

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PERFIL CLÍNICO Y COMPLICACIONES DE LAS ADULTAS MAYORES CON
PROLAPSO UROGENITAL QUE UTILIZAN PESARIO EN LA CLÍNICA DE
INCONTINENCIA URINARIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2014 A OCTUBRE
2018

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en
Especialidades Médicas para optar al grado y título de Médico Especialista en Geriatria y
Gerontología

DRA. PILAR CARMONA MENA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2019

Dedicatoria

A mi abuelita Rosita, quien me enseñó a sonreír en medio de las pruebas, a ser generosa y agradecida, a tomar la vida con humor y amar siempre con todo el corazón.

Te amo hasta el cielo.

Agradecimientos

Siempre es tiempo de dar gracias.

Quiero agradecer a Dios, por darme fuerza para llegar hasta acá.

A mi familia, por apoyarme siempre en las metas que me he propuesto.

*A mis amigos y a mis compañeros de residencia, por acompañarme todos estos años
en este viaje.*

A mis profesores, por enseñarme y guiarme en el proceso de la residencia.

*A la Dra. Andrea Umaña, por acompañarme como tutora en este proyecto de tesis,
en los buenos momentos de la residencia y en los más difíciles también.*

*A la Dra. Karina Chacón, por su apoyo en todo el proceso de realización de este
proyecto.*

A mis pacientes, por hacer que cada día reencontrara mi motivo para seguir.

*Al servicio de neurología y neurocríticos del Hospital Calderón Guardia, porque
sin ellos no estaría alcanzando esta meta.*

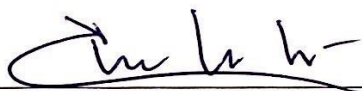
Siempre, siempre es tiempo de dar gracias.

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Geriátría y Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Médico Especialista en Geriátría y Gerontología”



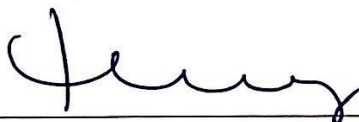
Dr. Daniel Valerio Aguilar

**Director del Programa de Posgrado
en Geriátría y Gerontología**



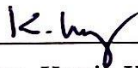
Dra. Andrea Umaña Álvarez

Directora de tesis



Dra. Karina Chacón González

Lectora



Dra. Katrin Kulzer Homann

Lectora



Dra. Pilar Carmona Mena

Sustentante

Tabla de contenidos

| | |
|---|------|
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimientos | iii |
| Resumen | viii |
| Lista de tablas | ix |
| Lista de gráficos | xi |
| Lista de abreviaturas..... | xiii |
| Capítulo I. Introducción..... | 1 |
| 1.1. Introducción y justificación del estudio | 1 |
| Capítulo II. Marco teórico | 3 |
| 2.1. Prolapso de órganos pélvicos | 3 |
| 2.1.1. Epidemiología. | 3 |
| 2.1.2. Anatomía del piso pélvico..... | 4 |
| 2.1.3. Fisiopatología. | 6 |
| 2.1.4. Diagnóstico y clasificación. | 6 |
| 2.1.5. Factores de riesgo. | 7 |
| 2.1.6. Tratamiento. | 9 |
| 2.1.6.1. Manejo quirúrgico. | 9 |
| 2.1.6.2. Manejo no quirúrgico. | 11 |
| 2.2. Pesarios..... | 12 |
| 2.2.1. Definición e historia. | 12 |
| 2.2.2. Antecedentes. | 12 |
| 2.2.3. Tipos de pesarios. | 13 |
| 2.2.4. Indicaciones..... | 14 |
| 2.2.5. Contraindicaciones. | 15 |

| | |
|--|----|
| 2.2.6. Procedimiento..... | 15 |
| 2.2.7. Seguimiento y cuidado..... | 16 |
| 2.2.8. Calidad de vida..... | 17 |
| 2.2.9. Vida sexual en la mujer adulta mayor..... | 18 |
| 2.2.10. Complicaciones..... | 19 |
| 2.2.11. Causas de suspensión..... | 20 |
| Capítulo III. Objetivos..... | 21 |
| 3.1. Objetivo general..... | 21 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 21 |
| Capítulo IV. Metodología..... | 22 |
| 4.1. Tipo de estudio..... | 22 |
| 4.2. Diseño del estudio..... | 22 |
| 4.2.1. Criterios de inclusión de las participantes..... | 22 |
| 4.2.2. Criterios de exclusión de los participantes..... | 22 |
| 4.3. Descripción de variables..... | 23 |
| 4.3.1. Variables cualitativas..... | 23 |
| 4.3.2. Variables cuantitativas..... | 25 |
| 4.4. Análisis estadístico..... | 25 |
| Capítulo V. Discusión de resultados..... | 26 |
| 5.1. Resultados de datos y análisis estadísticos..... | 26 |
| 5.2. Perfil clínico..... | 26 |
| 5.2.1. Características sociodemográficas..... | 26 |
| 5.2.2. Antecedentes ginecoobstétricos y de patología del piso pélvico..... | 28 |
| 5.2.2.1. Gravidez y paridad..... | 28 |
| 5.2.2.2. Trauma obstétrico..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 5.2.2.3. Menopausia y terapia de reemplazo hormonal. | 30 |
| 5.2.2.4. Vida sexual activa..... | 31 |
| 5.2.2.5. Antecedentes quirúrgicos..... | 33 |
| 5.2.2.6. Incontinencia urinaria y fecal. | 34 |
| 5.2.2.7. Defecto anatómico. | 36 |
| 5.2.3. Otros factores de riesgo. | 37 |
| 5.3. Tipos de pesarios..... | 41 |
| 5.4. Evolución clínica | 42 |
| 5.4.1. Tiempo de uso del pesario. | 42 |
| 5.4.2. Persona que realiza los cambios del pesario. | 43 |
| 5.4.3. Uso de estrógenos vaginales. | 44 |
| 5.4.4. Mejoría subjetiva. | 46 |
| 5.4.5. Necesidad de cambio del pesario. | 47 |
| 5.5. Complicaciones..... | 48 |
| 5.6. Causas de suspensión | 50 |
| Capítulo VI. Conclusiones..... | 52 |
| Capítulo VII. Recomendaciones y limitaciones..... | 54 |
| 7.1. Recomendaciones | 54 |
| 7.2. Limitaciones | 55 |
| Bibliografía | 56 |
| Anexos | 61 |
| Anexo 1. Hoja de recolección de datos..... | 61 |
| Anexo 2. Hoja de aprobación de filología | 63 |
| Anexo 3. Guía de autocuidado del pesario vaginal (dirigida a la paciente o al cuidador) | 64 |

Resumen

Los trastornos del piso pélvico afectan a la mayoría de las mujeres a lo largo de la vida, el prolapso de órganos pélvicos (POP) es uno de los problemas más comunes. El riesgo de sufrir POP aumenta con la edad, así como la posibilidad de requerir cirugía para su resolución. Esta condición produce síntomas que afectan la funcionalidad y calidad de vida de las pacientes, por lo que intervenirlos es prioritario. El manejo del POP puede ser conservador o quirúrgico. Por su parte, el pesario vaginal es parte del tratamiento no invasivo que ha sido ampliamente utilizado desde hace miles de años, considerado hoy en día como una alternativa de primera línea para el manejo de esta patología y que se cataloga como un tratamiento altamente costo efectivo.

En el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología (HNGG), las adultas mayores con POP son abordadas de manera conservadora con la colocación de pesarios. El presente estudio se realizó con el objetivo de caracterizar el perfil clínico de las pacientes adultas mayores con prolapso urogenital que utilizan pesario en la Clínica de Incontinencia Urinaria del HNGG, en el periodo comprendido de enero del 2014 a octubre del 2018.

Para llevarlo a cabo, se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo de registros médicos, analizando la información en los expedientes de las adultas de 60 años o más que se encontraran en la base de datos de usuarias de pesario vaginal de la Clínica de Incontinencia del HNGG. Se recolectaron datos de un total de 98 pacientes con respecto a variables sociodemográficas, antecedentes ginecoobstétricos, otros antecedentes reconocidos como factores de riesgo, variables en relación con la evolución de las pacientes durante el uso del tratamiento, complicaciones y las causas de suspensión del pesario.

La población del estudio en su mayoría se trató de pacientes en el rango de edad entre 70 y 74 años, vecinas de San José y casadas. El cistocele fue el defecto anatómico más frecuente, también fue usual el hallazgo de más de un órgano prolapsado. Dentro de los factores de riesgo descritos en la literatura encontrados en la población, el más habitual fue la multiparidad, seguido por los antecedentes de tabaquismo, obesidad, antecedente de enfermedad pulmonar, edad de aparición de la menopausia y antecedentes de cirugía pélvica. Se encontró un alto reporte de incontinencia urinaria (IU) en las pacientes incluidas en el estudio.

El pesario más utilizado fue el tipo anillo, relacionado con menor número de complicaciones. Los cambios de pesario en las pacientes, por lo general, fueron llevados a cabo en el hospital. De las pacientes que se mantienen activas, un 67% ha utilizado el pesario por un año o más. La complicación más frecuente fue la caída involuntaria del pesario, no se documentaron complicaciones severas y hubo una relación directa entre no usar estrógenos, el uso de pesarios tipo dona o uretrales y la aparición de complicaciones. La mayoría de las pacientes reportaron haber tenido mejoría subjetiva y la causa más frecuente de suspensión del pesario fue porque optaron por un manejo quirúrgico, en un 13.2% de los casos.

Con este estudio se logra, además, transmitir a la población médica esta alternativa terapéutica y sus beneficios, con el fin de que se incorpore a su práctica clínica y así optimizar el tratamiento para adultas mayores con esta patología.

Lista de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario. Enero 2014-octubre 2018..... | 27 |
| Tabla 2. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de trauma obstétrico, según grado del defecto anatómico. Enero 2014-octubre 2018. | 29 |
| Tabla 3. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según indicaron tener o no una vida sexual activa. Enero 2014-octubre 2018..... | 32 |
| Tabla 4. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presencia de antecedente quirúrgico pélvico. Enero 2014-octubre 2018. | 33 |
| Tabla 5. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de antecedente quirúrgico, según grado del defecto anatómico. Enero 2014-octubre 2018..... | 33 |
| Tabla 6. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tipo de incontinencia urinaria que presentaron. Enero 2014-octubre 2018..... | 34 |
| Tabla 7. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tipo de defecto anatómico que presentaron. Enero 2014-octubre 2018. | 36 |
| Tabla 8. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según grado del defecto anatómico que presentaron. Enero 2014-octubre 2018. | 37 |

| | |
|---|----|
| Tabla 9. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de constipación, según grado del defecto anatómico. Enero 2014-octubre 2018. | 39 |
| Tabla 10. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presencia o no de constipación. Enero 2014-octubre 2018. | 40 |
| Tabla 11. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que suspendieron el uso del pesario, según tiempo de uso del pesario. Enero 2014-octubre 2018. | 43 |
| Tabla 12. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según uso de estrógenos. Enero 2014-octubre 2018. | 45 |
| Tabla 13. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de mejoría subjetiva, según suspensión o no del uso del pesario. Enero 2014-octubre 2018. | 47 |
| Tabla 14. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presentaron o no necesidad de cambio del tipo o tamaño de pesario. Enero 2014-octubre 2018. | 48 |
| Tabla 15. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de complicación, según tipo de persona que realiza el cambio de pesario. Enero 2014-octubre 2018. | 49 |
| Tabla 16. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario y se suspendió su uso, según causa de suspensión del pesario. Enero 2014-octubre 2018. | 51 |

Lista de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según paridad. Enero 2014-octubre 2018. | 28 |
| Gráfico 2. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según edad de presentación de la menopausia. Enero 2014-octubre 2018. | 31 |
| Gráfico 3. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por antecedente de vida sexual activa, según tipo de pesario. Enero 2014-octubre 2018..... | 32 |
| Gráfico 4. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presencia o no de incontinencia fecal. Enero 2014-octubre 2018. | 35 |
| Gráfico 5. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según indicaron consumir o no tabaco. Enero 2014-octubre 2018. | 38 |
| Gráfico 6. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según índice de masa corporal. Enero 2014-octubre 2018. | 38 |
| Gráfico 7. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presencia de enfermedad respiratoria crónica. Enero 2014-octubre 2018. | 40 |
| Gráfico 8. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tipo de pesario utilizado. Enero 2014-octubre 2018. | 41 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 9. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tiempo de uso del pesario. Enero 2014-octubre 2018..... | 42 |
| Gráfico 10. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según persona que realiza el cambio del pesario. Enero 2014-octubre 2018. | 44 |
| Gráfico 11. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de complicación, según uso de estrógenos. Enero 2014-octubre 2018..... | 45 |
| Gráfico 12. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario e indicaron presentar mejoría subjetiva, según síntoma que mejoró. Enero 2014-octubre 2018. | 46 |
| Gráfico 13. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tipo de complicación reportada. Enero 2014-octubre 2018..... | 48 |
| Gráfico 14. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de complicaciones, según tipo de pesario utilizado. Enero 2014-octubre 2018... | 50 |

Lista de abreviaturas

IU: incontinencia urinaria

POP: prolapso de órganos pélvicos

IMC: índice de masa corporal

TRH: terapia de reemplazo hormonal

HNGG: Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología

FDA: Food and Drug Administration

IPPP: Inventario de Problemas del Piso Pélvico

CIPP-7: Cuestionario de Impacto del Piso Pélvico-7

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Capítulo I. Introducción

1.1. Introducción y justificación del estudio

Los defectos del piso pélvico afectan a la mayoría de las mujeres a lo largo de la vida, la incontinencia urinaria (IU) y el prolapso de órganos pélvicos (POP) son los trastornos más comunes. Además, las mujeres mayores de 80 años constituyen el sector de la sociedad de mayor crecimiento y tanto la incidencia como la prevalencia del POP aumentan con la edad, lo que hace que se trate de un problema cada día más frecuente en la práctica médica. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en Costa Rica el tamaño de la población adulta mayor aumentará de manera importante en los próximos 40 años, pasará de 315 mil personas en el 2012 a un poco más de un millón en el 2050, por lo que este fenómeno no se escapa de la realidad costarricense. (1–5)

El tratamiento del POP puede ser conservador, ya sea observación y entrenamiento de músculos del piso pélvico en casos leves asintomáticos, colocación de pesario, o bien, tratamiento quirúrgico. El objetivo principal del tratamiento es aliviar aspectos específicos de la disfunción del piso pélvico, incluyendo síntomas urinarios, defecatorios y propios del prolapso, así como mejorar la calidad de vida de las pacientes. (3,6–8)

El pesario vaginal es un tratamiento no invasivo para el manejo de POP que ha sido ampliamente utilizado desde hace miles de años. Si bien el uso de pesarios era reservado para pacientes no candidatas a cirugía, ya fuera por sus comorbilidades o expectativa de vida, actualmente es una alternativa de primera línea para manejo de esta patología, por lo que a las mujeres que presentan síntomas secundarios a esta condición se les debe ofrecer dicha opción terapéutica. (3,9,10)

Se describe en la literatura un riesgo a lo largo de la vida de la mujer de ser sometida a cirugía para reparación de POP o de IU, de un 11%. De estas pacientes, hasta un 30% llega a requerir una reintervención. (11)

Se ha reportado similar mejoría en parámetros como calidad de vida, síntomas urinarios e intestinales, al comparar pacientes que utilizan pesario con las que se han sometido a cirugía, tomando en cuenta que esta última tiene mayor riesgo de complicaciones y es un tratamiento menos costo efectivo. En un estudio realizado por Coolen et al., de las pacientes que eligen de manera inicial utilizar pesario para manejo de POP, el 72% no optó por manejo quirúrgico posteriormente. Un porcentaje similar se reportó en el estudio de Clemons et al., donde un 73% de las pacientes continuaron utilizando pesario sin optar por una cirugía para reparación del prolapso. (12,13)

Los problemas ginecológicos comprenden una parte importante de la atención geriátrica, ya que se pueden producir grandes impactos en la función y la calidad de vida de las pacientes al abordarlos. En la actualidad, en Costa Rica, no se cuenta con estudios que aborden esta patología altamente prevalente en la población adulta mayor. Por lo cual, con este proyecto de tesis se busca caracterizar el perfil clínico de las pacientes adultas mayores con prolapso urogenital que utilizan pesario en la Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, en el periodo comprendido de enero del 2014 a octubre del 2018 e identificar las complicaciones menores y mayores asociadas con el uso de pesarios en la población, con el fin de desarrollar estrategias de prevención de las mismas y disminuir así la incidencia de estas, además de determinar cuáles han sido las causas de suspensión del pesario en estas pacientes. (14,15)

Transmitir a la población médica esta alternativa terapéutica y sus beneficios puede ayudar a incorporar esta opción de tratamiento a su práctica clínica y optimizar el tratamiento para adultas mayores con dicha patología, al captar un mayor número de pacientes. Al establecer las características específicas de la población de estudio, será posible realizar una guía a las pacientes para la toma de una decisión informada con respecto al uso del dispositivo con base en la experiencia propia de la práctica en la Clínica de Incontinencia del Hospital.

Capítulo II. Marco teórico

2.1. Prolapso de órganos pélvicos

El prolapso de órganos pélvicos es el desplazamiento hacia abajo de los órganos pélvicos, incluido el útero, la vejiga, el recto o la vagina, dentro o a través de la vagina. Por su parte, la disfunción del piso pélvico engloba un grupo de condiciones que incluye incontinencia urinaria y fecal, disfunción defecatoria, disfunción sexual, dolor pélvico, prolapso de órganos pélvicos, entre otras. Específicamente, el POP representa un problema mayor de salud para las mujeres mayores que afecta en algún grado hasta la mitad de las mujeres mayores de 50 años. (16, 17,18)

El POP puede afectar la calidad de vida, al limitar la actividad física, favorecer la depresión y una pobre imagen corporal, así como disminuye la participación en actividades sociales. Así mismo, los efectos fisiológicos del POP pueden incluir síntomas vesicales, intestinales y sexuales. Los estudios han mostrado que el impacto de esta patología en la calidad de vida es significativo, sin importar el grado del prolapso. Por todas estas razones, el POP es actualmente una de las mayores preocupaciones de salud en la población adulta mayor femenina. (4,14,16,19)

La escasez de estudios que evalúen el rol de estrategias de prevención en el desarrollo de POP limita la manera en que se puede aconsejar a las pacientes para prevenir esta condición. Dado el alto costo asociado al tratamiento y el alto riesgo de recurrencia posterior a cirugía, el POP puede representar una carga económica para el sistema de salud. (18)

2.1.1. Epidemiología.

El prolapso de órganos pélvicos puede afectar a mujeres de todas las edades, pero es más frecuente en pacientes geriátricas. La prevalencia se espera que aumente en un 50% del 2010 al 2050. Sin embargo, la prevalencia exacta del prolapso genital se desconoce, debido en parte a la falta de consenso y a la gran variabilidad de clasificaciones utilizadas en los

distintos estudios, lo cual imposibilita compararlo y obtener una cifra en común. (4,7,8,18,20,21,22)

Dependiendo de la definición de POP, según el punto de corte para clasificar el mismo, la prevalencia varía de 25 a 97% de la población. Una encuesta en mujeres de la comunidad, publicada por Chow et al., reveló una prevalencia de 6% basada en reporte de síntomas y grado de molestia, lo que muestra que muchas pacientes con POP son asintomáticas. Este mismo estudio realizado en mujeres de Estados Unidos, entre 50 y 79 años, encontró presencia de prolapso en un 41.1% de esta población, con aproximadamente un tercio de las pacientes con afección del compartimento vaginal anterior, un 18% el compartimento posterior y un 14.2% con prolapso uterino; fue más frecuente el prolapso anterior. Por otro lado, el POP usualmente se debe a una disfunción global del piso pélvico, por lo que es común que las pacientes se presenten con POP en múltiples compartimentos, ya sea anterior, apical o posterior. (18,23)

En Estados Unidos, más de 226 000 mujeres se someten a cirugía de POP anualmente y los costos directos del manejo de esta condición están estimados en más de un billón de dólares, costo que se espera que crezca relacionado con el envejecimiento de la población. A su vez, en un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 150 000 mujeres, Olsen et al. estiman que el riesgo de ir a cirugía de incontinencia urinaria o prolapso en Estados Unidos durante la vida (hasta los 80 años) es de 11,1% y de estos casos, dos tercios de las indicaciones fueron por prolapso de órganos pélvicos. (18,22)

Al comprender la epidemiología y la historia natural del POP, es posible mejorar el tratamiento a esta población y posteriormente desarrollar estrategias para prevenirlo. (18)

2.1.2. Anatomía del piso pélvico.

Para comprender la etiopatogenia del POP, es necesario conocer la anatomía del piso pélvico, la cual es una estructura compleja que sostiene los órganos pélvicos. Está formado

por una serie de estructuras musculares y aponeuróticas, además de los huesos de la pelvis. (17,22,24)

Los músculos del suelo pélvico se pueden dividir en grupos según su localización anatómica. El plano profundo está conformado por el músculo elevador del ano, los isquiococcígeos y el músculo piramidal de la pelvis. Están encargados del soporte principal de los órganos pélvicos y su contracción provoca que se desplacen en sentido antero craneal. Intervienen, además, en la continencia anal activa y pasiva, y actúan como un segundo esfínter durante los aumentos de presión abdominal y la interrupción voluntaria del chorro miccional. (17,22)

En el plano medio se encuentran la aponeurosis perineal media, el músculo transverso profundo y el esfínter externo de la uretra, el cual mantiene una contracción permanente que permite la continencia urinaria y al relajarse de manera voluntaria, se desencadena el acto miccional. Por último, el plano superficial está formado por los músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos y transverso superficial. (17)

La musculatura perineal actúa en sinergismo con la musculatura de la pared abdominal, constituida por los músculos rectos del abdomen, oblicuos externo e interno y el transverso del abdomen. (17)

Por su parte, la vagina es una estructura fibromuscular que se une a la fascia del elevador del ano mediante la fascia endopélvica, la cual es una capa densa y fibrosa de tejido conectivo, que fija el cérvix y la vagina a las paredes pélvicas. Además, la vagina divide a la pelvis en tres compartimentos: el anterior compuesto por la vejiga y la uretra, el posterior compuesto por el recto y el ano, además del medio por la vagina y el útero o la cúpula vaginal. (22,24)

Los músculos del suelo pélvico son clasificados histológicamente como músculos estriados, poseen diferentes tipos de fibras musculares; el elevador del ano y los músculos periuretrales están compuestos en el 70 % por fibras tipo I (fibras lentas), encargadas del

mantenimiento del tono constante y la continencia urinaria en reposo; y el 30 % por fibras tipo II (fibras rápidas), las cuales se reclutan durante el aumento de la presión intraabdominal aumentando la presión de cierre uretral. Es posible entrenar estos músculos para aumentar su fuerza, mejorando la función y disminuyendo así los síntomas. (17)

Además de la función de soporte, el suelo pélvico participa en la labor de parto y en los procesos de sexualidad. La tensión crónica, debilidad o lesión de estas estructuras musculares puede resultar en prolapso de órganos pélvicos, así como incontinencia urinaria, fecal, trastornos de vaciamiento y disfunción sexual. (17,22,25,26)

2.1.3. Fisiopatología.

La fisiopatología del prolapso es multifactorial, puede deberse a incompetencia del suelo pélvico por hipotonía, baja fuerza de contracción o ausencia de automatismo durante un esfuerzo abdominal, incapacidad de la musculatura abdominal para orientar las presiones generadas durante un esfuerzo, hipertonía del diafragma torácico y alteraciones de la estática lumbo-pélvica. La alteración de los músculos elevadores del ano y del núcleo fibroso del periné es el origen más frecuente. (17)

La laxitud del piso pélvico depende de la lesión muscular y de un debilitamiento progresivo consecuencia de la degradación del tejido conectivo, denervación pélvica, devascularización y modificaciones anatómicas. Lo anterior resulta en una disminución de la fuerza mecánica y una función disinérgica del piso pélvico predisponiendo al POP. (27)

2.1.4. Diagnóstico y clasificación.

La evaluación clínica del POP consiste en una historia completa, adicionando preguntas dirigidas en busca de los síntomas causados por esta patología y un examen físico que incluya exploración ginecológica. Los síntomas más frecuentes son: sensación de bulto vaginal, presión o dolor a nivel pélvico, masa genital palpable, sangrado o flujo vaginal, dispareunia, incontinencia urinaria, constipación, incontinencia fecal, necesidad de introducir

de manera manual el órgano prolapsado para facilitar la defecación o la micción, lumbalgia e infecciones urinarias a repetición. (4,14,28,29)

Existe un traslape importante en los síntomas que se presentan en diferentes trastornos del piso pélvico, por lo que es deber del clínico tomar en cuenta otras posibles etiologías que expliquen la sintomatología de la paciente. Es trascendental tomar en cuenta si la paciente tiene vida sexual activa, para dirigir el manejo del prolapso. Las comorbilidades también son importantes, ya que muchas pacientes podrían no ser candidatas a manejo quirúrgico. (4, 30–32)

Con respecto al examen físico pélvico, este debe realizarse si la paciente indica tener sensación de bulto vaginal, idealmente en la camilla de exploración ginecológica y posteriormente con la paciente en bipedestación, ya que en esta postura es posible valorar la extensión máxima del prolapso. Es importante identificar el órgano prolapsado y determinar el grado del prolapso. Puede tratarse de un cistocele, rectocele, enterocele o un prolapso apical, siendo el órgano prolapsado la vejiga, el recto, el intestino delgado y el útero o la cúpula vaginal, respectivamente. (4,14,17,30,33)

Utilizando la hoja posterior de un espéculo es posible examinar cada compartimento vaginal por separado, utilizándolo para sostener la pared posterior y seguidamente la anterior y solicitando a la paciente que puje o tosa, con el fin de observar el grado real del prolapso. (23)

Para clasificar el POP, se utiliza con mayor frecuencia la clasificación de Baden-Walker, la cual consta de cuatro grados, el grado 1 es cuando el órgano prolapsado llega hasta el plano medio de la vagina, grado 2 hasta el introito, grado 3 cuando sobrepasa el introito y grado 4 que se trata de un prolapso completo. (7,14,29,34)

2.1.5. Factores de riesgo.

Se ha identificado una amplia variedad de factores de riesgo, por lo que se considera una condición multifactorial, entre estos, partos vaginales previos, este es un factor

independiente de riesgo con un aumento de tres veces en el riesgo de POP entre las mujeres que han parido en comparación con las nulíparas, riesgo que aumenta de 4 a 11 veces cuando hubo más de dos partos vaginales e incrementa 1.2 veces con cada parto. (17,24,35)

El trauma obstétrico es otro factor asociado, las fuerzas físicas de compresión y distensión sobre los tejidos pélvicos son intensas, por lo que los músculos, las vísceras, el tejido conjuntivo y los nervios están susceptibles a sufrir una posible lesión. Además, los cambios vasculares asociados al envejecimiento afectan la circulación de los tejidos, asociado a la disminución de la elasticidad del colágeno, lo que hace que las adultas mayores tengan mayor riesgo de desarrollar POP. La dependencia funcional, el aislamiento social y el mal estado nutricional llevan a menor movilidad, lo que aumenta el riesgo de constipación como factor de riesgo, además, retrasa la presentación y manejo del prolapso en este grupo poblacional. (14,16,17,20,24)

Existen otras entidades asociadas a POP, como alteraciones del colágeno, lesiones neurológicas, cirugías pélvicas previas, enfermedades respiratorias crónicas, tabaquismo asociado a tos crónica e incluso actividades laborales o de la vida diaria que requieran Valsalva como el estreñimiento crónico. (17,28,29,36,37)

La obesidad se ha asociado ampliamente a mayor riesgo de aparición de POP debido al aumento de la presión intraabdominal, sin embargo, en un estudio de la Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia que comparó la prevalencia de POP en 971 pacientes obesas y no obesas, no se logró demostrar una relación causal entre obesidad y prolapso. Por otro lado, estudios epidemiológicos han descrito la obesidad como un factor de riesgo independiente para todos los tipos de IU y para POP. (38,39)

La principal causa de atrofia genital en mujeres postmenopáusicas es el hipoestrogenismo, el cual lleva a cambios macroscópicos, histológicos y funcionales; sin embargo, hay discrepancia sobre la evidencia, ya que, por un lado, dicta que no hay relación entre el estado menopáusico o el tiempo de deficiencia estrogénica, con la aparición o grado

del prolapso y, por otro lado, se ha determinado un efecto positivo de la terapia estrogénica en el tracto urogenital, mejorando también la calidad muscular, lo que podría influir positivamente en mantener la integridad muscular del piso pélvico. (27,40)

Algunas enfermedades musculoesqueléticas, neuromusculares como la espina bífida y enfermedades del tejido conectivo como el Ehlers-Danlos o el Síndrome de Marfan son consideradas también factores de riesgo. (17)

2.1.6. Tratamiento.

El factor más importante para determinar el manejo del POP es el grado de molestia que causa a la paciente, el alivio de los síntomas es el objetivo principal del tratamiento. El tratamiento del POP puede ser médico o quirúrgico, es indispensable tomar en cuenta las comorbilidades de la paciente y su riesgo operatorio. Ya que en la población geriátrica la incidencia de comorbilidades es mayor, la tendencia a optar por un manejo médico es aún más frecuente. (4,7,8,30,41)

Dentro de las alternativas se incluye: observación, entrenamiento de músculos del piso pélvico, uso de pesarios o cirugía. La observación es factible en casos leves en los que no se generan síntomas secundarios al prolapso. Por lo general, cuando el grado de prolapso es mayor, los síntomas producen molestias que requieren algún manejo alternativo. (7,8)

Si bien la edad no es contraindicación para la cirugía, la mayor prevalencia de comorbilidades hace que el riesgo quirúrgico y la incidencia de complicaciones sea mayor conforme avanza la edad, lo cual debe ser tomado en cuenta al momento de elegir el procedimiento por realizar. (4)

2.1.6.1. Manejo quirúrgico.

La cirugía de POP es una de las indicaciones más comunes de cirugía ginecológica. Aunque se realice una técnica quirúrgica adecuada, el riesgo de reintervención es cercano al 30%. (18,30)

En las adultas mayores, son muchos los factores externos que afectan el resultado final de una cirugía reconstructiva. Es importante comprender el estado funcional de los órganos pélvicos antes de someter a una paciente a una cirugía, por lo que es necesario realizar una evaluación de la función vesical mediante una urodinamia previo al procedimiento quirúrgico, especialmente en este grupo poblacional. (27)

La meta del procedimiento quirúrgico es reestablecer la anatomía pélvica, eliminar los síntomas y normalizar la función intestinal, vesical y sexual. Se reserva, por lo general, para pacientes con POP grado 2 o mayor, en los que la paciente reporta síntomas que no mejoraron o no desea un manejo conservador. (27,30)

La cirugía puede realizarse por vía transvaginal o transabdominal, por medio de laparotomía o laparoscopia. El abordaje, entre otros factores, dependerá en gran parte de la experiencia del cirujano, aunque sí se ha demostrado menor número de complicaciones e igual efectividad al realizar cirugía mínimamente invasiva. En mujeres con POP avanzado, es frecuente que se presenten múltiples órganos prolapsados, por lo que se requiere una combinación de procedimientos para corregir el defecto anatómico. (27, 30)

En caso de un prolapso apical, los procedimientos más comunes por vía vaginal son la fijación del ligamento uterosacro y del sacroespinoso, tienen resultados similares tras un seguimiento a dos años postquirúrgico. Al tratarse de vía abdominal, lo más frecuente es la sacrocolpoplexia, en la que la vagina se suspende al sacro mediante el uso de un material sintético, procedimiento que puede realizarse también mediante laparoscopia. (23,30)

Para reparar un prolapso anterior, se utiliza la colporrafia anterior, cuya tasa de éxito varía de 40 a 100% según el tipo de estudio, es mucho más baja en estudios randomizados con respecto a series de casos. El uso de malla comercial se asocia a mejores resultados anatómicos y funcionales, pero también a mayor tiempo quirúrgico, más sangrado y aumento de prolapso posterior o apical, así como erosión o exposición del material hasta en un 10.4%,

es más frecuente cuando hay más atrofia vaginal como sucede en las adultas mayores. (23,27,30)

En el caso del prolapso posterior, la colporrafia posterior es el procedimiento de elección, con tasas de éxito de 80-95%. La mayoría de las pacientes resuelven los síntomas intestinales después de la cirugía y un 11% desarrollarán nuevos síntomas. (23,30)

Los procedimientos obliterantes en los que se acorta o se cierra completamente la vagina son efectivos y tienen menor riesgo de recurrencia del prolapso. Este tipo de procedimiento representa una opción en pacientes con comorbilidad significativa y que no desean tener más actividad sexual, se pueden realizar bajo anestesia local o regional y el tiempo quirúrgico es más corto, por lo que el riesgo perioperatorio es menor. (23)

2.1.6.2. Manejo no quirúrgico.

El manejo conservador se define como una intervención que no involucra manejo farmacológico o quirúrgico, está conformado principalmente por modificaciones en el estilo de vida y entrenamiento de músculos del piso pélvico. Son intervenciones de bajo costo, con mínimos efectos adversos. Por lo general, son guiados por un profesional de la salud y su impacto dependerá en gran medida de la participación del paciente. Estas intervenciones deben ser parte del manejo inicial desde un primer nivel de atención para pacientes con POP, ya que incluso se ha demostrado una reducción en los síntomas asociados y en algunos casos logra prevenir la necesidad de un futuro manejo quirúrgico o de utilizar un pesario para manejo del prolapso. (39)

Las modificaciones en el estilo de vida se refieren a intervenir y manejar condiciones de salud que están relacionadas con la patología, por ejemplo, el control de la obesidad, la cesación de fumado, la realización de actividad física de manera regular, minimizar la constipación y evitar alzar objetos pesados. (30,39)

Los pesarios son parte importante del manejo no quirúrgico de esta patología y serán abordados en el próximo apartado.

2.2. Pesarios

2.2.1. Definición e historia.

El término *pesario* se origina del latín tardío *pessarium*. Los pesarios son dispositivos mecánicos que actúan llenando espacio en el canal vaginal y dando soporte al órgano prolapsado. Son el método más antiguo para el manejo de POP, ya que se utilizan desde hace más de 2500 años, fueron descritos por primera vez por Hipócrates y constituyen una terapia bien tolerada y generalmente exitosa para manejo de prolapso de órganos pélvicos en adultas mayores. (4,8,9,14,16,41,42,43,44)

En la actualidad, en su mayoría están hechos de silicón, sin embargo, se han descrito a través de la historia otros materiales, tales como cera, lana, algodón, esponja, corcho y hule. El pesario más antiguo descrito en la literatura fue la fruta conocida como granada, que se utilizó para reducir un prolapso vaginal hace miles de años. (45,46)

Tradicionalmente se han utilizado como una alternativa para pacientes no candidatas a manejo quirúrgico, sin embargo, en la actualidad se utilizan como tratamiento de primera línea incluso antes de la cirugía, lo cual es, además, una recomendación del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras. Es una terapia costo efectiva, ya que no es un tratamiento caro y los gastos estarán relacionados principalmente a las citas médicas y el tratamiento de los efectos secundarios que, por lo general, son fácilmente tratables. (12, 41,45,47,48)

2.2.2. Antecedentes.

En un estudio retrospectivo a 12 años en 310 pacientes femeninas mayores de 65 años que utilizaron un pesario para manejo de POP en Canadá, Ramsay et al. encontraron 154 pacientes entre 65 a 74 años y 150 mayores de 75, la paciente de mayor edad fue una mujer de 96 años. Las mujeres entre 65 y 74 años reportaron más constipación y tenían más vida sexual activa. (11)

Por otro lado, Wolff realizó un estudio retrospectivo en 383 pacientes en el que se describió una población con edad promedio de 71 años y el antecedente de 2.7 partos. Además, se tomó en cuenta el índice de masa corporal de las pacientes, 26.4 fue el promedio. Un 17% de las pacientes tenían antecedente de histerectomía y únicamente el 42% de las pacientes utilizaba estrógenos vaginales. Se anotó también que el 48% de las pacientes que utilizaron pesarios para manejo de POP tenían un prolapso grado 2 y la principal causa de discontinuación fue la incomodidad con el uso del dispositivo. (43)

En este mismo estudio, Wolff et al. describieron que las tasas de continuación del uso del pesario después de 1, 2 y 3 años fueron de 76 %, 67 %, y 59 %, respectivamente. Se ha descrito en otros estudios, como causas de suspensión más frecuentes, la caída involuntaria del pesario y la presencia de leucorrea o úlceras persistentes. Se describe una tasa de éxito en la colocación entre 61 y 92% en estudios realizados en Canadá y EE.UU. (11,43,49,50)

Con respecto al tipo de pesario, cerca de la mitad de las pacientes utilizan un anillo con soporte o un pesario de Gellhorn y ambos se han descrito igual de efectivos. Después de estos dos, el más frecuentemente utilizado es el tipo dona. (11,43,51,52)

2.2.3. Tipos de pesarios.

Los pesarios están hechos de silicón y algunos pueden tener partes de acero quirúrgico cubierto de silicón, lo que disminuye la probabilidad de reacciones alérgicas. Son de larga duración y resisten lavados frecuentes; además de ser un material inerte que absorbe poco los malos olores y secreciones. (52,53)

Se clasifican principalmente en pesarios de soporte y ocupantes de espacio. Los pesarios de soporte más comúnmente utilizados incluyen el anillo y el pesario de Shaatz. Por su parte, los pesarios ocupantes de espacio más comunes son: el cubo, el inflatoball y la dona. El pesario de Gellhorn funciona como una combinación entre ambos tipos, dando soporte y ocupando espacio. (3,45,52,54,55)

Los pesarios para incontinencia, por lo general, tienen la forma de un pesario de soporte, con una protuberancia a nivel anterior con el fin de elevar la uretra. Por otro lado, el pesario tipo anillo es el más frecuentemente utilizado, tiene las ventajas de que es fácil de colocar por parte del médico e incluso por la misma paciente, puede ser utilizado para cualquier tipo de prolapso y generalmente permite la actividad sexual. (52, 53)

El pesario de Gellhorn y el cubo, por su parte, tienen superficies cóncavas que crean succión, adhiriéndose a la pared vaginal. Esta cualidad favorece que el pesario no se caiga involuntariamente, pero también hace más difícil su colocación y retiro. Al ocupar espacio son útiles en prolapsos de mayor grado, pero a diferencia del anillo, estos deben ser retirados para la actividad sexual. (53)

2.2.4. Indicaciones.

Los pesarios pueden ser utilizados con fines diagnósticos o terapéuticos, están aprobados por la FDA para el manejo de prolapso de órganos pélvicos. Entre las principales indicaciones se encuentran: el POP sintomático, pacientes que no son candidatas a manejo quirúrgico, no desean el mismo, o bien presentan recurrencia del prolapso posterior a una cirugía y pacientes adultas mayores con multimorbilidad, en cuyo caso el manejo quirúrgico representa un riesgo importante. Hoy en día son considerados tratamiento de primera línea para manejo de POP. Otra indicación es la terapia puente en pacientes que están en espera de resolución quirúrgica de un POP. (45,52,53)

Los pesarios tienen la ventaja de ser una intervención mínimamente invasiva y proveer resolución inmediata de los síntomas, además, pueden ser utilizados como parte de la evaluación preoperatoria de mujeres con POP, al desenmascarar incontinencia de esfuerzo latente y dar información sobre un posible trastorno de vaciamiento postoperatorio. (52)

2.2.5. Contraindicaciones.

Las principales contraindicaciones para la colocación de un pesario son: la presencia de una infección vaginal activa, enfermedad pélvica inflamatoria, la historia de un sangrado uterino anormal no estudiado y la presencia de úlceras persistentes a nivel vaginal. Para el adecuado cuidado del pesario, se requiere un seguimiento médico cercano, por lo que, si la paciente no tiene la posibilidad de asistir a las citas médicas, estaría contraindicada la colocación del dispositivo. (45,53,56)

En casos en los que la paciente se encuentra anticoagulada, los expertos recomiendan utilizar el pesario con mayor precaución, dado el aumento en el riesgo de sangrado, mas no se considera una contraindicación absoluta para su uso. (53)

2.2.6. Procedimiento.

Una vez que se ha determinado que una paciente con POP es candidata para uso de un pesario, es requerido realizar una minuciosa exploración física con el fin de comprobar la integridad de la mucosa vaginal, así como del órgano prolapsado. Se debe establecer cuál es el defecto anatómico y el grado del prolapso, además de estimar la longitud del canal vaginal y del introito. Con esta información es posible plantear el tipo y tamaño de pesario que podría adaptarse mejor a cada paciente. (52,53)

Actualmente no hay suficiente evidencia o guías clínicas que determinen cuál pesario es mejor utilizar. La decisión dependerá de la anatomía de la paciente, el tipo de prolapso y las metas clínicas; lo cual se basa principalmente en la experiencia del profesional encargado. Una práctica común es el inicio de terapia estrogénica intravaginal en mujeres postmenopáusicas con el fin de mejorar la salud del epitelio vaginal. (52, 57)

Para colocar el pesario tipo anillo, el más frecuentemente utilizado, este debe lubricarse y doblarse con el fin de facilitar su introducción en el canal vaginal. Una vez colocado, el mismo retoma su forma usual. Se debe colocar el borde anterior del pesario

detrás de la sínfisis púbica y corroborar que exista una amplitud del ancho de un dedo entre el pesario y la sínfisis; además, entre el pesario y las paredes laterales de la vagina. (52,53,58)

En el caso de los pesarios para incontinencia, los cuales cuentan con una protuberancia en uno de sus lados, el método de colocación es igual al descrito para los pesarios tipo anillo, dirigiendo la protuberancia hacia la uretra. Cuando se trata de pesarios ocupantes de espacio, estos deben comprimirse manualmente para lograr introducirlos en la cavidad vaginal. (52)

Inmediatamente posterior a la colocación del pesario, se debe solicitar a la paciente que se ponga de pie, que realice la maniobra de Valsalva y que miccione. De este modo, se corrobora que el dispositivo no se caiga involuntariamente y que no exista un trastorno de vaciamiento vesical, intestinal o la aparición de incontinencia urinaria una vez corregido el prolapso. Si se cumple todo lo anterior y, además de esto, el pesario no provoca dolor o malestar a la paciente, se dice que se ha logrado un adecuado ajuste del dispositivo. (52,53)

Si se produce algún grado de molestia después de la colocación del pesario o alguno de los síntomas descritos anteriormente, se sugiere realizar una nueva prueba con un tamaño o tipo diferente de pesario, con el fin de encontrar el que mejor se adapte a la paciente. (53)

2.2.7. Seguimiento y cuidado.

El seguimiento continuo es requerido durante todo el tiempo que esté colocado el pesario. En cada cita debe removerse y realizar una revisión del tejido vaginal para descartar la presencia de complicaciones. (52,57)

La frecuencia de cambio de pesario y limpieza de este dependerá de la preferencia del médico, ya que no se ha establecido con exactitud el tiempo de seguimiento, algunos autores recomiendan citas médicas de control de cada uno a tres meses, esto es de mayor importancia al tratarse de pacientes adultas mayores. (4,8,14,16)

La atención ha sido tradicionalmente provista por personal médico, sin embargo, también puede estar encargado el personal de enfermería entrenado. Idealmente, el médico puede enseñarle a la paciente cómo realizar los cambios de pesario y el cuidado básico del mismo, lo cual aumenta la autonomía de la paciente y podría espaciar las citas médicas incluso a cada año. (23,46, 57)

El uso de estrógenos a nivel local vaginal se recomienda con el fin de prevenir complicaciones debidas a erosiones e infecciones. Puede iniciarse el uso de estrógenos semanas antes de la colocación del pesario, especialmente si se documenta atrofia vaginal. (53)

La educación de la paciente es vital para el uso exitoso del pesario. Un folleto de información escrito, además de la consulta en persona, mejora la satisfacción de las pacientes con la información recibida, la confianza para autogestionar y el conocimiento sobre los pesarios, en comparación con la instrucción verbal por sí sola y hace que las pacientes puedan comprender mejor su cuidado. (48)

2.2.8. Calidad de vida.

Los trastornos del piso pélvico, si bien podrían conllevar complicaciones serias, por lo general, no representan un aumento de riesgo en la mortalidad para las pacientes que los padecen. Sin embargo, estas mujeres usualmente reportan un impacto negativo de dichos trastornos en su calidad de vida, por lo que determinar este aspecto es esencial como parte del diagnóstico y de la búsqueda de un tratamiento adecuado. (59,60)

El tratamiento del POP generalmente produce mejoría en síntomas específicos asociados a la disfunción del piso pélvico, incluyendo IU, sensación de bulto o presión a nivel vaginal y constipación, los cuales son síntomas que pueden afectar de manera importante la calidad de vida de las mujeres. (3,8)

Las escalas son herramientas importantes para el abordaje de pacientes con trastornos del piso pélvico, ya que proveen una evaluación objetiva de fenómenos subjetivos. Para que

una escala sea útil, esta debe tener validez, es decir, la capacidad de medir lo que se espera; confiabilidad, que se refiere a la capacidad de medir consistentemente de manera reproducible; y sensibilidad, en cuanto logre medir el cambio en respuesta a un tratamiento o a la progresión de la enfermedad. Las escalas pueden incorporarse en la práctica para complementar la historia clínica, mejorar la comunicación efectiva y guiar el tratamiento. (61, 62)

El Inventario de Problemas del Piso Pélvico (IPPP) y el Cuestionario de Impacto del Piso Pélvico-7 (CIPP-7) corresponden a la versión validada en español de su equivalente en inglés, el *Pelvic Floor Distress Inventory* y el *Pelvic Floor Impact Questionnaire-7*, respectivamente. Estas dos escalas autoadministradas han sido ampliamente validadas y utilizadas para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con trastornos del piso pélvico, incluido el prolapso de órganos pélvicos. (3,61)

El IPPP es un inventario que mide el grado de incomodidad causada por una amplia gama de síntomas pélvicos y consta de tres subescalas que evalúan síntomas asociados a prolapso de órganos pélvicos, IU y trastornos anorrectales. (59,62)

El CIPP es una medida de estado funcional que evalúa mediante tres subescalas, el grado en que los síntomas intestinales, vesicales o pélvicos de un sujeto afectan 31 actividades diferentes de la vida diaria, relaciones sociales o emociones. Para ambas escalas, un mayor puntaje indica un peor estado de salud y peor calidad de vida asociada a la salud. (59,62)

El uso de pesarios para manejo de POP ha demostrado una mejoría en la calidad de vida de las pacientes, la cual se ha logrado respaldar gracias al uso de estas escalas en la práctica clínica y en estudios de investigación. (51)

2.2.9. Vida sexual en la mujer adulta mayor.

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida de una persona. Es frecuente que el personal de salud pase por alto este tema, especialmente en la población

geriátrica, ya que existe el mito de que los adultos mayores no tienen actividad sexual y en ocasiones existe temor por parte del médico de ofender al paciente o se sienten inseguros para hablar de aspectos concernientes al ámbito sexual. (63)

En un estudio realizado por Waite et al. que incluyó 1550 mujeres, 62.8% de quienes tenían entre 65 y 74 años y reportaron tener al momento del estudio un compañero sentimental, indicaron haber tenido actividad sexual en el último año. En las mujeres entre 75 y 85 años, el porcentaje fue de 41.4%. (19)

El prolapso de órganos pélvicos se ha descrito que afecta significativamente de manera negativa la sexualidad y la imagen corporal de las pacientes. Por su parte, los pesarios han demostrado tener un efecto positivo en la percepción corporal y la sexualidad. (19,45)

2.2.10. Complicaciones.

Se han descrito tasas de complicaciones que varían en un amplio rango de 12% a 83%. Las complicaciones, por lo general, son menores, la más frecuente es el flujo vaginal. Pueden ser tratadas con terapias, tales como uso de estrógenos vaginales de manera regular y continuidad del cuidado por parte del médico. Dentro de las complicaciones descritas, se encuentran las infecciones vaginales, infecciones del tracto urinario, la caída involuntaria del pesario, sangrado y constipación. (8,15,16,41,43,46)

Las complicaciones mayores son raras y ocurren principalmente en adultas mayores cuando pierden control médico, asocian deterioro cognitivo, tienen mal apego a tratamiento de estrógenos u olvidan que tienen un pesario. Esto puede causar erosión de la pared vaginal provocando infecciones más severas, fistulas, obstrucción intestinal, uremia, pielonefritis, septicemia o hidronefrosis. (15,43,45,46)

Las abrasiones o úlceras secundarias al uso del pesario se tratan cambiando el tipo o el tamaño del dispositivo para aliviar los puntos de presión, o bien removiendo el pesario completamente hasta la cicatrización. Generalmente se presentan cuando hay pobre

estrogenización, por lo que el uso de estrógenos vaginales con regularidad previene que se forme este tipo de lesiones. (41,45)

No se ha logrado determinar una relación entre la presencia de complicaciones y el tipo de pesario utilizado. (64)

2.2.11. Causas de suspensión.

Dentro de las causas de suspensión se han descrito la mejoría de los síntomas, incomodidad con el pesario, empeoramiento de incontinencia urinaria, erosiones vaginales, disminución de la efectividad con el tiempo, deseo de someterse a cirugía, muerte o pérdida de seguimiento. No se ha descrito diferencia en tasas de suspensión de pesario al comparar pacientes de 65-75 años con las mayores de 75 años. Aproximadamente un quinto de las pacientes en el estudio de Ramsay et al. progresaron a cirugía para reparación del prolapso. (11,50)

Las mujeres que eligen cirugía tienden a ser de menor edad y con síntomas predominantes como dolor abdominal, vaciamiento intestinal incompleto, necesidad de introducir un dedo en la vagina para defecar, así como las pacientes en las que el prolapso les afecta en su vida sexual; además de las que presentaron alguna complicación con el uso del pesario. Además, se ha reportado que la longitud vaginal corta (menos de 7 cm), el hiato genital ancho (cuatro anchos de dedo), la obesidad, el historial de cirugía de prolapso y la realización de una histerectomía previa se asocian con un ajuste sin éxito. (8,16,53)

En general, 12% de las mujeres se someten a un procedimiento quirúrgico en el primer año posterior a la inserción del pesario y un 86.1% de las mujeres continúan utilizándolo por 5 años. Otros estudios reportan tasas de continuación en el uso del pesario a un año, entre 76% y 83.9%. (8,16,43)

Capítulo III. Objetivos

3.1. Objetivo general

Caracterizar el perfil clínico de las adultas mayores con prolapso urogenital que utilizan pesario en la Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, en el periodo comprendido de enero 2014 a octubre 2018.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar los tipos de pesarios más utilizados en las adultas mayores con prolapso de órganos pélvicos que fueron valoradas en la Clínica de Incontinencia Urinaria.
- Establecer la evolución clínica de las adultas mayores con pesario.
- Documentar las complicaciones asociadas al uso de pesarios que presentan las adultas mayores.
- Enumerar las causas de suspensión de los pesarios en las adultas mayores.

Capítulo IV. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo, con base en registros médicos. Para iniciar con la recolección de los datos, se contó con la aprobación del Comité Ético Científico Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social. La hoja de recolección de datos se encuentra disponible en el anexo 1.

4.2. Diseño del estudio

Para el análisis del presente estudio, se utilizó el total de la población de adultas de 60 años o más, que se encontraran en la base de datos de usuarias de pesario vaginal de la Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología; se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1. Criterios de inclusión de las participantes.

- Rango de edad: 60 años o más.
- Género: femenino.
- Etnia: todas.
- Inclusión de clases especiales o participantes vulnerables: adultos mayores.
- Pacientes que utilicen o hayan utilizado pesario vaginal para manejo de prolapso de órganos pélvicos, que el mismo haya sido colocado en la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, en el periodo comprendido entre enero del 2014 y octubre del 2018.

4.2.2. Criterios de exclusión de los participantes.

- No localización del expediente en archivo clínico.
- Información fundamental incompleta.
- Pacientes que se les hayan colocado el pesario fuera del periodo de estudio.

4.3. Descripción de variables

Los tipos de variables empleadas en este proyecto son las cualitativas y cuantitativas, las cuales se detallan a continuación.

4.3.1. Variables cualitativas.

- Estado civil, según el registro civil, en función de si tiene pareja o no.
- Domicilio, según provincia.
- Gravidéz, según la cantidad de embarazos (nuligesta: mujer que nunca ha estado embarazada, primigesta: un embarazo, multigesta: 2-4 embarazos, gran multigesta: 5 embarazos o más).
- Paridad, según la cantidad de partos (nulípara: mujer que nunca ha parido, primípara: un parto, multípara: 2-4 partos, gran multípara: 5 partos o más).
- Trauma obstétrico, según la afirmación o negación de haber presentado lesiones causadas sobre el piso pélvico durante el trabajo de parto o por las maniobras efectuadas para la extracción del recién nacido.
- Menopausia, de acuerdo con la edad de aparición (prematura: menos de 40 años, temprana: de 41 a 45 años, normal: de 46 a 54 años, tardía: a los 55 años o más).
- Terapia de reemplazo hormonal, según la afirmación o negación de haber utilizado terapia de reemplazo hormonal en el periodo postmenopáusico.
- Vida sexual activa, según la afirmación o negación de tenerla.
- Antecedentes quirúrgicos ginecológicos, según el reporte de haber sido sometido a cirugía de reparación de prolapso o a otras cirugías pélvicas.
- Tabaquismo, según la afirmación o negación del hábito.
- Enfermedades del tejido conectivo, según la afirmación o negación de padecerlas.
- Mielopatías, según el diagnóstico anotado en el expediente clínico.
- Enfermedad respiratoria crónica, según la afirmación o negación de la patología en el expediente clínico.

- Incontinencia urinaria de urgencia, según la afirmación o negación de presentar pérdida involuntaria de orina asociada o precedida de urgencia miccional.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo, según la afirmación o negación de presentar pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión intraabdominal.
- Incontinencia urinaria mixta, según la presencia de ambos tipos de incontinencia descritos previamente.
- Incontinencia fecal, según la afirmación o negación de presentar pérdida involuntaria de heces.
- Constipación, según la afirmación o negación de presentar estreñimiento.
- Defecto anatómico, según órgano prolapsado y grado de prolapso.
- Tipo de pesario, según tipo de pesario y tamaño colocado la primera vez.
- Persona que realiza los cambios de pesario, ya sea el médico, el familiar, el cuidador o la paciente.
- Necesidad de cambio de tipo de pesario, según si fue requerido cambiar el tipo o tamaño de pesario durante el periodo de tratamiento.
- Uso de estrógenos vaginales, según si la paciente utilizó la crema de estrógenos y si no los utilizó, si fue por mala adherencia o por intolerancia al tratamiento.
- Mejoría subjetiva, según la afirmación o negación de mejoría de los síntomas por parte de la paciente y de acuerdo con el síntoma que mejoró (incontinencia, síntomas obstructivos, infecciones del tracto urinario).
- Complicaciones asociadas al uso del pesario, según la descripción de estas por parte del médico en el expediente, ya fuera infecciones del tracto urinario, leucorrea, sangrado vaginal, úlcera del órgano prolapsado, obstrucción intestinal, fístula, encarcelamiento o caída involuntaria del pesario.

- Causas de suspensión del pesario, según el motivo por el cual se suspendió el dispositivo, en el grupo de pacientes inactivas, ya fuera leucorrea persistente, úlcera persistente, mal apego al tratamiento, incapacidad para asistir a citas médicas, dolor, incomodidad, reinicio de actividad sexual, optar por procedimiento quirúrgico u otra.

4.3.2. Variables cuantitativas.

- Edad, según la edad en años cumplidos, agrupadas en quinquenios (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 o más).
- Cesáreas, según el número de partos por cesárea.
- Índice de masa corporal, obtenido al calcular la relación entre el peso y la talla al cuadrado.
- Tiempo de uso del pesario en semanas (menos de una semana, de 1 a 7 semanas, de 8 a 26 semanas, de 27 a 52 semanas, más de 52 semanas).

4.4. Análisis estadístico

Se logró recolectar información de un total de 98 pacientes, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. En un primer momento, se analizaron los expedientes físicos de las pacientes, para posteriormente ingresar los datos en una base en Excel. Después, esta información fue exportada al paquete estadístico SPSS, versión 24, donde fue procesada y analizada.

Se realizaron pruebas de concordancia y asociación, tales como Chi_cuadrado y sus respectivas correcciones, coeficiente de contingencia, phi y V de Cramer, Tau de Kendall, entre otras. Considerándose un valor de $p < 0,05$ (p_value inferior al 5%) como significativo.

Capítulo V. Discusión de resultados

5.1. Resultados de datos y análisis estadísticos

El presente análisis se realizó tomando la base de datos de pacientes que utilizan o han utilizado pesario en la Clínica de Incontinencia Urinaria, desde que se inició con la administración de este tratamiento en el HNGG, en el año 2014, hasta octubre del 2018. Se obtuvo una lista de 100 pacientes, de las cuales se excluyeron dos por estar fuera del periodo de estudio y se obtuvo una muestra final de 98 pacientes.

5.2. Perfil clínico

5.2.1. Características sociodemográficas.

Según la población enrolada (n=98), con respecto a la edad, el mayor número de pacientes se encuentra en el rango de 75 a 79 años (n=30), seguido del rango de 80 a 84 años (n=26). El estudio incluyó pacientes con edades desde los 60 años e incluso 4 pacientes con más de 90 años. (Tabla 1)

La mayoría de las pacientes incluidas en la consulta de pesarios de la Clínica de Incontinencia residen en la provincia de San José (n=72), sin embargo, se han recibido pacientes provenientes de las siete provincias del país. (Tabla 1)

Con respecto al estado conyugal, el 42.8% de las pacientes son casadas, 34.7% son viudas, en comparación con el 39% y 28.7% de la población mayor de 60 años que son casadas y viudas, respectivamente; según el censo poblacional del año 2011 realizado por el INEC. En menor cantidad las pacientes solteras, divorciadas o en unión libre fueron parte del estudio, en proporciones similares a las reportadas por el INEC para este grupo poblacional. (5) (Tabla 1)

Tabla 1.
Características sociodemográficas de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario. Enero 2014-octubre 2018.

| Características sociodemográficas | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Total | 98 | 100.0 |
| Grupo de edad | | |
| 60 a 64 años | 3 | 3.1 |
| 65 a 69 años | 9 | 9.2 |
| 70 a 74 años | 10 | 10.2 |
| 75 a 79 años | 30 | 30.6 |
| 80 a 84 años | 26 | 26.5 |
| 85 a 89 años | 16 | 16.3 |
| Más de 90 años | 4 | 4.1 |
| Provincia de residencia | | |
| San José | 72 | 73.5 |
| Alajuela | 10 | 10.2 |
| Cartago | 6 | 6.1 |
| Heredia | 4 | 4.1 |
| Guanacaste | 2 | 2.0 |
| Puntarenas | 2 | 2.0 |
| Limón | 2 | 2.0 |
| Estado conyugal | | |
| Soltera | 13 | 13.3 |
| Casada | 42 | 42.8 |
| Viuda | 34 | 34.7 |
| Divorciada | 8 | 8.2 |
| Unión libre | 1 | 1.0 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.2.2. Antecedentes ginecoobstétricos y de patología del piso pélvico.

5.2.2.1. Gravidéz y paridad.

Existen varios factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos que son parte de los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes, por lo que es importante documentarlos dentro de la historia clínica y se discutirán a continuación. (29)

El embarazo es uno de los factores de riesgo mencionados en la literatura. Principalmente el parto vaginal ha sido descrito como el factor de riesgo con más fuerte asociación para POP. (35,36)

De las pacientes incluidas en este estudio, el 62.2% fueron catalogadas como gran multigesta, es decir, que presentaban el antecedente de más de cinco embarazos. Seguidas por el grupo de las multigestas, quienes presentaron de dos a cuatro embarazos y correspondieron al 26.5% de la población. Únicamente el 3% de las pacientes del estudio fueron nuligestas y nulíparas.

En relación con la paridad, el 52% de las pacientes reportaron haber tenido 5 partos o más, 35.7% tuvieron entre 2 y 4 partos y 3.1% fueron primíparas. En total, en el 90.8% de las pacientes se documentó el antecedente de al menos un parto. (Gráfico 1)

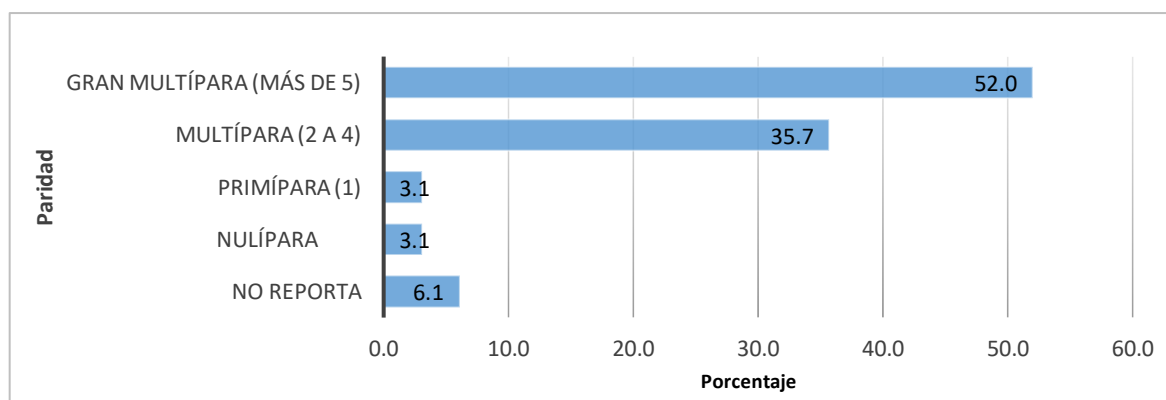


Gráfico 1. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según paridad. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

El daño que se produce durante el parto sobre el sistema de sostén del piso pélvico explica el porqué esta condición se asocia de manera directa con un mayor riesgo de desarrollo de prolapso, por lo que es esperable el alto reporte de este antecedente en las pacientes enroladas en el estudio. (33)

5.2.2.2. *Trauma obstétrico.*

Las lesiones causadas sobre el piso pélvico durante el trabajo de parto o por las maniobras efectuadas para la extracción del recién nacido son consideradas otro de los factores de riesgo más frecuentes para POP y se engloban bajo el concepto de trauma obstétrico. Por lo anterior, se podría estimar un alto porcentaje de mujeres con dicho antecedente en el presente estudio. (7)

El trauma obstétrico fue un dato no descrito en 79 de los expedientes consultados. De los 19 restantes, aproximadamente dos terceras partes reportaron haberlo presentado (n=13), sin embargo, debido al subregistro no fue posible determinar en qué proporción de las pacientes enroladas estuvo presente.

En quienes presentaron trauma obstétrico, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre dicho antecedente y el grado de prolapso que presentaron. Esta prueba estadística se vio limitada por la cantidad de datos recolectada en este apartado. (p 0.162) (Tabla 2)

Tabla 2.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de trauma obstétrico, según grado del defecto anatómico. Enero 2014-octubre 2018.

| Grado del defecto anatómico | Trauma obstétrico | | Significancia |
|-----------------------------|-------------------|----|---------------|
| | Sí | No | |
| Dos | 1 | 0 | 0.162 |
| Tres | 8 | 6 | |
| Cuatro | 4 | 0 | |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.2.2.3. Menopausia y terapia de reemplazo hormonal.

De acuerdo con la literatura revisada, no existen datos concluyentes sobre la relación o no del tiempo de deficiencia estrogénica con la aparición o grado de prolapso. Sí se describe el estado postmenopáusico como un factor de riesgo para POP, sin diferenciar entre la edad de aparición. Por otro lado, la terapia estrogénica mejora la calidad muscular y esto podría influir en mantener la integridad del músculo del piso pélvico, sin embargo, no se ha logrado demostrar un efecto de la TRH en el desarrollo o no de POP. (27,40)

Con respecto a la historia de uso de TRH, se logró consignar la presencia de este antecedente en el 15.3% de la población de estudio, 70.4% negó haber utilizado TRH y en 14.3% de los casos no se anotó este dato en el expediente. Según la teoría, podría esperarse que las pacientes con prolapso de órganos pélvicos tengan una menopausia temprana o prematura más frecuentemente que la población en general.

En Estados Unidos, la edad promedio de aparición de la menopausia está entre 50 y 51 años y únicamente un 0.9% de las mujeres en ese país experimenta una insuficiencia ovárica prematura. (24)

En este estudio, el 16.3% de las pacientes reportaron haber tenido una menopausia prematura, 12.2% temprana, 46.9% normal y 6.1% tardía; en el resto de las pacientes no se consignó la edad de aparición de la menopausia en el expediente. Tomando en cuenta estos resultados, se requieren más estudios para determinar si en la población de este proyecto existe o no una relación entre la edad de aparición de la menopausia y la presencia o no de POP. (Gráfico 2)

Un factor que podría sesgar estos datos consiste en que, por lo general, al momento de realizar la historia clínica, muchas pacientes indican no recordar con exactitud la edad de aparición de la menopausia, otorgan una edad aproximada y no siempre cercana a la realidad.

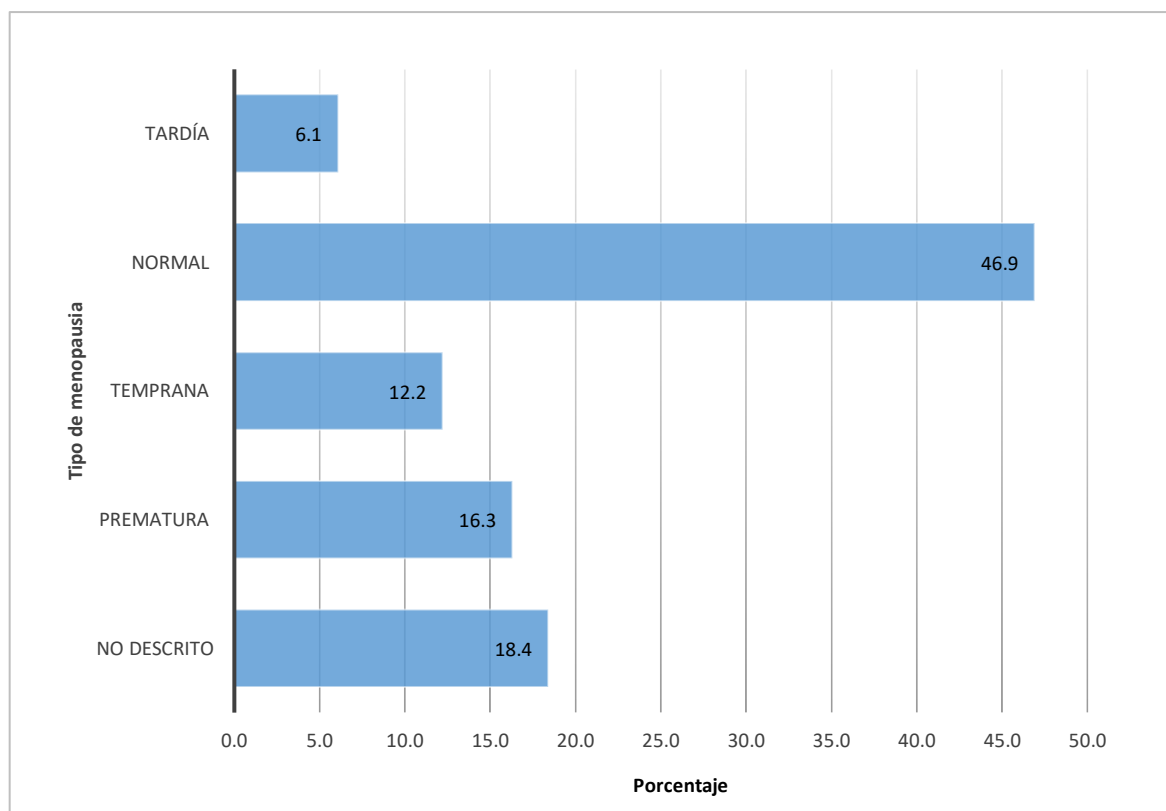


Gráfico 2. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según edad de presentación de la menopausia. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.2.2.4. Vida sexual activa.

De las pacientes enroladas en el presente estudio, un 57.1% indicó no tener vida sexual activa y únicamente un 4.1% respondió de manera afirmativa. En el restante 38.8% no se documentó esta característica en el expediente clínico. Si bien en ocasiones las pacientes pueden negar el tener actividad sexual por considerar este tema como algo muy privado; también un factor que podría influir en este porcentaje tan bajo con respecto a lo reportado en la literatura para grupos etarios similares es el hecho de que el prolapso de órganos pélvicos se ha descrito que afecta significativamente de manera negativa la sexualidad y la imagen corporal de las pacientes. (19,45) (Tabla 3)

Tabla 3.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según indicaron tener o no una vida sexual activa. Enero 2014-octubre 2018.

| Vida sexual activa | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Total | 98 | 100 |
| No | 56 | 57.1 |
| Sí | 4 | 4.1 |
| No descrito | 38 | 38.8 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Cuando una paciente refiere tener vida sexual activa, es importante elegir, en la medida de lo posible, un tipo de pesario que permita mantener la actividad sexual, tal como lo es el anillo, ya que de lo contrario se requerirá extraer el pesario previo al coito. La elección del tipo de pesario en las pacientes sexualmente activas del estudio fue adecuada en este sentido. (Gráfico 3)

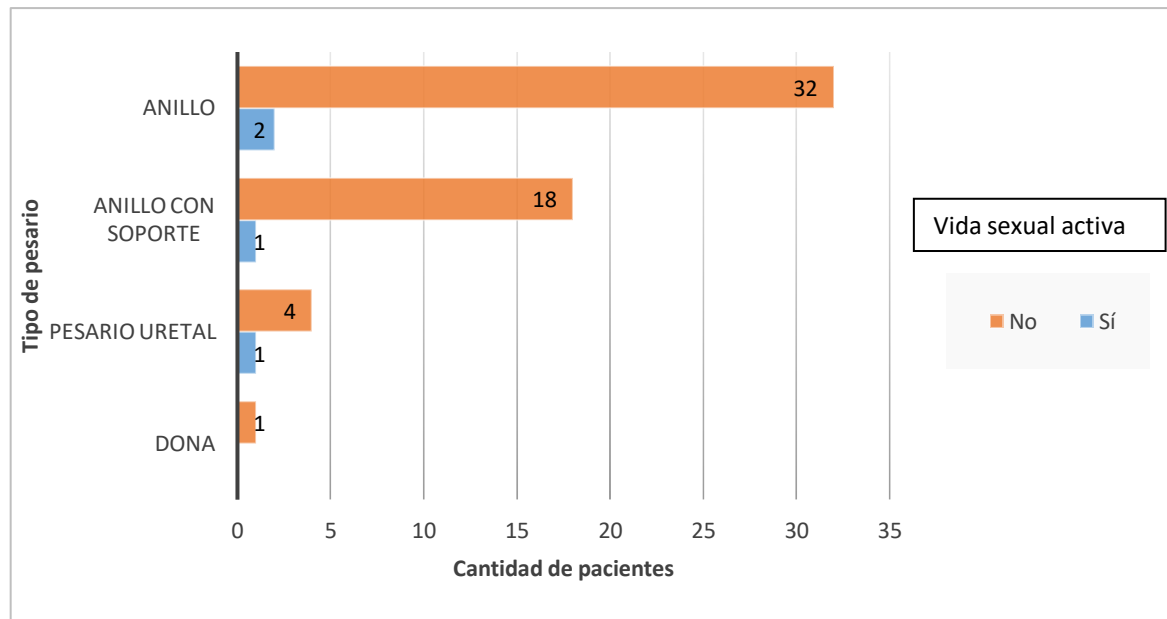


Gráfico 3. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por antecedente de vida sexual activa, según tipo de pesario. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.2.2.5. Antecedentes quirúrgicos.

Tal como se describe en los estudios clínicos, la cirugía pélvica previa es considerada un factor de riesgo para la aparición de POP. De las pacientes del presente estudio, un 31.6% reportaron al menos un antecedente quirúrgico a nivel pélvico. El 62.2% de las pacientes no reportaron antecedente quirúrgico a este nivel y el dato no se documentó en 6.1% de los casos. (37) (Tabla 4)

Tabla 4.
Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presencia de antecedente quirúrgico pélvico. Enero 2014-octubre 2018.

| Presencia de antecedente quirúrgico | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Total | 98 | 100 |
| No reporta antecedente quirúrgico | 61 | 62.2 |
| Sí reporta antecedente quirúrgico | 31 | 31.6 |
| No descrito | 6 | 6.1 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de antecedente de cirugía pélvica y el grado de defecto anatómico. (p 0.178) (Tabla 5)

Tabla 5.
Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de antecedente quirúrgico, según grado del defecto anatómico. Enero 2014-octubre 2018.

| Grado del defecto anatómico | Presenta antecedentes quirúrgicos | | Significancia |
|------------------------------------|--|----|----------------------|
| | No | Sí | |
| Dos | 6 | 4 | 0.178 |
| Tres | 39 | 24 | |
| Cuatro | 16 | 3 | |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.2.2.6. *Incontinencia urinaria y fecal.*

La patología urinaria y rectal deben tomarse en cuenta a la hora de hablar de prolapso de órganos pélvicos, debido a la alta asociación que tienen entre ellos. En la literatura se describe que la IU afecta a 36% de las mujeres mayores de 60 años. (29,31)

El POP se asocia con frecuencia a IU de esfuerzo. En un estudio de Cochrane del año 2018 se determinó que aproximadamente 55% de las mujeres con POP grado 2 tienen incontinencia urinaria de esfuerzo concomitante, porcentaje que desciende a 33% en las mujeres con prolapso grado 4. (32)

En el estudio actual se evidenció la presencia de incontinencia urinaria en 85.7% de las pacientes, porcentaje mucho mayor al reportado en la literatura para este grupo poblacional. Un 58.1% reportó tener incontinencia urinaria de esfuerzo. Este alto porcentaje de pacientes con IU puede deberse a que las pacientes captadas en la Clínica de Incontinencia del HNGG a las que se les colocó pesario para manejo de POP, en su mayoría, fueron referidas inicialmente a esta consulta por diagnóstico de IU y el POP fue en ocasiones un hallazgo incidental a la hora de completar el interrogatorio y el examen físico en la valoración inicial de la Clínica. Adicionalmente, la IU suele ser una patología subdiagnosticada, por lo tanto, existe un subregistro que podría influir en el menor porcentaje de mujeres con esta condición encontrado en los estudios consultados. (Tabla 6)

Tabla 6.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tipo de incontinencia urinaria que presentaron. Enero 2014-octubre 2018.

| Tipo de incontinencia | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Total | 84 | 85.7 |
| Mixta | 36 | 36.7 |
| Esfuerzo | 21 | 21.4 |
| Urgencia | 19 | 19.4 |
| Otra incontinencia | 8 | 8.2 |
| No presenta incontinencia | 14 | 14.3 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

En cuanto a la incontinencia fecal, en este estudio se anotó como presente en 17.3% de los casos, no se registró en 19.4% de los expedientes y 63.3% negaron tener este antecedente. La prevalencia reportada en otros estudios en adultos mayores de la comunidad en Estados Unidos es de 17.3%, sin embargo, esta prevalencia varía desde 1.8% en la población general, hasta 50% en pacientes institucionalizados. (65) (Gráfico 4)

La incontinencia fecal puede ser secundaria a un trastorno de vaciamiento consecuencia de un POP, o bien puede ser un diagnóstico independiente, en cuyo caso no se lograría corregir el síntoma al resolver el prolapso. En este estudio no fue posible determinar esta relación, debido al tamaño muestral y a que no se consignó la resolución o no de este síntoma específico en los expedientes de las pacientes enroladas.

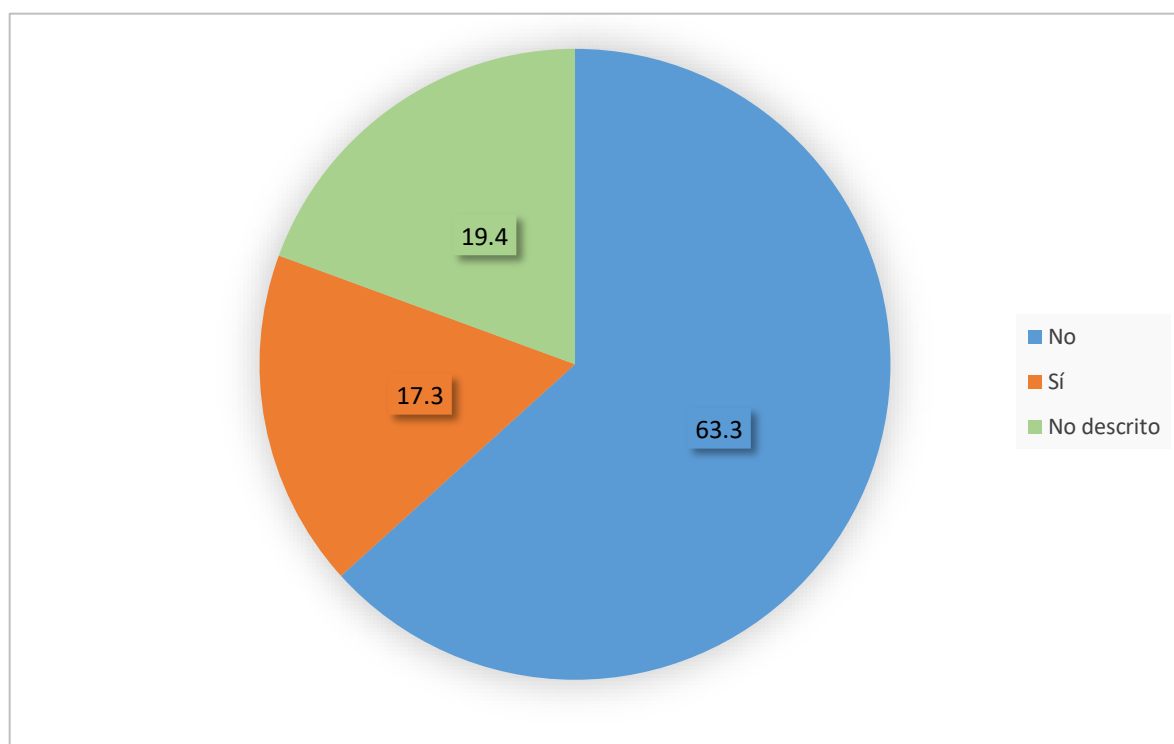


Gráfico 4. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presencia o no de incontinencia fecal. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.2.2.7. Defecto anatómico.

Se documentó el tipo de defecto anatómico y el grado de este, según la clasificación de Baden-Walker. El 89.7% de las pacientes del presente estudio presentaron cistocele, este es el defecto anatómico más frecuente, de manera similar como se ha reportado en la literatura en otras series, donde se ha visto presencia de prolapso de compartimento anterior en alrededor del 84% de las pacientes que utilizan pesario. En este caso, de las pacientes con cistocele, 29.5% fueron grado 2, 56.8% grado 3 y 12.5% se describen como grado 4. (34) (Tabla 7)

El rectocele fue el segundo defecto más frecuente, presente en 66.3% de las pacientes, siendo la mayoría grado 2 (50.8%), seguido del grado 3 (36.9%). El prolapso apical se logró observar en el 55.1% de los casos, de los cuales 40.7% se clasificó como grado 3 y 27.8% como grado 4. Un 76.5% de las pacientes presentaron más de un defecto anatómico, tal como se describe en la literatura este es un hallazgo muy frecuente, dada la fisiopatología en común de los distintos tipos de prolapso. (23) (Tabla 8)

Tabla 7.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tipo de defecto anatómico que presentaron. Enero 2014-octubre 2018.

| Tipo de defecto anatómico | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Total | 98 | 100 |
| Cistocele | 88 | 89.8 |
| Rectocele | 65 | 66.3 |
| Prolapso apical | 54 | 55.1 |
| Prolapso de varios compartimentos | 75 | 76.5 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Tabla 8.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según grado del defecto anatómico que presentaron. Enero 2014-octubre 2018.

| Grado del defecto anatómico | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Cistocele | 88 | 100.0 |
| Uno | 1 | 1.1 |
| Dos | 26 | 29.5 |
| Tres | 50 | 56.8 |
| Cuatro | 11 | 12.5 |
| Rectocele | 65 | 100.0 |
| Uno | 8 | 12.3 |
| Dos | 33 | 50.8 |
| Tres | 24 | 36.9 |
| Prolapso apical | 54 | 100.0 |
| Uno | 4 | 7.4 |
| Dos | 13 | 24.1 |
| Tres | 22 | 40.7 |
| Cuatro | 15 | 27.8 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.2.3. Otros factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo que se han descrito asociados a POP por aumento en la presión intraabdominal, se encuentran el tabaquismo asociado a tos crónica, la obesidad, la constipación y la historia de enfermedad pulmonar. Sin embargo, en la literatura se encuentran hallazgos contradictorios al determinar una asociación entre estos y la aparición del POP. (38,39)

En los casos revisados, el 14% reportó antecedente de tabaquismo y fue un dato no consignado en 27% de los expedientes. (Gráfico 5)

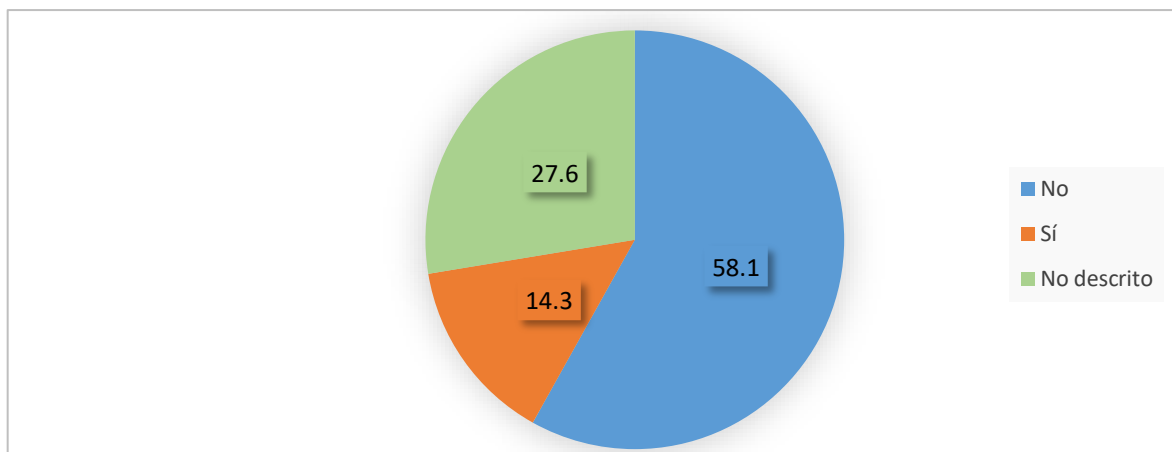


Gráfico 5. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según indicaron consumir o no tabaco. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Con respecto a la obesidad, 17.3% de las pacientes presentaron este diagnóstico, 46.9% no eran obesas y no fue posible calcular el IMC en 35.7%, por falta de datos. Según el primer Informe de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica del año 2007, el porcentaje de mujeres adultas mayores con sobrepeso u obesidad varía entre 19.9% y 36.4% según la edad de la adulta mayor, siendo mayor en la población más joven. (66) (Gráfico 6)

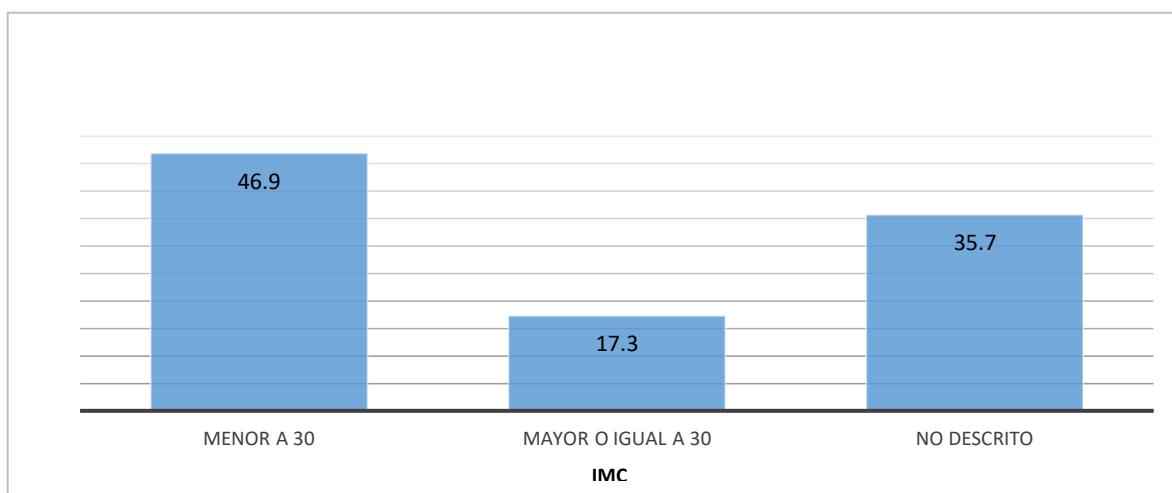


Gráfico 6. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según índice de masa corporal. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

No fue posible comparar los datos obtenidos con mayor certeza con los datos preexistentes de prevalencia de sobrepeso y obesidad en Costa Rica, dado que en este estudio no se tomó en cuenta el antecedente de sobrepeso, ya que la literatura habla de obesidad como factor de riesgo, además de que existió un gran faltante de datos en esta variable.

En el caso de la constipación, el POP puede favorecer la presencia de esta y viceversa. Además, el uso del pesario *per se* podría provocar cambios en el patrón defecatorio de la persona que lo utiliza. En la literatura no se ha logrado demostrar una relación entre el grado de prolapso y la constipación. En este estudio tampoco hubo una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables. (p 0.663) (25,52) (Tabla 9)

Tabla 9.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de constipación, según grado del defecto anatómico. Enero 2014-octubre 2018.

| Grado del defecto anatómico | Constipación | | Significancia |
|-----------------------------|--------------|----|---------------|
| | Sí | No | |
| Dos | 4 | 5 | |
| Tres | 22 | 32 | 0.663 |
| Cuatro | 4 | 10 | |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

La historia de constipación se documentó en 30.6% de las pacientes, porcentaje similar a la prevalencia de esta condición en mayores de 65 años, según datos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. No se describe en la literatura consultada la prevalencia de constipación específicamente en las pacientes que utilizan pesarios para manejo de POP. (Tabla 10) (26)

Tabla 10.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presencia o no de constipación. Enero 2014-octubre 2018.

| Constipación | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Total | 98 | 100 |
| No | 47 | 48.0 |
| Sí | 30 | 30.6 |
| No descrito | 21 | 21.4 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Por su parte, el antecedente de enfermedad pulmonar se anotó como positivo en 19.4% de las pacientes del estudio. (Gráfico 7).

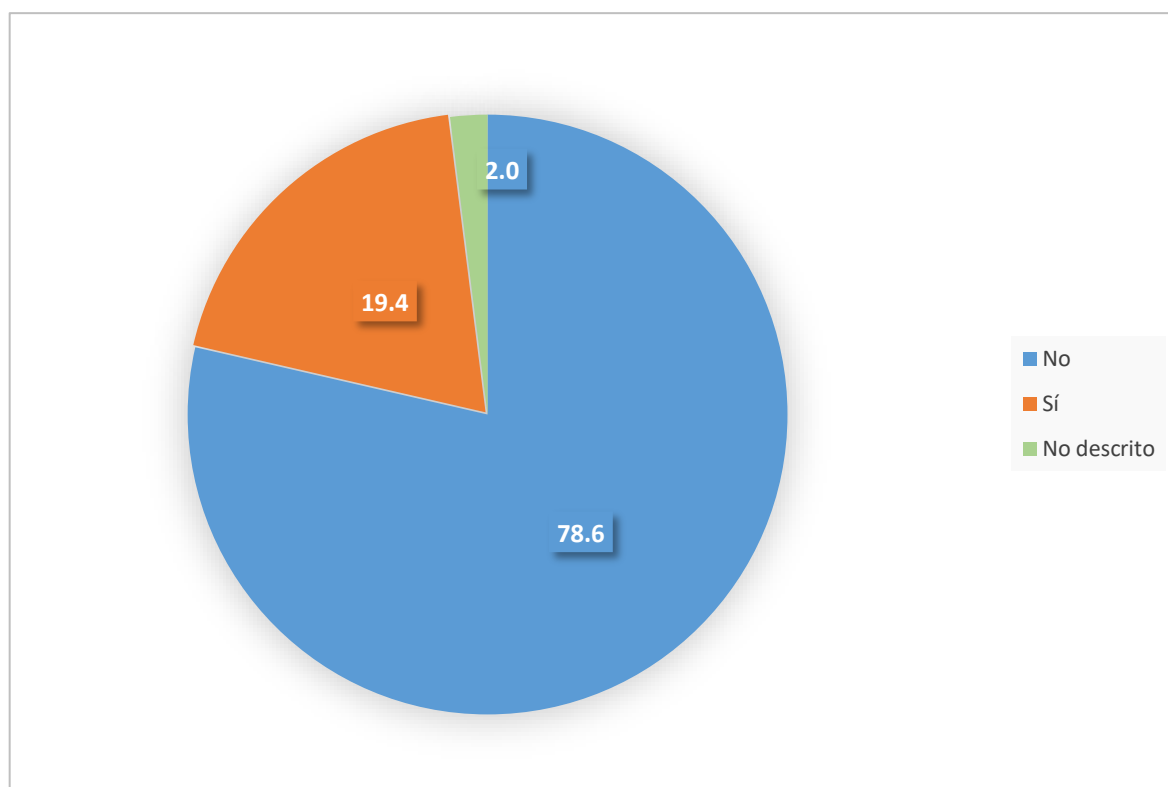


Gráfico 7. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presencia de enfermedad respiratoria crónica. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.3. Tipos de pesarios

Se registró el tipo de pesario utilizado en las pacientes enroladas en el estudio. El más frecuentemente utilizado fue el tipo anillo, seguido por el anillo con soporte y en menor cantidad el tipo dona, (n=55), (n=28) y (n=8), respectivamente; lo cual coincide con lo reportado en la literatura. (52,53) (Gráfico 8)

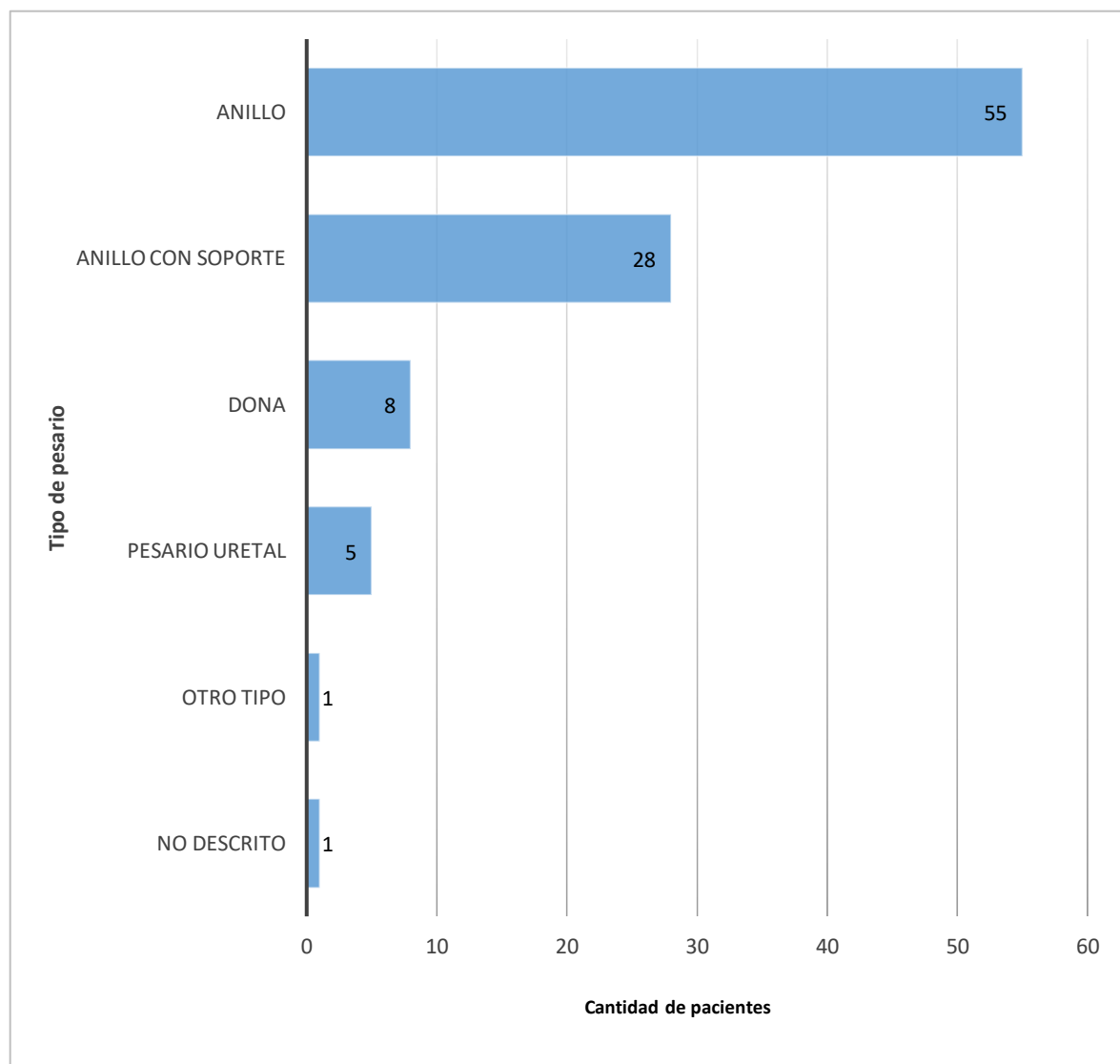


Gráfico 8. Cantidad de pacientes adultos mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tipo de pesario utilizado. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.4. Evolución clínica

5.4.1. Tiempo de uso del pesario.

En este estudio, del total de 98 pacientes incluidas, un 56% ha descontinuado el uso del pesario por causas que se discutirán más adelante; por su parte, 44% de las pacientes se mantienen activas. En la literatura se describen tasas de continuación a un año de 76%. Dado que no se ha dado seguimiento a este plazo a todas las pacientes, no es posible calcular este dato en el estudio. (43)

Al analizar el tiempo de uso del dispositivo, 40.8% de las usuarias han estado activas por 53 semanas o más, 21.4% por 27 a 52 semanas, 14.3% por 8 a 26 semanas y 21.4% durante 7 semanas o menos, tomando en cuenta la totalidad de la muestra. (Gráfico 9)

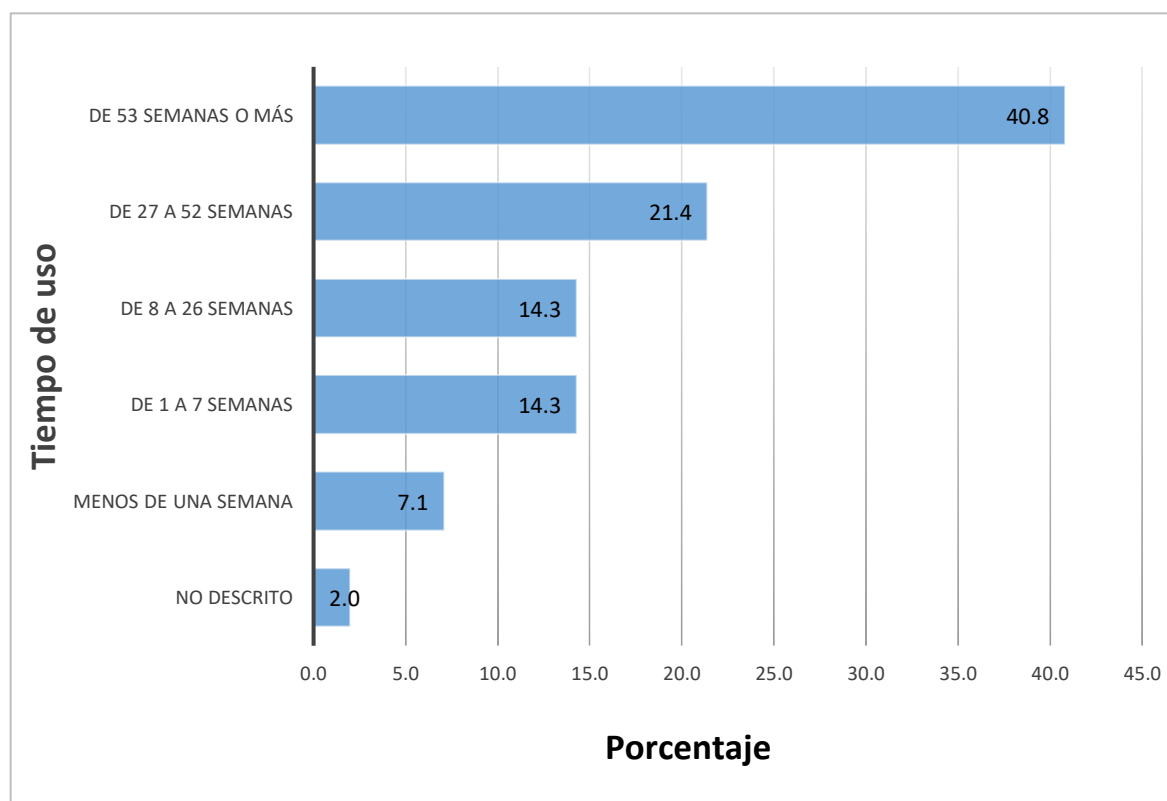


Gráfico 9. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tiempo de uso del pesario. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Al analizar el tiempo de uso del pesario de quienes ya no se encuentran activas, se observa que el 36% de las pacientes lo utilizaron por menos de 8 semanas, tiempo en el que se realiza el control médico y que se describe como un ajuste no exitoso. En ocasiones las pacientes deciden no intentar la recolocación, o bien, luego de varios intentos con diferentes tamaños o tipos de pesario, no se logra un ajuste exitoso y se opta por un manejo completamente conservador o se refieren para valorar la posibilidad de manejo quirúrgico. Únicamente 20% de quienes suspendieron el pesario lo habían utilizado por un año o más (n=11). (Tabla 11)

De las pacientes que se mantienen activas, un 67% ha utilizado el pesario por un año o más y existen pacientes que han cumplido 4 años de uso, quienes fueron de las que iniciaron el programa en el HNGG.

Tabla 11.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que suspendieron el uso del pesario, según tiempo de uso del pesario. Enero 2014-octubre 2018.

| Tiempo de uso del pesario | Frecuencia |
|----------------------------------|-------------------|
| Total | 55 |
| Menos de una semana | 7 |
| De 1 a 7 semanas | 13 |
| De 8 a 26 semana | 10 |
| De 27 a 52 semanas | 12 |
| 53 semanas o más | 11 |
| No se indica | 2 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.4.2. Persona que realiza los cambios del pesario.

El médico puede educar a la paciente, al familiar o al cuidador sobre cómo realizar los cambios de pesario y el cuidado básico del mismo, lo cual aumenta la autonomía de la paciente. Esto dependerá de su disposición para considerar esta alternativa, así como de su estado funcional y cognitivo. (23,46)

En este estudio, el 84.7% de los pesarios se cambian en la Clínica de Incontinencia por parte del personal médico, el 9.2% los cambia el cuidador y un 6.1% de las pacientes realizan los cambios por sí mismas. Por lo general, las pacientes indican preferir que se les realicen los cambios en el consultorio médico, aunque esto implique trasladarse y asistir a citas con frecuencia. (Gráfico 10)

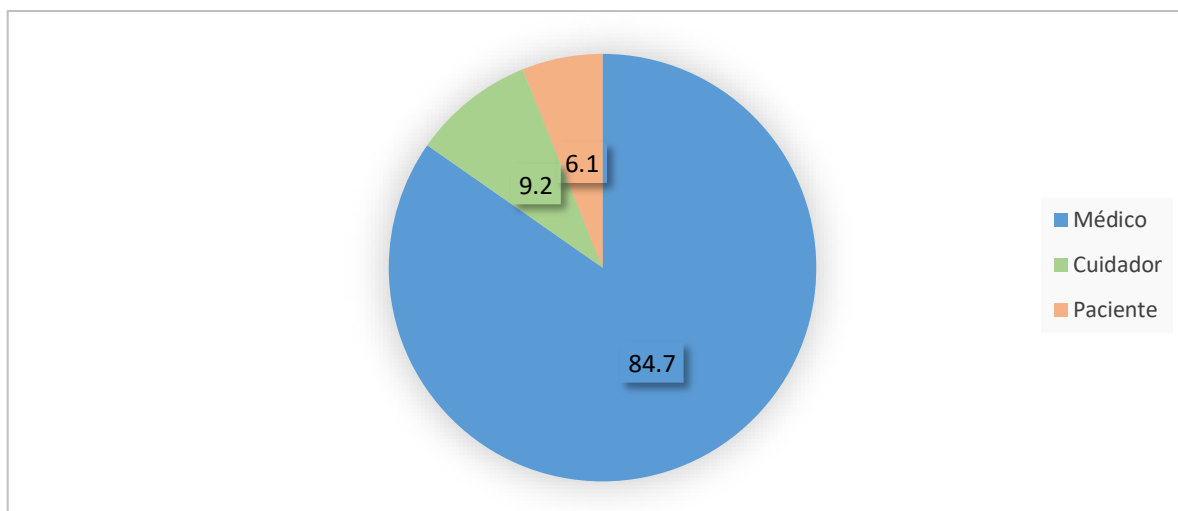


Gráfico 10. Distribución porcentual de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según persona que realiza el cambio del pesario. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.4.3. Uso de estrógenos vaginales.

Los estrógenos vaginales son ampliamente recomendados en la literatura como una de las principales medidas preventivas para el desarrollo de complicaciones. (53)

En los expedientes revisados para la elaboración de este estudio, no se señaló el apego al tratamiento con estrógenos vaginales en 41.8% de los casos, un 38.8% utilizaron el tratamiento como lo indicado y un 19.4% no lo utilizaron, de los cuales la mayoría fue por inadherencia (n=16) y una pequeña cantidad por intolerancia (n=3). (Tabla 12)

Tabla 12.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según uso de estrógenos. Enero 2014-octubre 2018.

| Uso de estrógenos | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|--------------|
| Total | 98 | 100.0 |
| Sí | 38 | 38.8 |
| No | 19 | 19.4 |
| No descrito | 41 | 41.8 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Al analizar la relación entre el uso de estrógenos y la aparición de complicaciones, se encuentra evidencia estadística para afirmar que existe una relación de dependencia de sufrir algún tipo de complicación, según sea el uso de estrógenos. Aquellas personas que indicaron o reportaron no sufrir ningún tipo de complicación en su mayoría usaron estrógenos. ($p < 0.05$) (Gráfico 11)

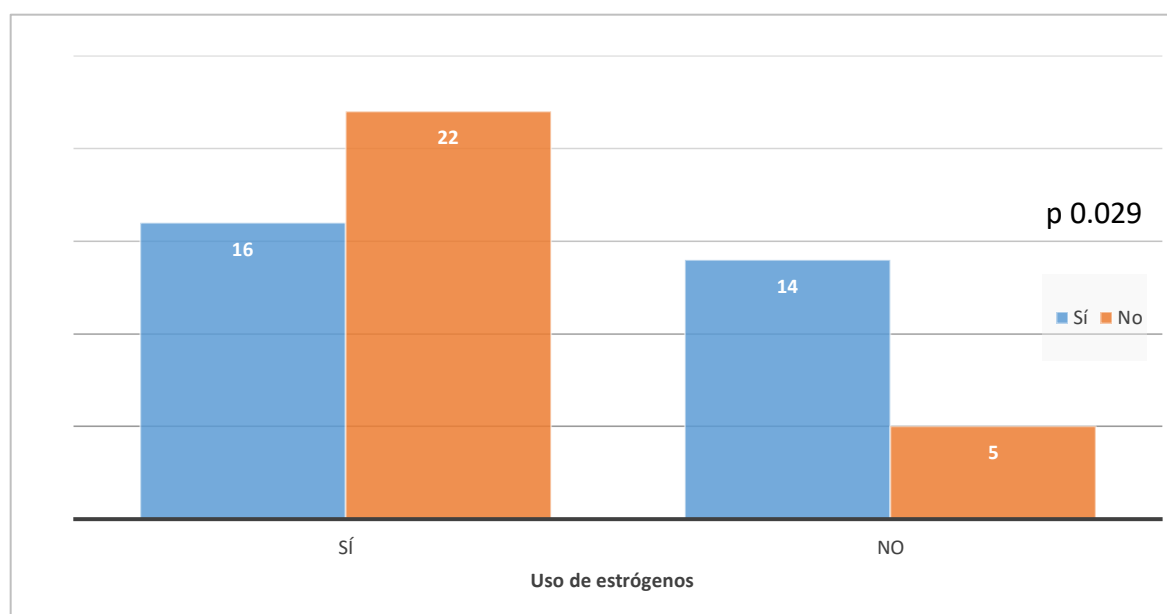


Gráfico 11. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de complicación, según uso de estrógenos. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.4.4. Mejoría subjetiva.

El objetivo principal del tratamiento, como ya se ha mencionado, es la mejoría de los síntomas que produce el prolapso. Si bien existen medidas objetivas para valorar la mejoría y la calidad de vida de las pacientes con trastornos del piso pélvico como lo son las escalas validadas para este fin, estas no han sido utilizadas en las pacientes de la consulta de pesarios de la Clínica de Incontinencia del HNGG hasta el momento. A pesar de esto, en el seguimiento regular que se les ofrece a las pacientes, con frecuencia se les consulta si hubo mejoría subjetiva tras la resolución del prolapso con respecto a incontinencia urinaria, síntomas obstructivos o infecciones del tracto urinario. (7)

De las pacientes que formaron parte del estudio, únicamente el 11.2% negó haber tenido mejoría, el 61.2% refirió alivio de al menos un síntoma (n=60); tomando en cuenta que no se anotó información al respecto en 27.6% de los casos. De estas, la mayoría indicó haber mejorado con respecto a los síntomas obstructivos (n=48), en menor cantidad se registraron las pacientes que mejoraron la incontinencia urinaria (n=27) y las infecciones del tracto urinario (n=10). (Gráfico 12)

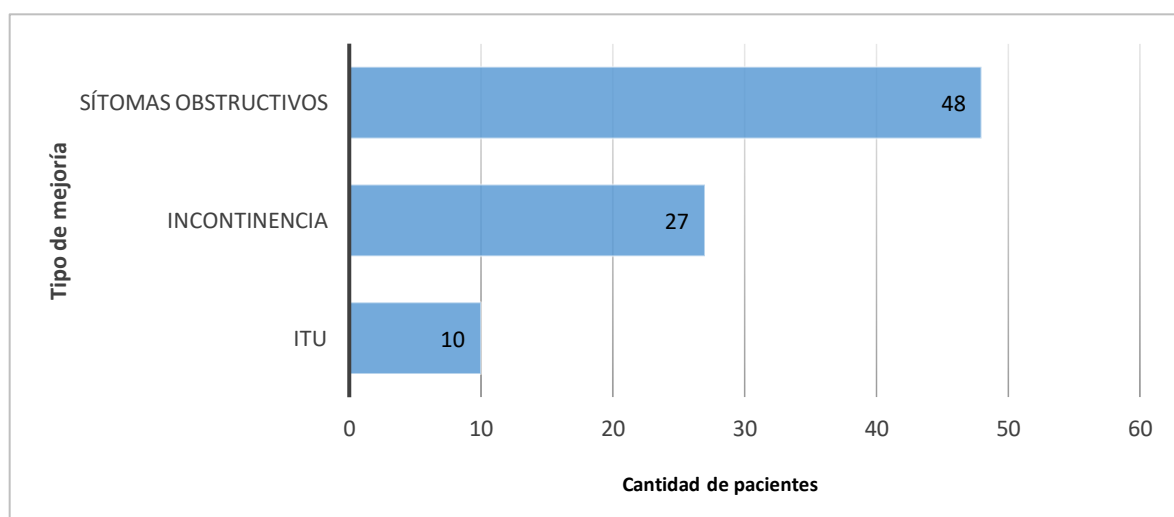


Gráfico 12. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario e indicaron presentar mejoría subjetiva, según síntoma que mejoró. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Se encuentra evidencia estadística para afirmar que existe una relación de dependencia entre presentar una mejoría subjetiva y estar activa en el uso del pesario o no. Es decir, aquellas personas que reportaron una mejoría subjetiva en su mayoría se mantienen activas en el uso del dispositivo. ($p < 0.05$) (Tabla 13)

Tabla 13.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de mejoría subjetiva, según suspensión o no del uso del pesario. Enero 2014-octubre 2018.

| Pesario suspendido | Mejoría subjetiva | | Significancia |
|--------------------|-------------------|----|---------------|
| | Sí | No | |
| Sí | 23 | 32 | 0.000 |
| No | 36 | 5 | |

Nota: Estadísticamente significativo a la prueba Exacta de Fisher.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.4.5. Necesidad de cambio del pesario.

En el proceso de selección del pesario, el médico realiza una exploración física en la que, luego de establecer cuál es el defecto anatómico, se estima la longitud del canal vaginal y del introito con el objetivo de elegir el dispositivo que considera más apropiado para cada paciente. Existe, además, un kit de prueba, el cual consta de distintos tipos y tamaños de pesarios y es útil para confirmar que la elección es correcta. No es inusual que se requiera cambiar el tipo o tamaño del pesario a lo largo del tiempo, especialmente al inicio del tratamiento; asimismo, la anatomía y el grado de prolapso puede variar, lo que llevaría a la necesidad de cambio del pesario.

En este estudio, el 38.8 % de las pacientes ameritaron cambio ya fuera en el tipo del pesario o en el tamaño de este, con respecto al que se colocó en la primera valoración. Comparativamente, en el estudio realizado por Wolff et al., se describió que el 37% de las participantes requirió un cambio en el tipo o tamaño del pesario colocado la primera vez. (43,52) (Tabla 14)

Tabla 14.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según presentaron o no necesidad de cambio del tipo o tamaño de pesario. Enero 2014-octubre 2018.

| Necesidad de cambio | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Total | 98 | 100 |
| No | 59 | 60.2 |
| Sí | 38 | 38.8 |
| No descrito | 1 | 1.0 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.5. Complicaciones

La tasa de complicaciones varía en un amplio rango, según los reportes entre 12 y 83%. De las pacientes enroladas en el presente estudio, 48% no reportó ninguna complicación, mientras que 45.9% indicó haber tenido una o más complicaciones, todas estas leves. Coinciden con lo reportado en los estudios revisados, las complicaciones más frecuentes fueron la caída involuntaria del pesario (n=21) y la leucorrea (n=18). No se reportó ninguna complicación severa de las que se describen en la literatura. (43) (Gráfico 13)

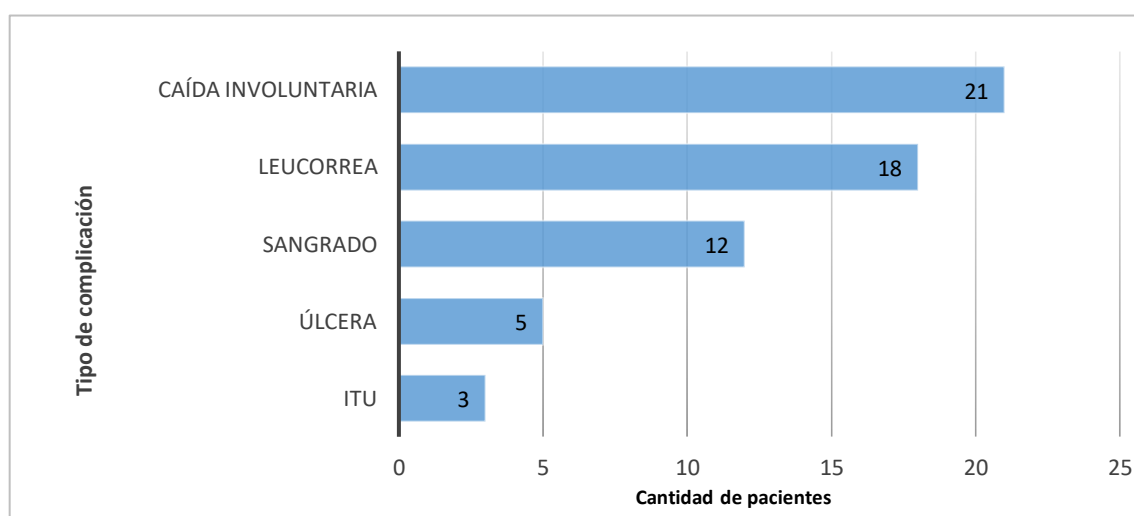


Gráfico 13. Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, con prolapso urogenital que utilizaron pesario, según tipo de complicación reportada. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Al relacionar el reporte de complicaciones con respecto a quién realizó el cambio del pesario, impresiona que proporcionalmente se presentan menos eventos adversos en quienes se realizaron los cambios en el hogar, sin embargo, la cantidad de pacientes en esta categoría es pequeña y no hubo una relación estadísticamente significativa que permita apoyar esta afirmación. (Tabla 15)

Tabla 15.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de complicación, según tipo de persona que realiza el cambio de pesario. Enero 2014-octubre 2018.

| Persona que realiza cambio | Complicación | | Significancia |
|----------------------------|--------------|----|---------------|
| | Sí | No | |
| Médico | 41 | 36 | 0.122 |
| Cuidador | 3 | 6 | |
| Paciente | 1 | 5 | |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Se encuentra evidencia estadística para afirmar que existe asociación entre sufrir algún tipo de complicación o no y el tipo de pesario utilizado. Según los datos obtenidos, tomando en cuenta que la cantidad de pacientes utilizando pesarios distintos al anillo o anillo con soporte es pequeña, se encontró que estas pacientes presentaron más complicaciones en comparación con quienes sí utilizaron un anillo para el manejo del POP. (p 0.035) (Gráfico 14)

En un estudio realizado por Abdulaziz et al., que se encargó de revisar la literatura existente en los últimos 60 años en busca de una asociación entre la presencia de complicaciones y el tipo de pesario utilizado, no se logró determinar esta asociación por falta de estudios en este sentido. Por lo general, las complicaciones se atribuyen a la falta de un adecuado seguimiento y cuidado. Se requieren más estudios para determinar si existe más riesgo de complicaciones según el tipo, tamaño o material del pesario. (64)

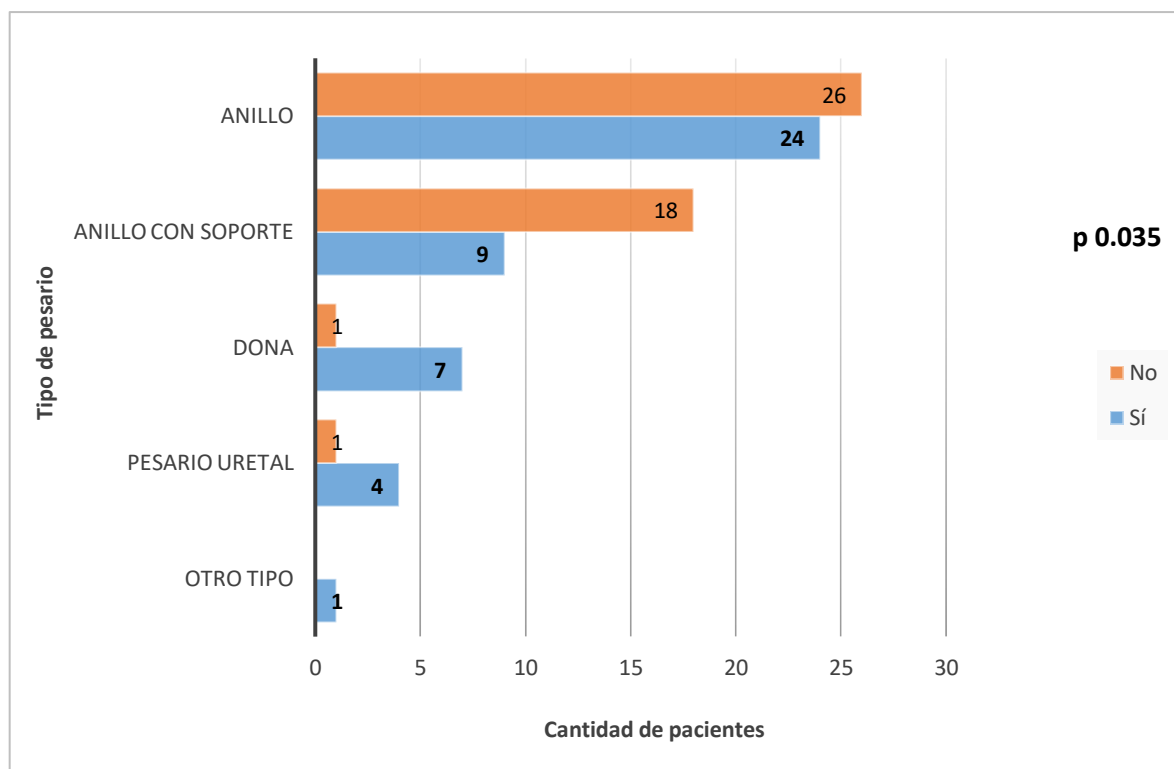


Gráfico 14. Cantidad de pacientes adultos mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario, por presencia de complicaciones, según tipo de pesario utilizado. Enero 2014-octubre 2018.

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

5.6. Causas de suspensión

Las causas a las cuales se les atribuyó la suspensión del pesario en las pacientes enroladas en el estudio coinciden con las que se describen en la literatura. Entre estas, el optar por manejo quirúrgico fue la causa más frecuente, lo cual se observó en 23.6% de quienes suspendieron el tratamiento, correspondiente a un 13.2% de la población total, en comparación al porcentaje que se reporta en la literatura que varía de 12 a 20% de pacientes que deciden optar por cirugía posterior a uso del pesario. Seguidamente, el reporte de incomodidad fue la segunda causa más frecuente de suspensión (21.8%) y en menor cantidad se anotaron causas como la leucorrea persistente, la incapacidad para asistir a las citas médicas, la pérdida de seguimiento, entre otras. (11) (Tabla 16)

Tabla 16.

Cantidad de pacientes adultas mayores de la Clínica de Incontinencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología con prolapso urogenital que utilizaron pesario y se suspendió su uso, según causa de suspensión del pesario. Enero 2014-octubre 2018.

| Causa suspensión | Frecuencia |
|--|-------------------|
| Total | 55 |
| Optar por procedimiento quirúrgico | 13 |
| Incomodidad | 12 |
| No lo desea | 8 |
| No volvió | 6 |
| Leucorrea persistente | 3 |
| Se cayó | 3 |
| Falleció | 3 |
| Incapacidad para asistir a citas médicas | 2 |
| Deterioro cognitivo | 1 |
| Resolvió síntomas | 1 |
| No descrito | 3 |

Fuente: elaboración propia basada en datos del expediente clínico de adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario, Clínica de Incontinencia Urinaria- HNGG.

Capítulo VI. Conclusiones

1. Como parte del perfil clínico de las adultas mayores con prolapso urogenital que utilizaron pesario en la Clínica de Incontinencia del HNGG en el periodo comprendido de enero 2014 a octubre 2018, según los datos obtenidos, sociodemográficamente se describe en su mayoría pacientes en el rango de edad entre 70 y 74 años, vecinas de San José y casadas.
2. El factor de riesgo para POP que se describe con mayor frecuencia en la población estudiada fue la multiparidad.
3. El reporte de incontinencia urinaria fue mayor que el descrito en la literatura para este grupo poblacional, tomando en cuenta que el motivo inicial de referencia a la Clínica de Incontinencia es en muchas ocasiones la incontinencia propiamente y no el prolapso.
4. El cistocele fue el defecto anatómico documentado con mayor frecuencia, seguido del rectocele y en menor porcentaje el prolapso apical. Fue muy usual también la presencia de prolapso de varios compartimentos, hallazgo compatible con lo descrito en la literatura.
5. Se observó un mayor porcentaje de pacientes con menopausia prematura que el descrito para poblaciones similares en la literatura.
6. El pesario más frecuentemente utilizado fue el tipo anillo, seguido por el anillo con soporte y en menor cantidad el tipo dona.
7. De todas las pacientes que iniciaron en algún momento la terapia con pesario en la Clínica de Incontinencia del HNGG, 44% se mantienen activas. De estas el 67% ha utilizado el pesario por al menos un año.

8. La mayoría de las pacientes presentaron algún tipo de mejoría subjetiva con el uso del pesario y quienes no reportaron mejoría suspendieron con mayor frecuencia el uso del dispositivo.
9. Las complicaciones se observaron en 45.9% de los casos, siendo la caída involuntaria del pesario la complicación más frecuente, seguida de la presencia de leucorrea.
10. En esta serie de pacientes se presentaron más complicaciones en quienes utilizaron un pesario tipo dona o un pesario uretral.
11. La causa de suspensión del pesario más frecuente fue el optar por un procedimiento quirúrgico, seguido del reporte de incomodidad por parte de la paciente.

Capítulo VII. Recomendaciones y limitaciones

7.1. Recomendaciones

1. En toda paciente con diagnóstico de POP sintomático, se debe contemplar como una alternativa el uso de un pesario vaginal para su manejo.
2. El uso de escalas de calidad de vida validadas, como el Inventario de Problemas del Piso Pélvico y el Cuestionario de Impacto del Piso Pélvico-7, se recomienda con el fin de objetivar el impacto de este programa del hospital en la vida de las pacientes.
3. Es necesario realizar una adecuada historia clínica y examen físico, ya que esto en conjunto con la experiencia del médico que realiza el procedimiento puede orientar la elección más adecuada del tipo de pesario y así lograr un ajuste exitoso.
4. Conocer la evolución usual de las pacientes y las posibles complicaciones es importante, con el fin de tomar una decisión informada en conjunto el médico con la paciente y lograr una mayor continuidad en el uso del dispositivo.
5. Se debe hacer especial énfasis en el uso de estrógenos vaginales de estas pacientes, con el fin de prevenir la aparición de complicaciones.
6. Seleccionar adecuadamente a la paciente puede ayudar a disminuir el riesgo de complicaciones, preferiblemente debe ser una paciente que pueda asistir a los controles médicos con regularidad y seguir las recomendaciones dadas por el personal médico.
7. Fomentar la educación en el autocuidado del pesario en las pacientes en que funcionalmente sea una opción, o bien educar a los familiares para que hagan los cambios en el hogar, esto con el fin de mejorar la independencia y lograr cambios más frecuentes.

8. Apoyar la educación de las pacientes con un folleto informativo sobre los pesarios y su cuidado, además de la instrucción verbal, para mejorar el apego al tratamiento y disminuir el riesgo de complicaciones.

7.2. Limitaciones

1. Al tratarse de una población preseleccionada, no es posible sacar conclusiones que se extrapolen a la población general.
2. Información faltante en los expedientes limitó la interpretación estadística de los datos obtenidos.
3. Al tratarse de pacientes que en ocasiones son referidos directamente a la Clínica de Incontinencia, no cuentan siempre con una valoración geriátrica integral, la cual hubiera aportado algunos de los datos faltantes.
4. Algunas pacientes perdieron el control médico, por lo que no fue posible documentar la presencia de complicaciones ni la causa de suspensión en estas pacientes.

Bibliografía

1. Brenes Camacho G, Araya Umaña OM, González Quesada ME MFF. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad, 1950-2050. San José, Costa Rica CCP INEC, Inst Nac Estadística y Censos. 2013;97 p.
2. Powers SA, Burlison LK, Hannan JL. Managing female pelvic floor disorders : a medical device review and appraisal. 2019.
3. Mao M, Ai F, Zhang Y, Kang J, Liang S, Xu T, et al. Changes in the symptoms and quality of life of women with symptomatic pelvic organ prolapse fitted with a ring with support pessary. *Maturitas* [Internet]. 2018;117(1):51–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.09.003>
4. Pizarro-Berdichevsky J, Clifton MM, Goldman HB. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse in Elderly Women. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2015;31(4):507–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2015.06.008>
5. INEC. Censo Poblacional 2011. San José, Costa Rica CCP INEC, Inst Nac Estadística y Censos. Cuadro 6.
6. Sung VW, Wohlrab KJ, Madsen A, Raker C. Patient-reported goal attainment and comprehensive functioning outcomes after surgery compared with pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;215(5):659.e1-659.e7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.06.013>
7. Majeroni BA, Johnson DW. Pelvic organ prolapse. *Am Fam Physician* [Internet]. 2010;81(9):1111–7. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=20433127>
8. Griebing TL. Vaginal pessaries for treatment of pelvic organ prolapse in elderly women. *Curr Opin Urol*. 2016;26(2):201–6.
9. Ko PC, Lo TS, Tseng LH, Lin YH, Liang CC, Lee SJ. Use of a Pessary in Treatment of Pelvic Organ Prolapse: Quality of Life, Compliance, and Failure at 1-Year Follow-up. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2011;18(1):68–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2010.09.006>
10. Farthmann J, Watermann D, Zamperoni H, Wolf C, Fink T, Gabriel B. Pelvic organ prolapse surgery in elderly patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(6):1421–5.
11. Ramsay S, Tu LM, Tannenbaum C. Natural history of pessary use in women aged 65 – 74 versus 75 years and older with pelvic organ prolapse: a 12-year study. *Int Urogynecol J*. 2016;27(8):1201–7.
12. Coolen AL, Troost S, Mol B, Roovers JP, Bongers M. Primary treatment of pelvic organ prolapse: pessary use versus prolapse surgery. *Int Urogynecol J*. 2018;29(1):99–107.

13. Clemons JL, Aguilar VC, Sokol ER, Jackson ND, Myers DL. Patient characteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):159–64.
14. Miller KL, Griebeling TL. Gynecologic Disorders. In: Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S, Supiano MA, et al., editors. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 7e* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2017. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1136589957>
15. Miller KL, Baraldi CA. Geriatric gynecology: Promoting health and avoiding harm. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207(5):355–67.
16. Yimphong T, Temtanakitpaisan T, Buppasiri P, Chongsomchai C, Kanchaiyaphum S. Discontinuation rate and adverse events after 1 year of vaginal pessary use in women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2018;29(8):1123–8.
17. Pérez YA, ... JMT-RC, 2016 U. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. *MedigraphicCom* [Internet]. 2016;8:99–110. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72109>
18. Chow D, Rodríguez L V. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol.* 2013;23(4):293–8.
19. Waite LJ, Laumann EO, Das A, Schumm LP. Sexuality : Measures of Partnerships , Practices , Attitudes , and Problems in the National Social Life , Health , and Aging Study. 2009;56–66.
20. Thiagamorthy G, Cardozo L, Srikrishna S, Toozs-Hobson P, Robinson D. Management of prolapse in older women. *Post Reprod Heal.* 2014;20(1):30–5.
21. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. 2013;1783–90.
22. Rodrigo G, Jorge L, Mario A, Jaime J, Amalia A. Prolapso genital. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. *Rev Hosp Clín univ Chile.* 2011;(22):211–20.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pelvic Organ Prolapse, Practice Bulletin No. 185. *Obstet Gynecol.* 2017;130(5):e234–50.
24. Decherney AH, Laufer N, Nathan L, Roman AS. *Diagnóstico y Tratamiento - Ginecoobstétricos.* 11th ed. McGrawHill, editor. 2014.
25. Arya LA, Novi JM, Shaunik A, Morgan MA, Bradley CS. Pelvic organ prolapse , constipation , and dietary fiber intake in women : A case-control study. 2005;
26. Bixquert M, López J, Mascaró J. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Estreñimiento en el anciano. Verdejo C, editor. *International Marketing and Communication;* 2014.

27. Giannini A, Caretto M, Russo E, Mannella P, Simoncini T, Caretto M, et al. Advances in surgical strategies for prolapse. *Advances in surgical strategies for prolapse. Climacteric*. 2019;22(1):60–4.
28. Hoz FJE La. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. 2015;28(3).
29. Cohen D. Prolapso Genital Femenino : Female Pelvic Organ Prolapse : What You Should Know. *Rev médica clínica Condes*. 2013;202–9.
30. Barber MD. Pelvic organ prolapse. 2016;3853(July):1–9.
31. Anderson KM, Davis K, Flynn BJ. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. *Med Clin North Am* [Internet]. 2015;99(2):405–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.011>
32. Baessler K, Maher C, Haya N, Tj C, Brown J. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence (Review). 2018;(8).
33. García A. Prolapso de órganos pélvicos. *Iatreia*. 2002;15(1):56–67.
34. Marangoni-junior M, Gustavo L, Brito O, Raquel C, Juliato T. Quality of life and vaginal symptoms of postmenopausal women using pessary for pelvic organ prolapse : a prospective study. 2018;64(12):1103–7.
35. Jons KA, Moalli PA. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* [Internet]. 2010;16(2):79–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2009.09.001>
36. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women ’ s Health Initiative : Gravity and gravidity. 2002;1160–6.
37. Salvatore S, Siesto G, Serati M. Risk factors for recurrence of genital prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010;22(5):420–4.
38. Washington BB, Ereksion EA, Kassis NC, Myers DL. AUGS Papers The association between obesity and stage II or greater prolapse. *YMOB*. 2010;202(5):503.e1-503.e4.
39. Dumoulin C, Pazzoto Cacciari L, Mercier J. Keeping the pelvic floor healthy. Vol. 22, *Climacteric*. Taylor & Francis; 2019. p. 257–62.
40. Shveiky D, Kudish BI, Iglesia CB, Park AJ, Sokol AI, Lehman AM, et al. Effects of bilateral salpingo-oophorectomy at the time of hysterectomy on pelvic organ prolapse: results from the Women’s Health Initiative trial. 2015;22(5):483–8.
41. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Pelvic Organ Prolapse. In: *Williams Gynecology, 3e* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2016. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1125288883>
42. Española RA. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23. 2019 [cited 2019 Jul

- 25]. Available from: <https://dle.rae.es>
43. Wolff B, Williams K, Winkler A, Lind L, Shalom D. Pessary types and discontinuation rates in patients with advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2017;28(7):993–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3228-9>
 44. Panman CMCR, Wiegersma M, Kollen BJ, Burger H, Berger MY, Dekker JH. Predictors of unsuccessful pessary fitting in women with prolapse: a cross-sectional study in general practice. *Int Urogynecol J*. 2017;28(2):307–13.
 45. Hooper GL. Person-Centered Care for Patients with Pessaries. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2018;53(2):289–301. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.006>
 46. Lamers BHC, Broekman BMW, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2011;22(6):637–44. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-011-1390-7>
 47. Patel M, Mellen C, O’Sullivan DM, LaSala CA. Impact of pessary use on prolapse symptoms, quality of life, and body image. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010;202(5):499.e1-499.e4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.01.019>
 48. Murray C, Thomas E, Pollock W. Vaginal pessaries: can an educational brochure help patients to better understand their care? *J Clin Nurs*. 2017;26(1–2):140–7.
 49. Friedman S, Sandhu KS, Wang C, Mikhail MS, Banks E. Factors influencing long-term pessary use. *Int Urogynecol J*. 2010;21(6):673–8.
 50. Tso C, Lee W, Austin-Ketch T, Winkler H, Zitkus B. Nonsurgical Treatment Options for Women With Pelvic Organ Prolapse. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2018;22(3):228–39. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.03.007>
 51. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehn K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(4):1–8.
 52. Robert M, Schulz JA, Harvey MA, Lovatsis D, Walter JE, Chou Q, et al. Technical Update on Pessary Use. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2013;35(7):664–74.
 53. Neumann P, Grimmer-Somers K, Worley A, Thorpe O. Guidelines for the Use of Support Pessaries in the Management of Pelvic Organ Prolapse. *Cont Found Aust Int Allied Heal Evidence, Univ South Aust*. 2012;(July).
 54. Geoffrion R, Zhang T, Lee T, Cundiff GW. Clinical characteristics associated with unsuccessful pessary fitting outcomes. *Obstet Gynecol Surv*. 2014;69(2):79–81.
 55. Bugge C, Hagen S, Thakar R. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and urinary incontinence: A multiprofessional survey of practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor*

- Dysfunct. 2013;24(6):1017–24.
56. Al-Shaikh G, Syed S, Osman S, Bogis A, Al-Badr A. Pessary use in stress urinary incontinence: a review of advantages, complications, patient satisfaction, and quality of life. *Int J Womens Health*. 2018;10:195–201.
 57. Dwyer L, Kearney R, Lavender T. Practitioner Training. *Assoc Cogn Anal Ther* [Internet]. 2015;28(9). Available from: <http://www.acat.me.uk/page/cat+practitioner+training>
 58. Farrell SA. Pessaries for the management of stress urinary incontinence. *J SOGC* [Internet]. 2001;23(12):1184–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0849-5831\(16\)30965-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0849-5831(16)30965-X)
 59. Sánchez BS, Torres Lacomba M, Navarro Brazález B, Cerezo Téllez E, Pacheco Da Costa S, Gutiérrez Ortega C. Responsiveness of the Spanish Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaires Short Forms (PFDI-20 and PFIQ-7) in women with pelvic floor disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;190:20–5.
 60. Chan SSC, Cheung RYK, Lai BPY, Lee LL, Choy KW, Chung TKH. Responsiveness of the Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaire in women undergoing treatment for pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2013;24(2):213–21.
 61. Treszezamsky AD, Karp D, Dick-Biascoechea M, Ehsani N, Dancz C, Montoya TI, et al. Spanish translation and validation of four short pelvic floor disorders questionnaires. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2013;24(4):655–70. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-012-1894-9>
 62. Barber MD, Walters MD, Cundiff GW. Responsiveness of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ) in women undergoing vaginal surgery and pessary treatment for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1492–8.
 63. Morton L. Sexuality in the Older Adult. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2017;44(3):429–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.004>
 64. Abdulaziz M, Stothers L, Lazare D. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. 2015;9(June).
 65. Soto L. Incontinencia Fecal en el Adulto Mayor. Universidad de Costa Rica; 2016.
 66. Fernández-Rojas X. Primer Informe de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. 2015;(October 2007).

Anexos

Anexo 1. Hoja de recolección de datos

| | | | |
|---|--|--|---|
| Edad (años cumplidos): 1. 60 a 64 años 2. 65 a 69 años 3. 70 a 74 años 4. 75 a 79 años 5. 80 a 84 años 6. 85 a 89 años 7. Más de 90 años | Provincia de domicilio: 0. indeterminado 1. San José 2. Heredia 3. Alajuela 4. Cartago 5. Puntarenas 6. Guanacaste 7. Limón | Estado civil 0. No descrito 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre | Índice de masa corporal 0. No es posible calcularlo 1. Menor a 18,5 2. 18,6 a 22 3. 22,1 a 29,9 4. Mayor a 30 |
| Gravidez 0. No descrito 1. Nuligesta 2. Primigesta (1) 3. Multigesta (2 a 4) 4. Gran multigesta (más de 5) | Paridad 0. No descrito 1. Nulípara 2. Primípara (1) 3. Multípara (2 a 4) 4. Gran multípara (más de 5) | Cesáreas 0. No descrito 1. 0 2. 1 3. 2 o más | Trauma obstétrico 0. No descrito 1. Sí 2. No |
| Menopausia 0. No descrito 1. Prematura (menos de 40 años) 2. Temprana (41 a 45 años) 3. Normal (46 a 54 años) 4. Tardía (55 años o más) | Uso de terapia de reemplazo hormonal 0. No descrito 1. Sí 2. No | Vida sexual activa 0. No descrito 1. Sí 2. No | Antecedentes quirúrgicos ginecológicos 0. No descrito 1. Cirugía de reparación de prolapso 2. Otras cirugías pélvicas 3. Niega |
| Tabaquismo 0. No descrito 1. Sí 2. No | Enfermedades del tejido conectivo 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Mielopatías 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Enfermedad respiratoria crónica 0. No hay datos 1. Sí 2. No |
| Incontinencia Urinaria Esfuerzo 1. Sí 2. No Urgencia 1. Sí 2. No Mixta 1. Sí 2. No Otra 1. Sí 2. No | Incontinencia Fecal 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Constipación 0. No hay datos 1. Sí 2. No | |
| Defecto Anatómico Tiene Grado Cistocele 1. Sí 2. No a- 1 b- 2 c-3 d-4 Rectocele 1. Sí 2. No a- 1 b- 2 c-3 d-4 Enterocel 1. Sí 2. No a- 1 b- 2 c-3 d-4 Prolapso apical 1. Sí 2. No a- 1 b- 2 c-3 d-4 Rectocele 1. Sí 2. No a- 1 b- 2 c-3 d-4 | | Tiempo de uso del pesario 1. Menos de una semana 2. 1 a 7 semanas 3. 8 a 26 semanas 4. 27 a 52 semanas 5. 53 semanas o más | Persona que realiza los cambios de pesario 1. Médico 2. Cuidador 3. Paciente |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| Tipo de pesario 1. Anillo 2. Anillo con soporte 3. Pesario uretral 4. Dona 5. Pesario de Hodge 6. Pesario de globo inflable 7. Otro | | Tamaño a. 2 b. 3 c. 4 d.5 a. 2 b. 3 c. 4 d.5 a. 2½ b. 2¾ c. 3 d. 3¼ a. 2 b. 3 c. 4 d.5 a. S b. M c. L | Uso de estrógenos vaginales 0. No hay datos 1. Sí 2. No a. No adherencia b. Intolerancia | Necesidad de cambios de pesario 1. Sí 2. No |
| | | | Mejoría subjetiva 1. Sí a. Síntomas obstructivos b. ITU c. Incontinencia 2. No 3. No se anota | |
| Infecciones de tracto urinario 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Leucorrea 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Sangrado vaginal 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Úlcera 0. No hay datos 1. Sí 2. No | |
| Obstrucción intestinal 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Fístulas 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Encarcelamiento 0. No hay datos 1. Sí 2. No | Caída involuntaria del pesario 0. No hay datos 1. Sí 2. No | |
| Causa de suspensión 1. Leucorrea persistente 2. Úlcera persistente 3. Mal apego a tratamiento 4. Incapacidad para asistir a citas médicas 5. Dolor 6. Incomodidad 7. Reinicio de actividad sexual 8. Optar por procedimiento quirúrgico 9. Otra | | | | |

Anexo 2. Hoja de aprobación de filología

San José, 25 de setiembre de 2019

Señores (as):

Universidad de Costa Rica

Estimados señores (as):

Yo, María Fernanda Sanabria Coto, cédula de identidad 1-1429-0780, bachiller en Filología española, perteneciente a la Asociación Costarricense de Filólogos, carné 225 y al Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes de Costa Rica, código 75402, hago constar que he revisado el proyecto titulado:

Perfil clínico y complicaciones de las adultas mayores con prolapso urogenital que utilizan pesario en la Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, en el periodo comprendido de enero 2014 a octubre 2018

Dicho documento fue elaborado por Pilar Carmona Mena, cédula de identidad 1-1343-0624. El proyecto fue realizado con el fin de optar al título de Especialista en Geriátría y Gerontología. He revisado y corregido aspectos tales como construcción de párrafos, vicios del lenguaje trasladados a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico. Por lo tanto, con los cambios aplicados, considero que está listo para ser presentado.

Atentamente,

Fernanda S. Coto.



María Fernanda Sanabria Coto
Asociación Costarricense de Filólogos. Carné nro. 225
Colypro. Código 75402
fernanda.sanabria@filologos.cr

Anexo 3. Guía de autocuidado del pesario vaginal (dirigida a la paciente o al cuidador)

¿Qué es un pesario?

El pesario es un dispositivo que tiene como función principal sostener los órganos pélvicos cuando estos han descendido más de lo normal, ya sea la vejiga, el útero o el recto; esto se conoce como prolapso de órganos pélvicos. Son una alternativa utilizada desde hace miles de años para esta condición. En la actualidad están hechos de silicón, existen de diferentes formas y tamaños según el problema por tratar y según la anatomía de la paciente. Además, es posible que haya que probar diferentes tipos y tamaños de pesario hasta encontrar el más indicado.

Este tratamiento funciona muy bien para muchas pacientes, aunque en algunos pocos casos no ofrece mejoría y es posible que no se logre encontrar el pesario indicado.

¿Cuáles personas pueden usar un pesario?

En general cualquier mujer que tenga un prolapso (descenso de la vejiga, útero o recto a través de la vagina) y que este le produzca síntomas, podría considerar el uso del pesario. Es una alternativa en pacientes que no desean someterse a una cirugía o no pueden hacerlo por alguna condición médica. Son igual de efectivos que la cirugía y pueden tener un impacto muy positivo en la calidad de vida.

Antes de colocar el pesario, el médico deberá asegurarse de que no haya una infección activa a nivel vaginal, una lesión en el tejido de la vagina o un sangrado que deba estudiarse primero. La persona debe estar en la capacidad de asistir a citas médicas con la frecuencia que el médico lo indique.

Si la paciente tiene problemas de memoria, debe existir un familiar o cuidador que pueda supervisar la administración del tratamiento y asegurar la asistencia a las citas.

¿En qué consiste el procedimiento?

El procedimiento, por lo general, no es doloroso y dura solo unos minutos. Inicialmente es el médico quien lo coloca y después la paciente o el familiar puede aprender a colocarlo en el hogar.

El médico le solicita que se acueste en la camilla, toma el pesario con la mano y lo introduce en la vagina. El pesario es de material flexible, por lo que una vez introducido en la vagina recupera su forma y no debe producir molestias.

Se le pedirá que puje, tosa y que vaya al baño a orinar, esto con el fin de asegurarse de que el pesario se mantiene en su lugar, que no hay incontinencia urinaria al toser, en caso de que no la tuviera antes, y que no tenga dificultad para orinar.

En caso de que el médico realice los cambios, esto será cada 2 o 3 meses, momento en que se realiza una exploración física para descartar la presencia de lesiones, sangrados o infecciones a nivel vaginal.

¿Puede haber complicaciones?

El uso del pesario es un procedimiento muy seguro. Las complicaciones, por lo general, son leves y fáciles de tratar, si asiste a los controles médicos y sigue las indicaciones, la probabilidad de complicaciones serias es mínima.

El pesario puede caerse, si esto ocurre, tómelo, lávelo con agua y jabón líquido y guárdelo en una bolsa hasta la próxima cita.

Podría notar un aumento en el flujo vaginal, irritación vaginal, sangrados leves o dificultad para orinar o defecar. Si alguna de estas molestias es severa, consulte a su médico.

¿Cuál información importante debo saber?

- Es indispensable asistir puntualmente a todas las citas asignadas para control del pesario.
- El uso de la crema de estrógenos vaginales, según la indicación médica, es necesario y disminuye la probabilidad de que aparezcan complicaciones, como infecciones, sangrados o lesiones en el tejido vaginal.
- El pesario puede cambiarse en el hogar, por la misma paciente o por el familiar. El médico puede enseñarle cómo realizar los cambios, es un procedimiento sencillo. Esto permite que las citas sean más distanciadas.
- En caso de que realice los cambios de pesario en el hogar, hágalo según el tiempo que el médico indique. El pesario debe lavarse y limpiarse con agua y jabón líquido y dejarlo secar antes de recolocar.
- Si usted tiene vida sexual activa, comuníquelo al médico para tomar esto en cuenta a la hora de elegir el tipo de pesario.
- Continúe realizando los ejercicios de Kegel que le enseñó su médico.