de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal
La incontinencia ha afectado: Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)	Sexta pregunta de la Encuesta IIQ-7 después de la histerectomía	0: nada 1: poco 2: moderadamente 3: mucho	Ordinal

5.6. Proceso de recolección de la información

El servicio de Ginecología del Hospital Universitario Mayor – Méderi, cuenta con una base de datos donde se registran todas las colpopexias vaginales y abdominales, así como las encuestas de calidad de vida (UDI- 6 e IQQ-7) aplicada a las pacientes. Como práctica

habitual se realizan las encuestas ya mencionadas previamente al procedimiento y posterior al mismo (al mes y a los seis meses).

Para este estudio se creó una base datos en el que se consignó la información de las variables descritas previamente para todas las pacientes incluidas, utilizando un archivo de Excel. Los investigadores principales realizaron la revisión de las historias clínicas electrónicas de las pacientes identificadas previamente en la base datos del servicio de Ginecología.

Los investigadores principales han sido los responsables de la guardia y custodia de los datos recolectados, los cuales se anonimizaron una vez finalizada la recolección. Las encuestas UDI-6 e IIQ-7, a partir de la cual se recolecto información para este estudio, son encuestas de síntomas de incontinencia urinaria y calidad de vida en pacientes con síntomas de incontinencia urinaria, validadas en idioma español (38) que se utilizan en nuestra institución, de forma rutinaria dentro la valoración clínica de pacientes que asisten a consulta con la especialidad de Piso Pélvico, independientemente del manejo clínico o quirúrgico que se defina realizar en cada una de ellas. (34)

5.7. Plan de análisis

Las características demográficas y clínicas de las participantes se describieron utilizando frecuencias y porcentajes. Por otro lado, las variables numéricas se describieron con media y desviación estándar si presentaban una distribución normal y de lo contrario, con medianas y rangos intercuartílicos.

La descripción de las escalas UDI-6 e IQQ-7, se realizó con frecuencias de acuerdo con el puntaje de cada ítem de encuestas y por medio de medianas del puntaje global de la escala posterior a la reconversión de esta como ya se mencionó en el marco teórico. Se realizo dicho análisis en los diferentes momentos de seguimiento, es decir en la consulta prequirúrgica, control del mes y control de los seis meses.

Se realizaron gráficos de cajas y bigotes con los puntajes de las diferentes subescalas en el caso de la encuesta UDI-6, así como con la sumatoria global de los ítems en la encuesta UDI-6 e IQQ-7, además se realiza descripción mediante frecuencias de los hallazgos de las encuestas previo a la reconversión de la escala. (39)

Para comparar los síntomas urinarios y la calidad de vida de las participantes, se calculó la mediana del puntaje global de las participantes en los tres momentos de seguimiento y se realizó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para medidas dependiente, considerando como diferencias significativas, aquellos resultados con un valor p menor de 0,05.

5.8. Control de sesgos y errores

Sesgo de selección

Para evitar este sesgo se han seleccionado desde la creación de la base de datos que recogió la información todas las pacientes que son llevadas a colpopexia vaginal. Se establecieron como criterios de exclusión antecedente de cirugía anti-incontinencia, casos que presentarán contra indicación de cirugía vaginal o pacientes embarazadas.

Sesgo de información

Para controlar el sesgo de información se utilizó el formato de recolección de las encuestas UDI-6 e IIQ-7, diseñados para evaluar la mejoría o no de síntomas de incontinencia urinaria y calidad de vida en pacientes con síntomas de incontinencia urinaria, que se utilizan en nuestra institución, de forma rutinaria dentro la valoración clínica de pacientes, de esta manera se pudo garantizar que la información se recolectará de la misma manera en todos los casos.

6. Aspectos éticos

El estudio se realizó dentro de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la Declaración de Helsinki - 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 (31). Se tuvieron en cuenta las regulaciones locales del Ministerio de Salud de Colombia Resolución 8430 de 1993 en lo concerniente al Capítulo I “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” (32). Esta investigación se clasificó dentro de la categoría sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención y el estudio fue retrospectivo.

Se limito el acceso de los instrumentos de investigación únicamente a los investigadores según Artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. Los

investigadores tienen la responsabilidad de guardar con absoluta reserva la información contenida en las historias clínicas y cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de la misma reglamentados en los siguientes: Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, Decreto 3380 de 1981, Resolución 008430 de 1993 y Decreto 1995 de 1999.

Todos los integrantes del grupo de investigación están prestos a dar información sobre el estudio a entes organizados, aprobados e interesados en conocerlo siempre y cuando sean de índole académica y científica, preservando la exactitud de los resultados y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes o instituciones en particular.

Se ha mantenido absoluta confidencialidad y preservando el buen nombre institucional profesional. El estudio se realizó con un manejo estadístico imparcial y responsable. No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores del estudio que deba declararse.

El desarrollo del presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigaciones de Méderi CIMED el 08 de julio del 2019, # de acta 848CV-1113 (Anexo 2) y por el comité de ética de la Universidad del Rosario el día 01 de agosto, # de acta 07/2019 (Anexo 3)

7. Resultados

Dentro de los resultados a evaluar se buscó describir la mejoría de calidad de vida y síntomas de incontinencia urinaria de acuerdo con los puntajes arrojados por la encuesta UDI-6 e IQQ-7 de pacientes con prolapso apical llevadas a colpopexia vaginal durante enero 2016 hasta diciembre de 2018. A continuación, se describirán las características sociodemográficas y clínicas, así como las calificaciones cualitativas de las encuestas y posteriormente la conversión de estas con los respectivos resultados de la población expuesta.

Características sociodemográficas

Entre enero de 2016 y diciembre de 2018 se obtuvo un total de 77 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y se seleccionaron para el estudio. El 100% de las pacientes cumplió con los controles establecidos al mes y a los 6 meses, sin embargo, se evidencia en algunos casos ausencia de información en cuanto al diligenciamiento de la encuesta realizada por las pacientes. Se recolectaron los datos clínicos y antecedentes medico quirúrgicos generales de la población a estudio evidenciada en la tabla 2.

Al realizar la tabulación de los datos se encontró ausencia de adherencia al diligenciamiento de variables socio demográficas en las encuestas tales como; nivel educativo o tipo de afiliación a sistema de salud, por lo cual no existe información para poder establecer dichas variables.

Dentro de las variables o características clínicas que se lograron documentar en el estudio se incluyeron aquellas que constituyen un factor de riesgo descrito en la literatura para desarrollar prolapso genital o aquellas que puedan alterar el desenlace de la intervención quirúrgica tales como: el sobrepeso documentado con el índice de masa corporal, la multiparidad, el antecedente de parto instrumentado, edad de primer parto después de los 35 años, parto con macrosomía fetal, así como otros factores de riesgo identificados en la tabla 2 y descritos en el marco teórico.(21-25)

En el análisis de este estudio se encontró que el sobrepeso estaba presente en el 39% de la población y obesidad en el 26% de las pacientes, con lo cual se evidencia presencia sobrepeso y/u obesidad en más del 60% de la población estudiada.

La multiparidad constituye un factor de riesgo para prolapso genital en el futuro, así como el antecedente de instrumentación en el parto, en el presente estudio se encontró en un 59,7% de las pacientes antecedente de más de 3 partos y el 19,5% cumplían con el antecedente de instrumentación durante el trabajo de parto.

Al evaluar otros factores de riesgo para prolapso genital, el antecedente de parto con feto macrosómico se encontró presente en el 66,2% de las pacientes con prolapso apical llevadas a colpopexia vaginal y la edad del primer parto en el 97,4% de la población estudiada fue antes de los 35 años (tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de las pacientes llevadas a colpopexia vaginal en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

Variable	**n**	**%**
IMC		
Normal	27	35,1
sobrepeso	30	39,0

Variable	n	%
obesidad	20	26,0
Numero de gestaciones		
1 gestación	8	10,4
2 gestaciones	12	15,6
3 gestaciones o mas	56	72,7
Número de partos *		
0 partos	1	1,3
1 partos	10	13,0
2 partos	20	26,0
3 partos o mas	46	59,7
Numero de cesáreas		
0 cesárea	65	84,4
1 cesárea	8	10,4
2 cesáreas	1	1,3
Parto instrumentado		
Si	15	19,5
No	62	80,5
Peso del Recién nacido*		
Menor de 3800	26	33,8
Mayor o igual a 3800	51	66,2
Edad de la mujer en el primer parto *		
Antes de los 35 años	75	97,4
Después de los 35 años	2	2,6

*Media (DE)

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 muestra los antecedentes médicos registrados en la encuesta. El antecedente más frecuente fue el de cirugía ginecológica; la cual se encontraba presente en el 64,9% de la población, seguida por atrofia genital en el 36,4% de los casos e hipertensión arterial o cardiopatía en el 28,6% de los pacientes.

Tabla 3. Antecedentes médicos de las pacientes llevadas a colpopexia vaginal en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

Variable	**n**	**%**
Diabetes	7	9,1
Obesidad	13	16,9
Cáncer	1	1,3
EPOC	2	2,6
Atrofia genital	28	36,4
Asma	3	3,9
Tabaquismo	5	6,5
Hipertensión arterial o cardiopatía	22	28,6
Terapia de reemplazo hormonal	3	3,9
Antecedente inmunológico	1	1,3
Uso de corticoide	0	0,0
Antecedente neurológico	1	1,3
Antecedente de cirugía ginecológica	50	64,9

Fuente: Elaboración propia

Como se evidencia en la tabla 3, la cirugía ginecológica fue el antecedente más frecuente, siendo la histerectomía abdominal el procedimiento realizado con mayor frecuencia hasta en un 32,5% de las pacientes, seguido por la histerectomía vaginal en un 18,2% y la histerectomía vaginal con colporrafia anterior y posterior en un 7,8%. (tabla 4)

Tabla 4. Antecedente de cirugía ginecológica en las pacientes llevadas a colpopexia vaginal en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

Variable	**n**	**%**
Colocación de malla	1	1,3
Colporrafia anterior	1	1,3
Colporrafia anterior y posterior	4	5,2

Variable	n	%
Conización	1	1,3
Histerectomía abdominal	25	32,5
Histerectomía abdominal con colporrafia anterior y posterior	1	1,3
Histerectomía vaginal	14	18,2
Histerectomía vaginal con colporrafia anterior y posterior	6	7,8
Ooforectomía izquierda	1	1,3
No antecedente quirúrgico ginecológico	20	26,0

Fuente: Elaboración propia

Caracterización de prolapso

En cuanto a la caracterización del tipo y grado de prolapso medido de manera objetiva por el sistema POP-Q avalado internacionalmente por las sociedades de ginecología y uro ginecológica. Se evidencia previo al procedimiento quirúrgico (primer control) prevalencia de prolapso anterior en el 93,5%, siendo el estadio 4 el más frecuente en un 45,8% de los casos, prevalencia de prolapso posterior en el 96,1% siendo el grado 4 el más frecuente en un 52,7% de los casos y el prolapso apical se encontró presente en un 96,1% de las pacientes siendo igualmente el grado 4 el más frecuente en un 64,9% de los casos.

Al realizar el primer control estipulado al mes de la cirugía con una muestra de 77 pacientes se evidencio prevalencia de prolapso anterior del 3,9%, ausencia de prolapso de compartimiento posterior y prolapso de compartimiento apical en el 1,3% de las pacientes.

En el segundo control a los seis meses se evidencia una prevalencia de 22,1% de prolapso anterior siendo el más frecuente el grado 1 en un 64,7%, prolapso posterior en el 6%, siendo el grado 1 el más frecuente en un 50% y prolapso apical en un 2.6% siendo el más frecuente el grado 3 en un 100%. (tabla 5)

Tabla 5. Tipo y grado de prolapso previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario

Méderi, 2016-2018

Tipo y grado	Previo a cirugía		Control 1 mes		Control 6 meses	
	n	%	n	%	n	%
Prolapso anterior	72	93,5	3	3,9	17	22,1
Grado 1	3	4,2	1	33,3	11	64,7
Grado 2	5	6,9	0	0,0	6	35,3
Grado 3	30	41,7	0	0,0	0	0,0
Grado 4	33	45,8	0	0,0	0	0,0
Prolapso posterior	74	96,1	0	0,0	4	5,2
Grado 1	2	2,7	0	0,0	2	50,0
Grado 2	7	9,5	0	0,0	1	25,0
Grado 3	26	35,1	0	0,0	1	25,0
Grado 4	39	52,7	0	0,0	0	0,0
Prolapso apical	74	96,1	1	1,3	2	2,6
Grado 1	1	1,4	1	100,0	0	0,0
Grado 2	1	1,4	0	0,0	0	0,0
Grado 3	26	35,1	0	0,0	2	100,0
Grado 4	48	64,9	0	0,0	0	0,0

Fuente: Elaboración propia

Intervención quirúrgica

En cuanto a la intervención quirúrgica, el 100% de las pacientes fueron sometidas a sacroespino colpopexia, el 87% a colporrafia anterior, el 97,4% a colporrafia posterior y el 23,4% a histerectomía vaginal concomitante. (tabla 6)

Tabla 6. Tipo de intervención quirúrgica en las pacientes del Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

Intervención Quirúrgica	n	%
Histerectomía vaginal	18	23,4
Histerectomía abdominal	0	0,0
Sacroespino colpopexia	77	100,0
Colpopexia abdominal	0	0,0
Colporrafia anterior	67	87,0
Colporrafia posterior	75	97,4

Fuente: Elaboración propia

Incontinencia urinaria y calidad de vida

Para evaluar los síntomas de incontinencia urinaria y calidad de vida se utilizaron las encuestas UDI-6 e IQQ-7 las cuales se aplicaron a las pacientes previo a la realización del procedimiento, al control de 1 mes y al control de 6 meses. En general la muestra de la consulta inicial fue de 76 pacientes, control del mes 73 pacientes y de los seis meses 61 pacientes en relación con ausencia de diligenciamiento de la encuesta o perdida de la información.

Encuesta de calidad de vida IDU-6

La encuesta UDI-6 busca medir los parámetros relacionados con la presencia, gravedad y síntomas urogenitales y características de incontinencia urinaria. Como se mencionó en el marco teórico, la escala UDI-6 cuenta con tres subescalas las cuales buscan medir síntomas irritativos en el ítem 1 y 2, síntomas de esfuerzo en el ítem 3 y 4 y síntomas de obstrucción y dolor relacionado con la micción en el ítem 5 y 6. (36) (37)

UDI-6 1. Necesidad de orinar más frecuente (Subescala síntomas irritativos)

En la primera pregunta del cuestionario la cual evalúa la necesidad de orinar más frecuente, del total de las pacientes previo al procedimiento; el 25% no referían síntomas, el 25% se refirieron a esta pregunta “mucho” y un 35,5% “moderado”.

Al realizar el control del mes con una muestra de 73 pacientes se encuentra que el 52,1% de la población no referían síntomas. En el tercer control de seis meses con una muestra de 61 pacientes se evidenció que el 50,8% de la población no referían síntomas. (Tabla 7)

Tabla 7. Necesidad de orinar más frecuentemente previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Nada	19	25,0	38	52,1	31	50,8
Poco	11	14,5	19	26,0	13	21,3
Moderado	27	35,5	14	19,2	10	16,4
Mucho	19	25,0	2	2,7	7	11,5

Fuente: Elaboración propia

UDI-6 2. Sensación de urgencia (Subescala síntomas irritativos)

La segunda pregunta del cuestionario UDI-6 indaga acerca del deseo urgente de micción. En el control inicial con una muestra de 76 pacientes se evidencio un 39,5% de las pacientes sin síntomas y un 19,7 % lo refería como "mucho".

Al realizar el primer control mensual, con una muestra de 73 pacientes, el 58,9% refería síntomas ausentes y solo un 1,4% refirió "mucho". Al realizar el tercer control de seis meses con una muestra de 61 pacientes, el 52,5% refería síntomas ausentes y un 6,6% refería "mucho". (Tabla 8)

Tabla 8. Sensación de urgencia previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	%	n	%	n	%
Nada	30	39,5	43	58,9	32	52,5
Poco	12	15,8	20	27,4	14	23,0
Moderado	19	25,0	9	12,3	11	18,0
Mucho	15	19,7	1	1,4	4	6,6

Fuente: Elaboración propia

UDI-6 3. Incontinencia urinaria de esfuerzo (Subescala síntomas de esfuerzo)

En el control inicial con una muestra de 76 pacientes, el 59,2% referían ausencia de síntomas y un 10,5% de la muestra lo refiere como "mucho". Al realizar el primer control mensual con una muestra de 73 pacientes, el 71,2% se encontraban asintomáticos y el 1,4% referían "mucho". En el control semestral con una muestra de 61 pacientes se evidencia ausencia de síntomas en un 70,5% de las pacientes. (tabla 9)

Tabla 9. Incontinencia de esfuerzo previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	%	n	%	n	%
Nada	45	59,2	52	71,2	43	70,5
Poco	15	19,7	17	23,3	14	23,0
Moderado	8	10,5	3	4,1	1	1,6
Mucho	8	10,5	1	1,4	3	4,9

Fuente: Elaboración propia

UDI-6 4. Goteo miccional (Subescala síntomas de esfuerzo)

El cuarto ítem de la encuesta UDI-6 evalúa el goteo miccional.

Al realizar la encuesta previa al procedimiento quirúrgico con una muestra de 76 pacientes se evidencio ausencia de síntomas en un 61,8%, al realizar el control mensual, se evidencia ausencia de síntomas en 71,2% de las pacientes y un 1,4% lo refieren como "mucho".

En el control semestral con una muestra de 61 pacientes se evidencio en un 70,5% de pacientes ausencia de síntomas y un 3,3% refería "mucho". (Tabla 10)

Tabla 10. Goteo miccional previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	%	n	%	n	%

Nada	47	61,8	52	71,2	43	70,5
Poco	17	22,4	18	24,7	14	23,0
Moderado	8	10,5	2	2,7	2	3,3
Mucho	4	5,3	1	1,4	2	3,3

Fuente: Elaboración propia

UDI-6 5. Micción obstruida (síntomas de obstrucción)

Con una muestra de 76 pacientes, en el primer control se evidencia un 44,7% de ausencia de síntomas, un 11,8% de la población refirió "mucho". Al realizar el control mensual con una muestra de 77 pacientes, el 94,5% de la población refería "poco".

En el tercer control con una muestra de 76 pacientes se evidencia persistencia de sintomatología leve referido como "poco" en el 86,9% de los casos. (Tabla 11)

Tabla 11. Micción obstruida previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	%	n	%	n	%
Nada	34	44,7	4	5,5	16	26,2
Poco	21	27,6	69	94,5	53	86,9
Moderado	14	18,4	2	2,7	5	8,2
Mucho	9	11,8	2	2,7	2	3,3

Fuente: Elaboración propia

UDI-6 6. Dolor pélvico (síntomas de obstrucción)

El ultimo ítem de la encuesta UDI-6 evalúa la presencia de dolor pélvico.

En la encuesta prequirúrgica con una muestra de 76 pacientes el 48,7% referían ausencia de síntomas y el 10,5% referían en la encuesta "mucho". Al realizar el control mensual con una muestra de 73 pacientes se evidencia ausencia de síntomas en un 76,7%. En el control de los seis meses con una muestra de 61 pacientes, el 80,3% de pacientes no referían sintomatología. (Tabla 12)

Tabla 12. Dolor pélvico previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	%	n	%	n	%
Nada	37	48,7	56	76,7	49	80,3
Poco	17	22,4	12	16,4	8	13,1
Moderado	14	18,4	4	5,5	2	3,3
Mucho	8	10,5	1	1,4	2	3,3

Fuente: Elaboración propia

Al realizar el análisis del puntaje global de la escala IDU-6 en los tres momentos de aplicación, se encontró una mejoría aparente de los síntomas de incontinencia al comparar el puntaje de la encuesta prequirúrgica vs la del primer mes y de la encuesta prequirúrgica vs la de los seis meses con una mediana en ambos casos de 8.3% y RIQ de (0.16-7%) con una p estadísticamente significativa para el primer y sexto mes post operatorio como se evidencia en la tabla 13 (Grafica 1)

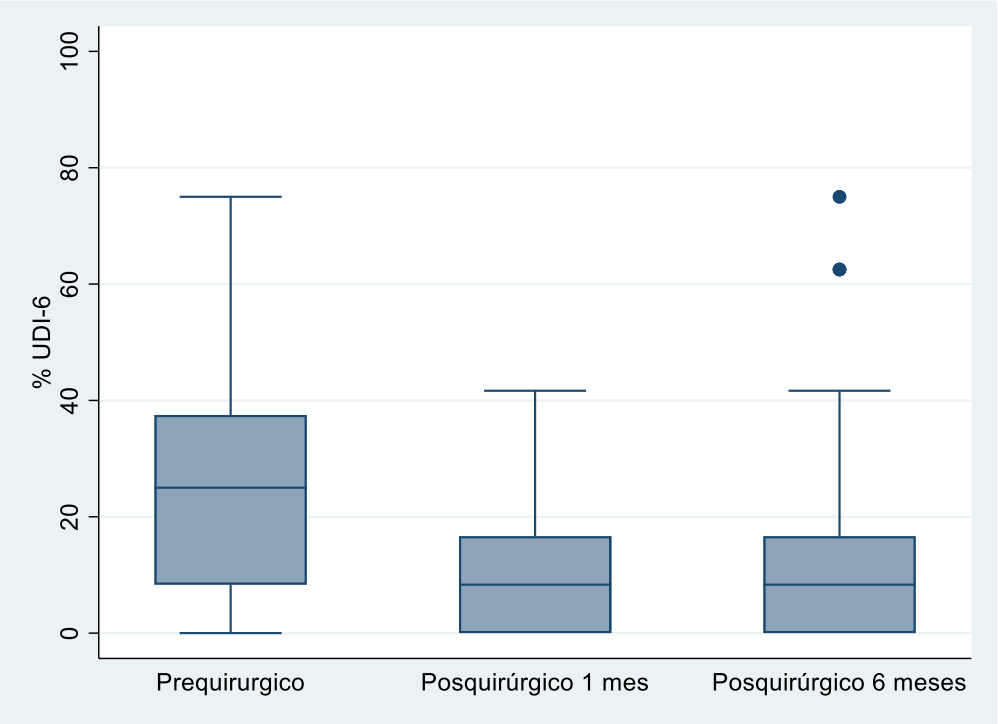
Tabla 13. Comparación del puntaje global de la escala UDI-6 antes y después (1 mes y 6 meses) de la colpopexia en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Mediana %	**RIQ**	**Valor p**
Primer control	25%	(8.3-37.5%)	
Control 1 mes	8.3%	(0.16-7%)	P 0.0000
Control 6 meses	8.3%	(0.16-7%)	P 0.0002

*Categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia

Grafico 1. Comparación del puntaje global de la escala UDI-6 antes y después (1 mes y 6 meses) de la colpopexia en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018



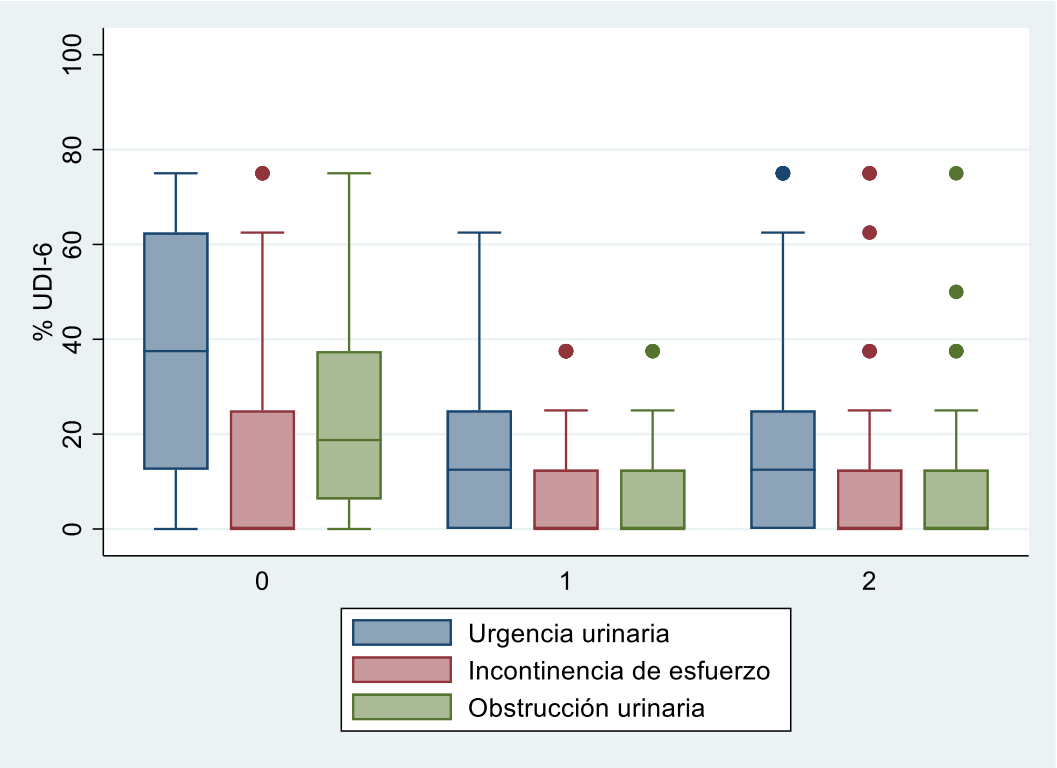
Fuente: Elaboración propia

Al realizar el análisis del puntaje de la escala IDU-6 en las tres subcategorías descritas previamente: síntomas de incontinencia urinaria de urgencia, síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo y síntomas de obstrucción y/o dolor. En los tres momentos de aplicación de la encuesta se encontró una mejoría aparente de los síntomas de incontinencia de urgencia al comparar el puntaje de la encuesta prequirúrgica vs la del mes con una mediana de 12.5% y un RIQ (0-25) con una p de 0.0001 estadísticamente significativa y de la encuesta prequirúrgica vs la de los seis meses de 12.5% y RIQ de (0-25) con una p estadísticamente significativa de 0.0031. (Grafica 2)

No se evidencio mejoría estadísticamente significativa al comparar el puntaje de la subcategoría de síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo de la encuesta prequirúrgica vs el primer mes o de la encuesta prequirúrgica vs los 6 meses. Tabla 14

Gráfico 2. Comparación del puntaje de la escala UDI-6 por subcategorías, antes y después (1

mes y 6 meses) de la colpopexia en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018



Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Comparación del puntaje de la escala UDI-6 por subcategorías, antes y después (1 mes y 6 meses) de la colpopexia en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Pre **Me (RIQ)**	**Post 1 mes** **Me (RIQ)**	**Valor p**	**Post 6 mes** **Me (RIQ)**	**Valor p**
Incontinencia de urgencia	37.5 (12.5-62.5)	12.5 (0 – 25)	0.0001	12.5 (0 – 25)	0.0031

Incontinencia de esfuerzo	0 (0-25)	0 (0-12.5)	0.3713	0 (0-12.5)	0.0113
Dolor y/o obstrucción	18,8 (6,3-37,5)	0 (0-12.5)	0.0000	0 (0-12.5)	0.0000

*Categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia

Encuesta de calidad de vida IIQ-7

La encuesta IIQ-7 busca medir componentes de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en cuanto a: capacidad para realizar tareas del hogar, actividad física, actividad recreativa, capacidad para viajar, actividades sociales, frustración y depresión. Al igual que la encuesta UDI-6, se requiere realizar la reconversión de esta para poder establecer un puntaje y evaluar los parámetros de mejoría, tal como se describe en el marco teórico. La encuesta de calidad de vida se evalúa de manera global, no cuenta con subcategorías. (36) (37)

A continuación, se realiza el análisis de la descripción cualitativa de los síntomas de cada ítem.

IIQ-7 1. Alteración de calidad de vida

Con una muestra de 76 pacientes, en la encuesta prequirúrgica el 53,9% de las pacientes no referían alteración en cuanto a calidad de vida, el 19,7% referían afectación leve y el 6,6% referían afectación severa. Al realizar el seguimiento mensual, el 82,2% no refieren alteración de calidad de vida y un 1,4% referían "mucho". En el control de los seis meses el 90,2% de la población no refieren alteración en la calidad de vida y un 3,3% refiere alteración severa referido como "mucho". (tabla 13)

Tabla 13. Incontinencia que afecta la calidad de vida previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		Control 1 mes		Control 6 meses	
	n	%	n	%	n	%
Nada	41	53,9	60	82,2	55	90,2
Poco	15	19,7	9	12,3	2	3,3
Moderado	15	19,7	3	4,1	2	3,3
Mucho	5	6,6	1	1,4	2	3,3

Fuente: Elaboración propia

IIQ-7 2. Alteración de salud emocional

En el control inicial con una muestra de 76 pacientes se evidencia alteración severa de la salud emocional en el 6,6% de los casos y ausencia de alteración en el 56,6%. En el control mensual se evidencia ausencia de alteración en el 84,9% de la muestra dada. Al realizar el control semestral se evidencia afectación severa en el 3,3% de las pacientes referido como "mucho" y ausencia de esta en el 82% de los casos. (tabla 14)

Tabla 14. Incontinencia que altera la salud emocional previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		Control 1 mes		Control 6 meses	
	n	%	n	%	n	%
Nada	43	56,6	62	84,9	50	82,0
Poco	14	18,4	7	9,6	4	6,6
Moderado	14	18,4	2	2,7	5	8,2
Mucho	5	6,6	2	2,7	2	3,3

Fuente: Elaboración propia

IIQ-7 3. Alteración de la actividad física

En este ítem con una muestra inicial de 76 pacientes, se pudo evidenciar alteración severa en el 6,6% de la muestra referido como "mucho" y ausencia de alteración en el 53,9% de las pacientes. Al realizar el control mensual con una muestra de 73 pacientes se evidenció alteración severa en el 2,7% de la población referido como "mucho" y ausencia de alteración de actividad física en el 86,3% de la población.

En el control semestral, con una muestra de 61 pacientes, se evidencia ausencia de alteración en un 85,2% y alteración severa en el 6,6% de la población referido como "mucho". (tabla 15)

Tabla 15. Incontinencia que afecta la actividad física previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	%	n	%	n	%
Nada	41	53,9	63	86,3	52	85,2
Poco	22	28,9	5	6,8	3	4,9
Moderado	8	10,5	3	4,1	2	3,3
Mucho	5	6,6	2	2,7	4	6,6

Fuente: Elaboración propia

IIQ-7 4. Alteración de las actividades de esparcimiento

Al realizar el control inicial con una muestra de 76 pacientes se evidencio alteración severa en el 10,5% de la población referido en la encuesta "mucho" y ausencia de esta en el 53,9% de las pacientes. En el control mensual, con una muestra de 73 pacientes, se evidenció ausencia de alteración en el 87,7% de las pacientes y afectación severa en el 2,7%.

Al realizar el control semestral, con una muestra de 61 pacientes, se evidenció ausencia de alteración en el 86,9% de la población y afectación severa en el 4,9% de los casos, referido en la encuesta "mucho". (tabla 17)

Tabla 17. Incontinencia que afectan las actividades de esparcimiento previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	%	n	%	n	%
Nada	41	53,9	64	87,7	53	86,9
Poco	22	28,9	4	5,5	3	4,9
Moderado	5	6,6	3	4,1	2	3,3
Mucho	8	10,5	2	2,7	3	4,9

Fuente: Elaboración propia

IIQ-7 5. Alteración de la movilidad

Al evaluar el impacto de la incontinencia en la movilidad, en el control inicial con una muestra de 76 pacientes se evidencio alteración severa en el 10,5% de la población y ausencia de esta en el 50%. En el control mensual, con una muestra de 73 pacientes, se evidenció ausencia de alteración en el 89% de las pacientes y alteración severa en el 1,4%.

Al realizar el control semestral, con una muestra de 61 pacientes, se evidenció ausencia de alteración en el 85,2% de la población. (tabla 18)

Tabla 18. Incontinencia que afecta la movilidad previa a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	n	%	n	%	n	%
Nada	38	50,0	65	89,0	52	85,2
Poco	19	25,0	5	6,8	4	6,6
Moderado	11	14,5	2	2,7	5	8,2

Mucho	8	10,5	1	1,4	0	0,0

Fuente: Elaboración propia

IIQ-7 6. Alteración de vida social

Al evaluar el impacto inicial de la incontinencia urinaria en la vida social, con una muestra de 76 pacientes, se evidenció que el 51,3% de las pacientes no presentaba alteración y el 6,6% referían alteración severa. Al realizar el control mensual, con una muestra de 73 pacientes, se muestra una ausencia de alteración en el 91,8% de las pacientes y afectación severa en el 1,4% de la muestra. En el control semestral y con una muestra de 61 pacientes, se evidenció ausencia de síntomas en el 88,5% de las pacientes y afectación severa en el 1,6% de los casos. (tabla 19)

Tabla 19. Incontinencia que afecta la vida social previo a la realización de colpopexia vaginal, control de 1 mes y 6 meses en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018

	Control inicial		**Control 1 mes**		**Control 6 meses**	
	N	%	n	%	n	%
Nada	39	51,3	67	91,8	54	88,5
Poco	19	25,0	3	4,1	3	4,9
Moderado	13	17,1	2	2,7	3	4,9
Mucho	5	6,6	1	1,4	1	1,6

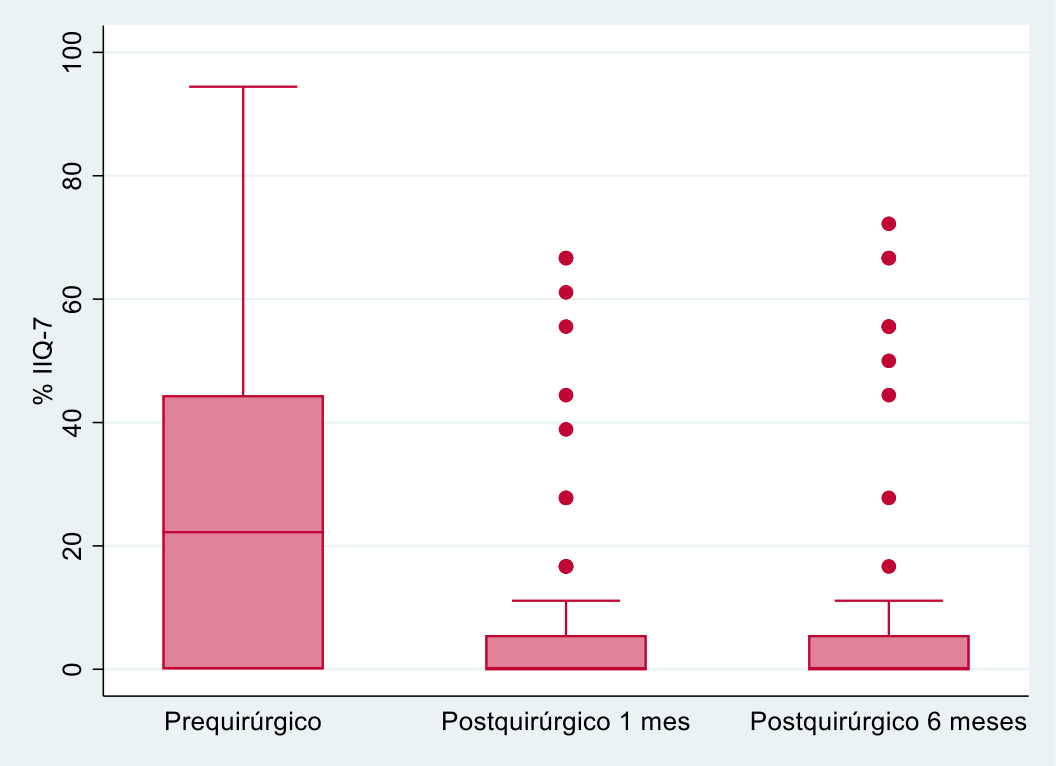
Fuente: Elaboración propia

Al realizar el análisis del puntaje global de la escala IIQ-7 en los tres momentos de aplicación, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la calidad de vida de las pacientes previo al procedimiento quirúrgico vs al mes de realización del procedimiento con

una mediana de 0, RIQ (0-5.6%) valor p de 0.0000.

Al evaluar la mejoría de calidad de vida comprando la encuesta prequirúrgica vs la de los seis meses se evidenció una mejoría estadísticamente significativa con una mediana de 0, RIQ (0-5.6%) valor p de 0.0000. Grafica 3

Gráfico 3. Comparación del puntaje global de la escala IIQ-7, antes y después (1 mes y 6 meses) de la colpopexia en las pacientes llevadas al procedimiento en el Hospital Universitario Méderi, 2016-2018



Fuente: Elaboración propia

8. Discusión

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes supone un reto desde el punto de vista clínico. La correcta interpretación de los resultados de la medición de encuestas que evalúen dicha cualidad ofrecerá un valor agregado a los desenlaces clínicos evaluado en el contexto hospitalario. Disponer de cuestionarios es fundamental para el diagnóstico clínico y la evaluación del tratamiento.

En el caso de las alteraciones del piso pélvico, dichas encuestas revisten gran importancia ya que permiten detectar síntomas que a veces las pacientes esconden, así como la severidad de estos y su impacto en la Calidad de vida, lo cual permite realizar una evaluación integral de la enfermedad (33). Juntos, el UDI-6 y el IIQ-7, permiten detectar la incontinencia urinaria, valorar su gravedad de acuerdo con las molestias que provoca y medir su impacto en la calidad de vida. Es habitual que los síntomas urogenitales no aparezcan aislados, y la posibilidad del UDI-6 de fragmentarse en tres subescalas facilita identificar que síntomas son los que más molestan, lo que junto con la valoración de la calidad de vida mediante el IIQ-7 resulta muy útil para establecer el tratamiento y evaluar su efectividad (36). Dentro de las desventajas que se pueden encontrar en dichas encuestas se encuentran las características de auto diligenciamiento de los diferentes ítems, los cuales se encuentran condicionados por el nivel socio cultural, la compresión de lectura y la caracterización propia de los síntomas y su impacto en la vida de las pacientes.

De otro lado, la colpopexia vía vaginal se ha mantenido como un estándar de oro para el tratamiento del prolapso genital. Sin embargo, el procedimiento tiene algunas limitaciones, como el acceso a los espacios pararectal y perisacra, el área de los plexos nerviosos retroperitoneales y el eje no fisiológico de la vagina asociado con un posible riesgo de complicaciones vasculares y prolapsos recurrentes. (39) Lo anterior supone áreas en las que las pacientes puedan referir disconfort o alteraciones de sensibilidad que solo pueden describirse de manera subjetiva o a través de estas escalas destinada para tal fin.

Según Long et al, en su estudio la edad media fue de 63 años en las pacientes llevadas al procedimiento quirúrgico. (39) En el presente estudio la media de edad en las mujeres fue de 68,1 años. Esto implica grupos de edad similares de sujetos entre los procedimientos de colpopexia vaginal.

En el presente estudio, el prolapso apical se encuentra presente en un 96,1% de las pacientes siendo el estadio IV el más frecuente en un 64,9% de los casos, 93,5% de las mujeres evaluadas presentaba prolapso anterior siendo el estadio IV el más frecuente en un 45,8% de los casos y el prolapso posterior se encontró en el 96,1% de los casos, siendo el estadio IV el más frecuente en un 52,7%.

Al realizar el primer control estipulado al mes de la cirugía con una muestra de 77 pacientes se evidencia prevalencia de prolapso anterior del 3,9%, ausencia de prolapso de compartimiento posterior y prolapso de compartimiento apical en el 1,3% de las pacientes. Lo anterior se relaciona con literatura en donde es común encontrar prolapsos genitales en sus diferentes localizaciones anatómicas y en un alto grado de compromiso, como se evidencia en el siguiente estudio de Becerro-Cortizas et al, en el que encontraron el prolapso de pared anterior como la recurrencia más frecuente, con un 18,12% de pacientes, distribuyéndose en un 3,7% en estadio I, un 92,6% en estadio II y un 3,7% en estadio III. El segundo lugar en frecuencia de la recurrencia fue la pared posterior, que afectó a un 11,4% de las pacientes. En el 5,9% de los casos fue estadio I y en el 94,1% restante, estadio II. Por último, el compartimiento que menos recurrencias registró fue el segmento apical, con un 4%, distribuyéndose un 66% en estadio II y un 33% en estadio III (36). Pagotto et al, encontraron que el 70,5% tenían prolapso posterior estadio III y el 29,5% estaban en estadio IV, de acuerdo con el POP-Q el 20,5% tenían prolapso de cúpula vaginal asociado con prolapso de pared posterior. (40)

En relación con la percepción de calidad de vida de las mujeres evaluadas, Ruiz de Viñaspre et al, observaron un mayor impacto en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria mixta, medida tanto en concepto de molestia con el UDI-6 como de afectación en los diferentes ámbitos de la vida con el IIQ-7.(41) En el presente estudio se encontró que el 60,5% referían urgencia urinaria, el 19,7% referían sensación de urgencia con mucha molestia, el 10,5% referían frecuentemente incontinencia urinaria de esfuerzo, 11,8% con micción obstruida y el 10,5% con dolor pélvico. Lo anterior relacionado con alteraciones en las actividades de esparcimiento, alteraciones de la movilidad en el 10,5% de los casos, alteraciones en la calidad de vida, salud emocional, vida social y actividad física en el 6,6% de las pacientes. Estos resultados son coherentes con la bibliografía consultada: la calidad de

vida de las mujeres se ve más afectada cuando su incontinencia urinaria presenta síntomas irritativos, probablemente por la imprevisibilidad de la pérdida, y la incontinencia mixta es la que obtiene peores resultados. Igualmente se ha establecido la asociación entre la frecuencia de la pérdida y la calidad vida de la mujer con incontinencia. (41)

Según la literatura, se sabe que los síntomas y los diagnósticos urodinámicos no siempre coinciden entre sí, y es común que las mujeres se quejen de más de un síntoma urinario. El uso del diagnóstico urodinámico permite una clasificación más objetiva para fines de análisis. (42) Sin embargo, al evaluar por sintomatología, Fan et al, encontraron que las mujeres diagnosticadas con alteraciones del piso pélvico tuvieron una mejoría significativa en UDI-6 y IIQ-7. En dicho estudio se obtuvo una muestra de 372 de 52,3 años en promedio y se practicaron los cuestionarios en un intervalo de 9,9 meses en promedio. Más del 65% registró una mejora tanto en UDI-6 como en IIQ-7 después del procedimiento. Estratificados según el diagnóstico urodinámico, el grupo de incontinencia de esfuerzo y aquellos que no tenían anormalidad tuvieron una mejoría significativa en sus síntomas urinarios. Los puntajes globales de UDI-6 y IIQ-7 también mejoraron significativamente después de la cirugía en los grupos donde la presentación clínica fue incontinencia de esfuerzo, síntomas de vejiga hiperactiva o incontinencia urinaria mixta (42). En el presente estudio, se encontró una diferencia significativa entre el puntaje de IDU-6 de las pacientes previo al procedimiento quirúrgico y al mes de realización del procedimiento. Esta diferencia permaneció significativa a los 6 meses de realizada la intervención (mediana de 25% a 8.3% a los seis meses). En este mismo sentido, se encontró una diferencia significativa entre el puntaje de IIQ-7 de las pacientes previo al procedimiento quirúrgico y al mes de realización del procedimiento. Esta diferencia permaneció significativa a los 6 meses de realizada la intervención (mediana de 22,2%% a 0 % a los seis meses). Lo anterior se relaciona con la literatura mostrada, en donde la mejoría de síntomas de incontinencia urinaria incide positivamente en la calidad de vida de las mujeres.

Sin embargo, existe un vacío en el conocimiento dado la ausencia de estudios que evalúen la mejoría de calidad de vida y síntomas de incontinencia urinaria posterior a la colpopexia vaginal, por lo cual no es posible en el momento comparar los hallazgos obtenidos en el presente estudio con la literatura global.

9. Conclusiones

La medición de calidad de vida en mujeres llevadas a intervenciones del piso pélvico con escalas previamente validadas ofrece resultados confiables que pueden ser usadas en futuras investigaciones.

De acuerdo con los datos obtenidos en el presente estudio, el promedio de edad de las pacientes intervenidas fue de 68 años, en un gran porcentaje cumplían con factores de riesgo descritos en la literatura para desarrollar prolapso genital como multiparidad, antecedente de parto con feto macrosómico, sobrepeso u obesidad. El 64.9% de las pacientes tenían antecedente de cirugía ginecológica de las cuales el 32.5% fueron sometidas previamente a histerectomía abdominal.

El 100% de las pacientes fueron llevadas a sacroespino colpopexia por vía vaginal sin realizar una discriminación de la técnica, presencia de malla o implementación de kit durante la técnica quirúrgica. De esta muestra de pacientes previo al procedimiento, el 96% cumplían con diagnostico de prolapso apical y posterior, el 92% de prolapso anterior según la clasificación del POPQ. Al realizar el control semestral se evidencio la presencia de prolapso anterior en el 22%, prolapso posterior el 5% y apical en el 2% de las pacientes de predominio estadio I.

Se evidencio una mejoría evidente en la encuesta de calidad de vida IIQ-7 previo al procedimiento y al realizar la comparación con los datos obtenidos en las encuestas de control mensual y semestral con un valor p estadísticamente significativo.

Se evidencio una mejoría evidente en las subescalas de incontinencia urinaria de urgencia y síntomas de obstrucción y/o dolor evaluado en la encuesta UDI-6 al realizar la comparación entre los datos obtenidos en la encuesta prequirúrgica y el control mensual y semestral con un valor p estadísticamente significativo. No se encuentro mejoría significativa al comparar la encuesta prequirúrgica con la de los controles en la subcategoría de incontinencia urinaria de esfuerzo.

La colpopexia vía vaginal parece ser una intervención que mejora la calidad de vida y síntomas de incontinencia urinaria de urgencia en mujeres con prolapso genital. Se requieren estudios a largo plazo para determinar la duración del beneficio y otras investigaciones sobre la relación costo-efectividad, y el uso de recursos en este tipo de procedimientos.

10. Limitaciones y recomendaciones

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentran las inherentes al diseño metodológico. Este estudio no tiene un grupo de control contra cual comparar los resultados de la cirugía en términos de calidad de vida. La mejora en los síntomas y la calidad de vida también podría deberse también a variables exógenas no tenidas en cuenta o no evaluadas por no disponibilidad de la información.

La perdida en el reporte de los puntajes en los diferentes momentos de seguimiento puede referir un sesgo de información que está implícito al revisar historias clínicas de manera retrospectiva. Por otro lado, el estudio fue realizado en un hospital de cuarto nivel, lo que limita la extrapolación de los resultados a otros centros que puedan presentar diferentes condiciones socioeconómicas en sus pacientes y los resultados de este estudio solo son inferibles a las pacientes incluidas en el y se requieren de más estudios para poder establecer algún grado de recomendación.

Todos los procedimientos en este estudio fueron realizados por un experto en piso pélvico y técnicas de colpexia vaginal, en la línea de tiempo en la que se realizaron los procedimientos el hospital no contaba con un experto par, lo cual permitiera realizar una comparación o ampliar la muestra.

Las encuestas de calidad de vida y síntomas de incontinencia urinaria son de auto diligenciamiento, lo cual se encuentra condicionado por la comprensión lectora, el nivel socio cultural y la auto comprensión de los síntomas y su impacto en la calidad de vida de cada una de las pacientes.

Sería recomendable efectuar nuevos estudios que evalúen la calidad de vida y los síntomas de incontinencia urinaria en una línea de tiempo más amplia, una segunda fase de evaluación de estas pacientes para determinar el impacto a largo plazo del procedimiento quirúrgico (2-3-5 años).

11. Referencias

1. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., van Kerrebroeck, P., Victor, A. and Wein, A. (2002). The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization subcommittee of the International Continence Society. Neurourology and Urodynamics, 21(2), pp.167-178.
2. Meister, M., Sutcliffe, S. and Lowder, J. (2017). Definitions of apical vaginal support loss: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 216(3), pp.232.e1-232.e14.
3. Cvach, K. and Dwyer, P. (2011). Surgical management of pelvic organ prolapse: abdominal and vaginal approaches. World Journal of Urology, 30(4), pp.471-477.
4. Espitia de la Hoz F. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Urología Colombiana. 2015;24(1):12-18.
5. MacLennan A, Taylor A, Wilson D, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000;107(12):1460-1470.
6. Garcia Lopez Antonio J. Prolapso de órganos pélvicos. Iatreia [Internet]. 2002 Mar [cited 2020 June 27] ; 15(1): 56-67.
7. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary Incontinence in Women Under 65: Quality of Life, Stress Related to Incontinence and Patterns of Seeking Health Care. Quality of Life Research. 2004;13(8):1381-1390.
8. Athanasopoulos A, Arlandis Guzmán S. Reevaluating the Health-Related Quality of Life Impact and the Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence. European Urology Supplements. 2011;10(1):3-7.
9. Jelovsek, J., Maher, C. and Barber, M. (2007). Pelvic organ prolapses. The Lancet, 369(9566), pp.1027-1038.
10. Ellerkmann, R., Cundiff, G., Melick, C., Nihira, M., Leffler, K. and Bent, A. (2001). Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 185(6), pp.1332-1338.
11. Marinkovic, s. and stanton, s. (2004). Incontinence and Voiding Difficulties Associated with Prolapse. The Journal of Urology, 171(3), pp.1021- 1028.

12. Shull, B. (1999). Pelvic organ prolapse: Anterior, superior, and posterior vaginal segment defects. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 181(1), pp.6-11.
13. DeLancey J. Anatomie aspects of vaginal eversion after hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1992;166(6):1717-1728.
14. Patil, A. and Duckett, J. (2010). Effect of prolapse repair on voiding and bladder overactivity. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 22(5), pp.399-403.
15. Ellington, D. and Richter, H. (2013). The Role of Vaginal Mesh Procedures in Pelvic Organ Prolapse Surgery in View of Complication Risk. Obstetrics and Gynecology International, 2013, pp.1-7.
16. Freeman, R. and Lose, G. (2009). The great mesh debate. International Urogynecology Journal, 20(8), pp.889-891.
17. Papa Petros, P. (1997). New ambulatory surgical methods using an anatomical classification of urinary dysfunction improve stress, urge and abnormal emptying. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 8(5), pp.270-277.
18. Petros PE, Chapter 6 · Mapping the Dynamics of Connective Tissue Dysfunction Urodynamics–An Anatomical Perspective, in The Female Pelvic Floor, Springer Heidelberg 3rd edition, 2010, pp.227-257
19. Miklos, J., Chinthakanan, O., Moore, R., Mitchell, G., Favors, S., Karp, D., Northington, G., Nogueiras, G. and Davila, G. (2015). The IUGA/ICS classification of synthetic mesh complications in female pelvic floor reconstructive surgery: a multicenter study. International Urogynecology Journal, 27(6), pp.933-938.
20. De Landsheere, L., Munaut, C., Nusgens, B., Maillard, C., Rubod, C., Nisolle, M., Cosson, M. and Foidart, J. (2013). Histology of the vaginal wall in women with pelvic organ prolapse: a literature review. International Urogynecology Journal, 24(12), pp.2011-2020.
21. Petros, Peter & Woodman, Patrick. (2008). The Integral Theory of continence. International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction. 19. 35-40. 10.1007/s00192-007-0475-9.
22. Seim, A. and Hunskaar, S. (2000). Female urinary incontinence — the role of the general practitioner. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 79(12), pp.1046- 1051.

23. Vierhout, M. and Fütterer, J. (2012). Extreme cervical elongation after sacrohysteropexy. International Urogynecology Journal, 24(9), pp.1579-1580.
24. Smith F, Holman C, Moorin R, Tsokos N. Lifetime Risk of Undergoing Surgery for Pelvic Organ Prolapse. Obstetrics & Gynecology.2010;116(5):1096-1100.
25. Gill E, Hurt w. pathophysiology of pelvic organ prolapse. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.1998;25(4):757-769.
26. Petros, P. and Ulmsten, u. (1990). an integral theory of female urinary incontinence. acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 69(S153), pp.7-31.
27. Mamik, M., Rogers, R., Qualls, C. and Komesu, Y. (2013). Goal attainment after treatment in patients with symptomatic pelvic organ prolapse. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 209(5), pp.488.e1-488.e5.
28. Barber, M. and Maher, C. (2013). Apical prolapse. International Urogynecology Journal, 24(11), pp.1815-1833.
29. Serati M, Braga A, Bogani G, Leone Roberti Maggiore U, Sorice P, Ghezzi F et al. Iliococcygeus fixation for the treatment of apical vaginal prolapse: efficacy and safety at 5 years of follow-up. International Urogynecology Journal. 2015;26(7):1007-1012.
30. Larson K, Smith T, Berger M, Abernethy M, Mead S, Fenner D et al. Long-Term Patient Satisfaction with Michigan Four-Wall Sacrospinous Ligament Suspension for Prolapse. Obstetrics & Gynecology.2013;122(5):967-975.
31. Unger C, Walters M, Ridgeway B, Jelovsek J, Barber M, Paraiso M. Incidence of adverse events after uterosacral colpopexy for uterovaginal and post-hysterectomy vault prolapse. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2015;212(5): 603.e1-603.e7.
32. Murphy M. Clinical Practice Guidelines on Vaginal Graft Use from the Society of Gynecologic Surgeons. Obstetrics & Gynecology.2008;112(5):1123-1130.
33. Wein A. Re: FDA Safety Communication: Update on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse. The Journal of Urology.2011;186(6):2328-2330.
34. Heft, J.S., Adam, R.A. Apical Prolapse: Is There a Best Approach?. Curr Bladder Dysfunct Rep 13, 101–110 (2018).

35. Donovan JL, Badia X, Corcos J, et al. Symptom and quality of life assessment. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al., editors. Incontinence. 2nd ed. Plymouth, UK: Health Publication; 2002.p.267–316.
36. Ruiz de Viñaspre Hernández, Regina, Tomás Aznar, Concepción, & Rubio Aranda, Encarnación. (2011). Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas. Gaceta Sanitaria, 25(5), 379-384.
37. Shumaker, S. A., Wyman, J. F., Uebersax, J. S., McClish, D., & Fantl, J. A. (1994). Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program in Women (CPW) Research Group. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 3(5), 291–306.
38. ASMM. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. El D del Col Am Dent. 2014;81(3):14.
39. Shumaker S, Wyman JP, Uebersax JS, et al. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinen the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Qual Life Res. 1994; 3:291-306.
40. Pagotto Vitor, Palma Paulo, Riccetto Cassio, Bigozzi Miguel. Colpopéxia transcoccígea con malla de polipropileno con orificios facilitadores de la integración en la corrección del prolapso de la pared posterior de la vagina: resultados anatómicos y funcionales. Actas Urol Esp [Internet]. 2009 abr [citado 2020 mayo 29]; 33(4): 402-409.
41. Ruiz de Viñaspre Hernández Regina, Tomás Aznar Concepción, Rubio Aranda Encarnación. Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas. Gac Sanit [Internet]. 2011 oct [citado 2020 mayo 29]; 25(5): 379-384.
42. Fan, H. L., Chan, S. S. C., Law, T. S. M., Cheung, R. Y. K., & Chung, T. K. H. (2013). Pelvic floor muscle training improves quality of life of women with urinary incontinence: a prospective study. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 53(3), 298–304.

43. Long CY, Wang CL, Ker CR, Juan YS, Tsai EM, Lin KL. Laparoscopic Organopexy with Non-mesh Genital (LONG) Suspension: A Novel Uterine Preservation Procedure for the Treatment of Apical Prolapse. Sci Rep. 2018 Mar 20;8(1):4872.
44. Becerro Cortizas, A., Aizpitarte Gorrochategui, I., & Díez-Itza, I. (2006). Resultado de la cirugía del prolapso del suelo pélvico a largo plazo. Progresos de Obstetricia y Ginecología, 49(12), 701–711.
45. Musibay, Enia Ramón, & Borges Sandrino, René Santiago. (2016). Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 42(3), 372-385.

11. Anexos

11.1. Anexo 1.

Formato de recolección de información (cuestionario)

PROTOCOLO ESTUDIO COLPOPEXIA CON MALLA PARA RECONSTRUCCION DE PISO PELVICO HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR – MEDERI PRIMERA EVALUACION

NOMBRE: FECHA:

CC:

EDAD:

TELEFONO:

CELULAR No1:

CELULAR No 2:

MOTIVO DE CONSULTA: ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES QX:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales

TA:

FC:

FR:

PESO:

TALLA:

IMC:

Abdomen:

TV:

POPQ:

EXAMENES COMPLEMENTARIO PO:

UROCULTIVO:

ECOGRAFIA:

URODINAMIA: DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO:

EVALUACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA:

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO UDI-6

INDIQUE SI TIENE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS, Y SI ES ASÍ CUANTO LE MOLESTAN:

1. La necesidad de orinar más frecuentemente
2. Perdida de orina, unida a sensación de urgencia (necesidad de ir urgente al baño)
3. Perdida de orina cuando realiza una actividad física (estornudar, caminar, toser)
4. Perdida de orina en pequeñas cantidades(gotas)
5. Dificultad para vaciar su vejiga
6. Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO IIQ-7:

INDIQUE SI LAS PERDIDAS DE ORINA LE HAN AFECTADO EN LOS SIGUIENTES AMBITOS

Capacidad para realizar las tareas domésticas (cocinar, limpiar, lavar)

Actividades físicas de recreo, como caminar, nadar o algún otro ejercicio

Actividades de ocio, cine, conciertos, etc.

Capacidad para viajar en coche o en autobús a más de 30 minutos de su hogar

Participación en actividades fuera del hogar

Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)

le provoca frustración

COMPLICACIONES

Infección SI: NO: CUAL:

Hematoma SI: NO:

Lesión y/o SI: NO: Perforación órganos

CUAL

Re-operación SI: NO:

Dehiscencia de SI: NO: Sutura

Problemas SI: NO: Neuromusculares

OTRO: SI: NO: CUAL:

COMENTARIOS:

PROTOCOLO ESTUDIO COMPLICACIONES COLPOPEXIA CON MALLAPARA RECONSTRUCCION DE PISO PELVICO HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR– MEDERI SEGUNDA EVALUACION PRIMER MES POP

NOMBRE: FECHA:

CC:

EDAD:

TELEFONO:

CELULAR No1:

CELULAR No 2:

FECHA DE CIRUGIA:

CIRUGIA:

EVALUACION SUBJETIVA DE LA MEJORIA DEL PROLAPSO:

¿Con respecto al estado previo a la cirugía usted cómo se siente?

MUCHO MEJOR:

MEJOR:

IGUAL:

PEOR:

MUCHO PEOR:

VALORACION OBJETIVA DEL PROLAPSO POPQ:

EVALUACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA:

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO UDI-6:

INDIQUE SI TIENE LOS SIGUIENTES

PROBLEMAS, Y SI ES ASÍ CUANTO LE MOLESTAN:

1. La necesidad de orinar más frecuentemente

2. Perdida de orina, unida a sensación de urgencia (necesidad de ir urgente al baño)
3. Perdida de orina cuando realiza una actividad física (estornudar, caminar, toser)
4. Perdida de orina en pequeñas cantidades(gotas)
5. Dificultad para vaciar su vejiga
6. Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO IIQ-7:

INDIQUE SI LAS PERDIDAS DE ORINA LE HAN AFECTADO EN LOS SIGUIENTES AMBITOS

Capacidad para realizar las tareas domésticas (cocinar, limpiar, lavar)
Actividades físicas de recreo, como caminar, nadar o algún otro ejercicio
Actividades de ocio, cine, conciertos, etc.
Capacidad para viajar en coche o en autobús a más de 30 minutos de su hogar
Participación en actividades fuera del hogar
Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)
le provoca frustración
COMPLICACIONES
Exposición: SI: NO: Exposición Extrusión Erosión
Infección: SI: NO: CUAL:
Dolor pélvico: SI: NO:
Dispareunia: SI: NO:
y/o dolor vaginal Retracción: SI: NO:
Re-operación: SI: NO:
Problemas SI: NO:
Neuromusculares OTRO: SI: NO:
CUAL:

PROTOCOLO ESTUDIO COMPLICACIONES COLPOPEXIA CON MALLAPARA RECONSTRUCCION DE PISO PELVICO HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR– MEDERI TERCERA EVALUACION SEXTO MES POP

NOMBRE:

FECHA:

CC:

EDAD:

TELEFONO:

CELULAR No1:

CELULAR No 2:

FECHA DE CIRUGIA:

CIRUGIA:

EVALUACION SUBJETIVA DE LA MEJORIA DEL PROLAPSO:

¿Con respecto al estado previo a la cirugía usted cómo se siente?

MUCHO MEJOR:

MEJOR:

IGUAL:

PEOR:

MUCHO PEOR:

VALORACION OBJETIVA DEL PROLAPSO POPQ:

EVALUACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA:

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO UDI-6:

INDIQUE SI TIENE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS, Y SI ES ASÍ CUANTO LE MOLESTAN:

1. La necesidad de orinar más frecuentemente
2. Perdida de orina, unida a sensación de urgencia (necesidad de ir urgente al baño)

3. Perdida de orina cuando realiza una actividad física (estornudar, caminar, toser)
4. Perdida de orina en pequeñas cantidades(gotas)
5. Dificultad para vaciar su vejiga
6. Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO IIQ-7:

INDIQUE SI LAS PERDIDAS DE ORINA LE HAN AFECTADO EN LOS SIGUIENTES AMBITOS

Capacidad para realizar las tareas domésticas (cocinar, limpiar, lavar)

Actividades físicas de recreo, como caminar, nadar o algún otro ejercicio

Actividades de ocio, cine, conciertos, etc.

Capacidad para viajar en coche o en autobús a más de 30 minutos de su hogar

Participación en actividades fuera del hogar

Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)

le provoca frustración

COMPLICACIONES

Exposición: SI: NO: Exposición Extrusión Erosión

Infección:

CUAL: SI: NO:

Dolor pélvico: SI: NO:

Dispareunia:

y/o dolor vaginal SI: NO:

Retracción: SI: NO:

Re-operación: SI: NO:

Problemas

Neuromusculares SI: NO:

OTRO: SI: NO:

CUAL:

COMENTARIOS: