

REVISIÓN

Sistemática de la exploración pélvica en la mujer con prolapso genital. Hoja de recogida de datos y su cumplimentación

M. Espuña Pons¹, M. Fillol Crespo², M.³A. Pascual Amorós³, J. Cassado Garriga⁴, Grupo GISPEM

¹Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Barcelona. ²Hospital de la Plana. Vila-real (Castellón). ³Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife (Tenerife). ⁴Hospital Mutua de Terrassa (Barcelona)

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar la viabilidad de una sistemática de exploración pélvica de la mujer con prolapso de órganos pélvicos (POP) para determinar: el grado y tipo de POP, si existen escapes involuntarios de orina con los esfuerzos, el volumen de orina residual (OR) y la función de los músculos del suelo pélvico (MSP).

Material y métodos: La exploración pélvica incluía la clasificación del POP (clasificación de Baden-Walker y método POP-Q); la evaluación de la presencia o ausencia del signo incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con la mujer en distintas posiciones (con y sin reducción de POP); la medición de la OR (con sonda y mediante ecografía 2D), y la valoración del tono y la capacidad contráctil de los MSP.

Resultados: Se incluyeron 345 mujeres con POP en lista de espera para cirugía procedentes de 39 centros de ginecología (grupo GISPEM). La determinación de OR mediante ecografía 2D es factible dentro de la sistemática de exploración pélvica de las mujeres con POP en las consultas de ginecología. Destaca la alta cumplimentación del apartado de valoración de la función de los MSP y la baja cumplimentación del apartado referente a la clasificación del grado de POP utilizando el POP-Q.

Conclusión: La metodología empleada para la exploración pélvica en este estudio sigue una sistemática que permite, en muy poco tiempo, cumplir todos los objetivos fundamentales para la valoración de una mujer con síntomas de POP.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: prolapso de órganos pélvicos, exploración pélvica, clasificación, orina residual, ecografía.

ABSTRACT

Systematic in the pelvic examination in women with pelvic organ prolapse. Data collection form and completion

Aim: To describe and analyse the feasibility of a systematic in the pelvic examination in women with pelvic organ prolapse (POP) to determine: the degree and type of POP, the involuntary leakage of urine with efforts, the residual urine (RU) volume and the function of the pelvic floor muscles (PFM).

Material and methods: The pelvic examination included: classification POP (Baden-Walker and POP-Q), the assessment of the sign stress urinary incontinence (SUI) with women in different positions and with and without reducing POP, measuring the RU by urethral catheterization and by 2D ultrasound, and the assessment of tone and the voluntary contraction of the PFM.

Results: 345 women with severe POP on the waiting list for surgery in 39 Gynaecology centres (GISPEM GROUP) were included. Determination of RU by 2D ultrasound is feasible within routine pelvic examination performed in Gynaecology clinics. We found a high completion of the information about the function of the PFM and a very low completion of the section that refers to the classification of the degree of POP using the POP-Q.

Conclusion: The methodology used for the pelvic examination in this study, follows a systematic that allows very quickly to meet all key objectives for the evaluation of a women with symptoms of POP.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: pelvic organ prolapse, pelvic examination, classification, residual urine, ultrasound.

Introducción

La definición de prolapso de órganos pélvicos (POP), según la terminología de la clasificación ICS/IUGA (International Continence Society-International Urogynecological Association), es «el descenso de uno o más» de los

elementos anatómicos que conforman la cavidad vaginal: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero o cúpula vaginal en las mujeres con histerectomía previa. En el mismo informe se indica que la exploración del prolapso «debe hacerse con la vejiga vacía y, si es posible, con el recto también vacío». Por otra parte, también se puntualiza que hay que distinguir entre el prolapso sintomático y el asintomático¹.

Dirección para correspondencia:

mespuna@clinic.ub.es

El diagnóstico clínico de un prolapso asintomático se limitaría a la observación de signos de POP, en forma de uno o más descensos de las paredes vaginales, del útero o de la cúpula vaginal, pero sin que la mujer refiera ningún síntoma específico. El diagnóstico clínico del POP sintomático se basa en los síntomas que refiere la mujer: los específicos (sensación de bulto genital) y los posibles síntomas asociados (incontinencia urinaria, dificultad miccional, etc.); estos síntomas deben estar acompañados de los signos observados en la exploración pélvica. Existe acuerdo en que sólo deberían tratarse las mujeres con defectos anatómicos que refieren síntomas.

Los defectos anatómicos que presentan las mujeres con POP se asocian a menudo a distintas disfunciones del tracto urinario inferior (TUI), anorrectales y sexuales. Las disfunciones del TUI más frecuentes son la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la incontinencia urinaria de urgencia, la vejiga hiperactiva sin incontinencia o síndrome de urgencia-frecuencia, y la disfunción del vaciado vesical². En la práctica clínica, el especialista que indica el tratamiento quirúrgico del POP necesita información solvente y accesible que le permita decidir el tipo de técnica para corregir el POP y si asocia o no una técnica antiincontinencia a la cirugía del prolapso. Hay que tener en cuenta que la cirugía del prolapso y de la incontinencia puede curar los síntomas de la mujer pero también puede causar daño, que sería potencialmente evitable si se pudiera valorar el riesgo de sobrepasar el alcance del tratamiento más apropiado.

Desde el punto de vista clínico, cabe distinguir dos grupos de pacientes con IUE entre las mujeres con síntomas de POP: por un lado estarían las pacientes con síntomas de escapes involuntarios (IUE sintomática) y en las que, durante la exploración física, se comprueba dicha pérdida, con o sin POP reducido, y por otro lado estarían las mujeres sin síntomas de escapes involuntarios con el esfuerzo pero en las que se evidencia una pérdida de orina con el esfuerzo durante la exploración pélvica, estas mujeres se considera que tienen una IUE oculta (IUEO). No obstante, es importante señalar que según la definición del último informe terminológico de la ICS/IUGA, la incontinencia oculta (IUEO) es la que sólo aparece cuando la mujer realiza un esfuerzo con el POP reducido, y en la definición se admite que existen varios medios para la reducción del prolapso¹. El método para identificar la IUEO no está estandarizado, aunque parece ser que el pesario vaginal y la reducción del POP con una valva en el compartimento vaginal posterior son técnicas con un buen nivel de precisión. Por otra parte, no disponemos de ningún método identificativo con alta sensibilidad y especificidad de los casos de IUE que se van a resolver exclusivamente con la cirugía del POP^{3,4}.

El objetivo de este artículo es describir y analizar la factibilidad de una sistemática de exploración pélvica de la mujer con prolapso genital seguida por un grupo de investigado-

res procedentes de 39 centros de ginecología de España (grupo GISPEM).

Material y método

El estudio CIRPOP-IUE «Disfunciones uroginecológicas en las mujeres con prolapso genital quirúrgico. Impacto de la cirugía vaginal en la incontinencia urinaria de esfuerzo» es un estudio epidemiológico, longitudinal de cohortes, que se está desarrollando actualmente en 39 unidades de suelo pélvico españolas que forman parte del Grupo de Investigación en Disfunciones en Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM). Ha sido evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona. Es un estudio prospectivo multicéntrico, y consta de dos fases: una evaluación inicial realizada a las pacientes que acudieron a consulta por POP sintomático y a las que se les indicó cirugía, y una segunda fase de seguimiento de las pacientes incluidas en el estudio una vez transcurridos doce meses desde la cirugía.

Los objetivos principales eran estudiar la distribución respecto a la frecuencia, tipo y gravedad de los síntomas urinarios de las pacientes con síntomas de POP en las que se indicó cirugía, antes de la aplicación del procedimiento quirúrgico, y analizar el impacto de la cirugía en pacientes con POP e IUEO, según la estrategia quirúrgica aplicada de forma primaria y según la práctica clínica habitual: cirugía del POP sólo frente a cirugía del POP combinada con cirugía de la IUE. Para alcanzar los objetivos del estudio, se seleccionó a pacientes con POP de grado igual o superior a 2, con indicación de tratamiento quirúrgico del POP y que firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

La exploración pélvica en estas mujeres incluía la valoración del grado y tipo de POP, la evaluación de la presencia o ausencia del signo IUE, la determinación del residuo posmiccional y la valoración de la función de los músculos del suelo pélvico (MSP). Para conseguir uniformidad en la recogida de datos, se incorporaron unas instrucciones muy detalladas sobre cómo se realizaría la exploración, de forma que el orden fuera siempre el mismo. Se diseñó una hoja de recogida de datos, que contenía a su vez las instrucciones para que todos los investigadores pudieran seguir con facilidad la misma sistemática en la exploración pélvica.

En cuanto a la sistemática de la exploración pélvica, todos los aspectos que se valoraban en la exploración formaban parte de la práctica clínica habitual, en los centros participantes, para la evaluación inicial de las pacientes con POP. A continuación se describen las instrucciones para el procedimiento aplicado a fin de que la exploración pélvica fuera lo más comparable posible en cuanto a orden y condiciones de la paciente (posición y deseo miccional).

En todos los casos se solicitó a la mujer que acudiera a la consulta con un deseo de orinar intenso. En la exploración se estableció el siguiente orden:

Medición del volumen vesical por ecografía (antes del test de esfuerzo)

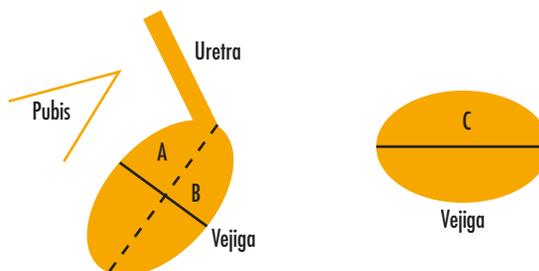
Si se dispone de ecógrafo 2D, inmediatamente antes de iniciar el test de esfuerzo y con la paciente con deseo miccional intenso se estimará el volumen vesical mediante ecografía. En la figura 1 se esquematizan las instrucciones para realizar la medición de los diámetros vesicales y para calcular el volumen vesical mediante las fórmulas de Haylen⁵, Dietz et al.⁶ y Dicuio et al.⁷.

Test de esfuerzo

Es importante que la vejiga tenga un volumen de líquido que permita demostrar si se producen escapes al realizar esfuerzos físicos como toser. En muchos estudios, se utiliza un volumen fijo que se obtiene por un llenado retrógrado a través del sondaje uretral. En nuestro procedimiento se pretende evitar el sondaje y el llenado retrógrado; para ello, se aplica el criterio de realizar el test de esfuerzo con un deseo miccional intenso y, en los centros en que sea posible, estimar el volumen vesical previo al test mediante ecografía. Con la paciente en un estado de deseo miccional intenso, se le solicita que tosa tan intensamente como pueda, hasta un máximo de 5 golpes de tos. Se realiza el test de esfuerzo en las posiciones siguientes (y se registran los resultados para cada una de ellas):

- En primer lugar, sin reducir el POP y con la mujer en bipedestación.
- A continuación, también sin reducir el POP pero con la mujer con las piernas en posición ginecológica y el tronco semiincorporado.
- Se repite el test de esfuerzo reduciendo el POP con una valva posterior y con la mujer en la misma posición que b.
- Se repite el test de esfuerzo reduciendo el POP con un pesario vaginal de anilla y con la mujer en la misma posición que b (hay que elegir un pesario de diámetro suficiente para reducir el prolapso, pero evitando que comprima la uretra).
- Manteniendo el pesario colocado, se solicita a la mujer que se ponga de nuevo en bipedestación y con las piernas algo separadas, y se repite el test de esfuerzo.

Registro de resultados del test de esfuerzo:	
a) Bipedestación sin reducir POP	Positivo/Negativo
b) En posición ginecológica sin reducir POP	Positivo/Negativo
c) En posición ginecológica con POP reducido con valva posterior	Positivo/Negativo
d) En posición ginecológica con POP reducido con pesario	Positivo/Negativo
e) Bipedestación con POP reducido con pesario	Positivo/Negativo



Corte realizado en el plano sagital en el que veamos la uretra en toda su longitud.

Corte realizado en el plano transversal en el que veamos el diámetro máximo de la vejiga.

A: Diámetro longitudinal máximo.
 B: Diámetro anteroposterior máximo.

C: Diámetro transversal máximo.

Diámetros VESICALES para estimación del VOLUMEN VESICAL (previos al test de esfuerzo)			
A.	Diámetro longitudinal	_____ cm	<input type="checkbox"/> No disponible
B.	Diámetro anteroposterior	_____ cm	<input type="checkbox"/> No disponible
C.	Diámetro transversal	_____ cm	<input type="checkbox"/> No disponible

Estimación del volumen residual a partir de los diámetros vesicales:	
Volumen residual mediante la fórmula de Haylen:	$A \times B \times 5,9 - 14,6 =$ _____ mL
Volumen residual mediante la fórmula de Dicuio et al.:	$A \times B \times C \times 0,52 =$ _____ mL
Volumen residual mediante la fórmula de Dietz et al.:	$A \times B \times 5,6 =$ _____ mL

Figura 1. Esquema a seguir en la medición de los diámetros vesicales mediante ecografía 2D

Medición del volumen orinado por micción espontánea

Inmediatamente después de finalizado el test de esfuerzo, se retira el pesario. Acto seguido se solicita a la paciente que realice una micción espontánea (sin reducir el prolapso), que se recoge en un recipiente. Se mide y anota el volumen orinado.

Medición del volumen de orina residual por ecografía (de estar disponible)

A continuación de la micción espontánea, con un intervalo de tiempo no superior a los 5 minutos, se mide el volumen de residuo posmiccional.

Si se dispone de ecógrafo, se estima mediante ecografía el volumen de orina residual inmediatamente después de la micción espontánea. Se calcula el volumen a partir de los diámetros vesicales posteriores al test de esfuerzo (figura 1).

Medición del volumen de orina residual por sondaje vesical

Si no se dispone de ecografía, la medición del volumen de orina residual por sondaje se efectúa inmediatamente después de que la mujer haya hecho la micción espontánea.

Evaluación del grado y tipo de prolapso (Baden-Walker/POP-Q)

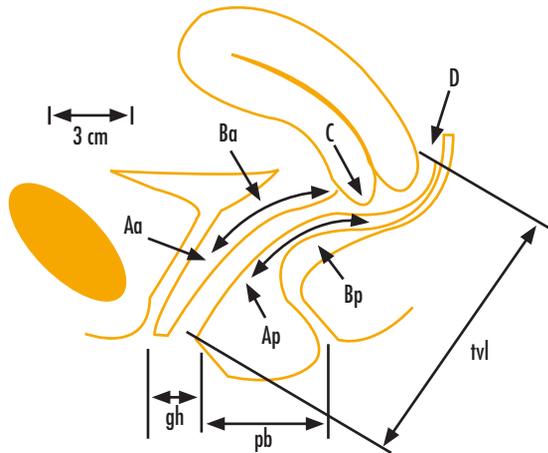
La paciente deberá haber orinado, o bien habremos medido la orina residual por sondaje; por tanto, estará con la vejiga vacía. Se le solicita que haga una maniobra de Valsalva máxima.

Clasificación clásica del grado de prolapso según Baden y Walker

- Grado I: descenso entre posición normal e introito.
- Grado II: descenso a nivel del introito vaginal.
- Grado III: descenso por fuera del nivel del introito vaginal.
- Grado IV: prolapso total fuera del plano vulvar.

Resultados del grado y tipo de prolapso según Baden y Walker:

Anterior: no prolapso/grado I/grado II/grado III/grado IV.
 Central: no prolapso/grado I/grado II/grado III/grado IV.
 Posterior: no prolapso/grado I/grado II/grado III/grado IV.



Se miden las distancias (en cm) desde el himen a los puntos: **Aa**: punto A anterior; **Ap**: punto A posterior; **Ba**: punto B anterior; **Bp**: punto B posterior; **C**: cérvix o cúpula; **D**: fondo de saco vaginal posterior

Aa (-3 a +3): _____ cm	<input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos
Ba (≥Aa): _____ cm	<input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos
C: _____ cm	<input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos
gh (hiato genital): _____, _____ cm	
pb (cuerpo perineal): _____, _____ cm	
tvL (longitud vaginal total) (prolapso reducido): _____, _____ cm	
Ap (-3 a +3): _____ cm	<input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos
Bp (≥Ap): _____ cm	<input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos
D (esfuerzo): _____ cm	<input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos

Figura 2. Clasificación del grado de prolapso según POP-Q

Procedimiento para la clasificación del grado de prolapso según el método POP-Q (figura 2)

Resumen de la clasificación del prolapso según el método POP-Q

Marque el grado de prolapso que corresponda a la parte que está más baja:

- Estadio I:** la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por encima del himen.
- Estadio II:** la porción más distal del prolapso está 1 cm o menos por encima o por debajo del himen.
- Estadio III:** la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por debajo del himen.
- Estadio IV:** versión completa del tracto genital.

Valoración funcional de los músculos del suelo pélvico (test de Oxford y clasificación ICS/IUGA)

Escala de Oxford para medir la capacidad de contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico

Por favor, marque la puntuación que considere adecuada:

0. Ninguna contracción.
1. Muy débil: contracciones fluctuantes.
2. Débil: ligero aumento de la tensión muscular.
3. Moderada: tensión muscular moderada.
4. Buena: mantiene la tensión con resistencia.
5. Fuerte: mantiene la tensión con fuerte resistencia.

Descripción de la función global de los músculos del suelo pélvico según la clasificación de la ICS/IUGA

Por favor, marque la casilla que considere que mejor describe la función de los músculos del suelo pélvico:

- a **Músculos del suelo pélvico normales:** músculos del suelo pélvico que pueden contraerse y relajarse de manera voluntaria e involuntaria.
- b **Músculos del suelo pélvico hiperactivos:** músculos del suelo pélvico que no se relajan e incluso pueden contraerse cuando la relajación de éstos es funcionalmente necesaria, por ejemplo, durante la micción o la defecación.
- c **Músculos del suelo pélvico hipoactivos:** músculos del suelo pélvico que no pueden contraerse voluntariamente cuando es adecuado.
- d **Músculos del suelo pélvico no funcionales:** músculos del suelo pélvico en los que no hay actividad palpable.

Resultados

Se incluyeron un total de 345 mujeres con prolapso genital en lista de espera para tratamiento quirúrgico.

El tiempo medio empleado para la aplicación de esta sistemática de exploración, incluyendo la cumplimentación de

la hoja de recogida de datos, fue de 20 minutos. En la tabla 1 se presenta el grado de cumplimentación de los distintos aspectos que se valoraban en esta exploración pélvica sistematizada.

Comentarios

En nuestro país hay una carencia de estudios sobre el diagnóstico y el tratamiento de las mujeres con POP y, por otra parte, existe una amplia heterogeneidad en la valoración preoperatoria de estas pacientes y también en la indicación del tratamiento quirúrgico del prolapso. Por ello, dentro del marco de investigación del grupo GISPEM diseñamos un estudio multicéntrico prospectivo para analizar las características de las mujeres con indicación de cirugía primaria de POP: aspectos demográficos, y síntomas urinarios, anorrectales y sexuales asociados. De esta forma dispondremos de datos procedentes de nuestro medio para profundizar en este perfil de pacientes y cuyos hallazgos puedan ayudar a los especialistas a decidir la mejor estrategia quirúrgica. En este proyecto se analizarán también los resultados del tratamiento quirúrgico en relación con la corrección anatómica del POP, los síntomas derivados de la percepción de «bulto» dentro o fuera de la vagina, y la función vesical, anorrectal y sexual.

Un aspecto clave para este estudio fue el diseño de una sistemática de exploración pélvica que permitiera su aplicación en los distintos centros participantes, que siguiera la práctica clínica habitual y que no implicara la realización de pruebas complementarias que no fuesen fácilmente asumibles en todos los centros. La valoración del tipo y grado de POP y la realización del test de esfuerzo para descartar la presencia de una IUE asociada al POP forman parte de la práctica clínica habitual de todos los centros participantes. Al diseñar este estudio, se consideró que podría ser factible la incorporación de algunos aspectos complementarios, como la ecografía 2D para la medición de la orina residual y para la estimación del volumen vesical previa al test de esfuerzo, así como la valoración de la función de los músculos del suelo pélvico. Como puede observarse en la tabla 1, todos estos aspectos fueron cumplimentados en la mayoría de los casos.

Es importante señalar que la incorporación de la exploración ecográfica a la sistemática de evaluación de las mujeres con POP ha demostrado ser factible en este estudio, pues en la mayoría de los centros ha sido posible la utilización de un ecógrafo 2D en la consulta. Gracias a esta exploración hemos podido determinar el volumen vesical antes de realizar el test de esfuerzo; eso nos ha permitido asegurarnos de que la cantidad de orina en la vejiga es la adecuada, evitando falsos negativos por bajo volumen vesical. Iniciar la sistemática de la exploración pélvica con la medición del volumen vesical por ecografía permite realizar una prueba de esfuerzo (toser con vejiga llena) lo más fiable posible. La

Tabla 1. Grado medio de cumplimentación de los elementos que se valoran en la sistemática de exploración pélvica

Grado de cumplimentación	Evaluables (n)	%
Volumen vesical por ecografía	250	72,5
Test de esfuerzo a	344	99,7
Test de esfuerzo b	344	99,7
Test de esfuerzo c	344	99,7
Test de esfuerzo d	303	87,8
Test de esfuerzo e	301	87,2
Volumen de micción espontánea	279	80,9
Orina residual por ecografía	244	70,7
Orina residual por sondaje vesical	279	80,9
Baden y Walker	330	95,7
POP-Q	118	34,2
Valoración de la musculatura del suelo pélvico	344	99,7

alternativa es hacer el test de esfuerzo con un volumen fijo con un llenado vesical por vía retrógrada, pero ello supone una logística no siempre factible en la consulta y el riesgo de una maniobra invasiva (sondaje), así como un consumo de tiempo y recursos (sonda, equipo de perfusión y suero).

La realización del test de esfuerzo con la finalidad de demostrar la presencia de una pérdida de orina con el esfuerzo es una parte fundamental de la exploración de la mujer con POP, sobre todo si se le ha indicado un tratamiento quirúrgico. Los estudios realizados sobre la asociación de prolapso y la IUE nos permiten afirmar que aproximadamente el 40% de mujeres con prolapso se quejan de síntomas de IUE y más de la mitad de las que no se quejan tienen signos positivos de IUEO al reducir el prolapso⁸. La incidencia de la IUEO presenta unos valores muy variables, de entre el 6 y el 83%, dependiendo del método usado para su identificación⁹. Dada la gran variabilidad de estas cifras, consideramos que es fundamental establecer un método para explorar a las mujeres con POP y evidenciar la coexistencia de signo de IUE. La exploración de la mujer en distintas posiciones y utilizando dos métodos para la reducción del POP (una valva vaginal posterior y la colocación de un pesario vaginal de anilla) permite evitar falsos negativos en el test de esfuerzo. Los resultados de este test en las distintas condiciones han sido presentados ya en un congreso internacional, y están en proceso de publicación¹⁰.

La estimación del volumen de orina residual mediante ecografía constituye también una ventaja importante respecto

a la medición por sondaje. En este estudio se han probado tres fórmulas para estimar el volumen vesical: Haylen⁵ (volumen en mL= $height \times depth \times 5,9 - 14,6$), Dietz et al.⁶ (volumen en mL= $height \times depth \times 5,6$) y Dicuio et al.⁷ (volumen en mL= $height \times depth \times transverse \times 0,52$). Los resultados de la estimación del volumen de orina residual mediante ecografía con estas tres fórmulas han sido presentados en un congreso internacional y están en proceso de publicación¹¹.

Cabe destacar el elevado grado de cumplimentación (casi el 100% de los casos) del apartado de valoración de la función de los músculos del suelo pélvico. Consideramos que éste es un aspecto importante que incluir en la exploración pélvica de las mujeres con patología uroginecológica. En el otro extremo, llama la atención la baja cumplimentación del apartado que hace referencia a la clasificación del grado de POP utilizando el método POP-Q para la clasificación de la ICS/IUGA. Hay que señalar que los ginecólogos que participaban en el estudio habían sido instruidos previamente, en una reunión de investigadores, en cómo aplicar este método para cuantificar el POP, a pesar de lo cual sólo en un tercio de los casos se realizó esta clasificación. En una encuesta efectuada a miembros de la American Urogynecologic Society (AUGS) y de la ICS, un 76% utilizaban el POP-Q y los demás seguían empleando la clasificación de Baden-Walker¹². Desde el punto de vista de la práctica clínica y para la indicación del tratamiento y del tipo de cirugía, la clasificación clásica de Baden-Walker sigue siendo útil para poder definir los distintos grupos de pacientes. No obstante, cuando se pretende evaluar los resultados de los diferentes tratamientos y comparar resultados entre investigadores, es aconsejable, por su precisión, utilizar el método POP-Q, ya que permite cuantificar los cambios anatómicos conseguidos con la cirugía con mayor detalle. Por este motivo consideramos que, a pesar de la dificultad que conlleva la incorporación del POP-Q en la práctica clínica, este sistema de cuantificación ha de incluirse en la evaluación de las mujeres con POP.

Conclusión

La metodología que utilizamos para la exploración pélvica sigue una sistemática que permite, en muy poco tiempo, cumplir todos los objetivos fundamentales para la valoración de una mujer con síntomas de POP: establecer el grado y tipo de POP, determinar si existen escapes involunta-

rios de orina con los esfuerzos, cuantificar el residuo posmiccional y evaluar la función de los músculos del suelo pélvico.

Fuente de financiación

El estudio CIRPOP-IUE está financiado por Astellas Pharma.■

BIBLIOGRAFÍA

1. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29(1): 4-20.
2. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JW, Luber KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(3): 678-685.
3. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Ringing the changes in evaluation of urogenital prolapse. *Int Urogynecol J.* 2011; 22(2): 171-175.
4. Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Cundiff G, Fine P, et al. The role of preoperative urodynamics testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19(5): 607-614.
5. Haylen BT. Verification of the accuracy and range of transvaginal ultrasound in measuring bladder volumes in women. *Br J Urol.* 1989; 64(4): 350-352.
6. Dietz HP, Velez D, Shek KL, Martin A. Determination of postvoid residual by translabial ultrasound. *Int Urogynecol J.* 2012; 23(12): 1.749-1.752.
7. Dicuio M, Pomara G, Menchini Fabris F, Ales V, Dahlstrand C, Morelli G. Measurements of urinary bladder volume: comparison of five ultrasound calculation methods in volunteers. *Arch Ital Urol Androl.* 2005; 77(1): 60-62.
8. Goldman HB. SUI surgery at the time of vaginal POP repair: is a surgical algorithm possible or desirable? *Neurourol Urodyn.* 2011; 30(5): 758-761.
9. Malak M. The role of anti-incontinence surgery in management of occult urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J.* 2011; 23(7): 823-825.
10. Espuña M, Fillol M, Martin A, Pascual MA, Aragón M, Berdie C, et al.; GISPEM. Cough stress test in women with advanced pelvic organ prolapse with and without symptoms of stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2013; 32(6): 865-866.
11. Cassado J, Espuña M, Pascual MA, Fillol M, Brescó-Torras P, Goitia M, et al.; GISPEM. How to measure bladder volumes in women with advanced pelvic organ prolapse? *Neurourol Urodyn.* 2013; 32(6): 644-645.
12. Pham T, Burgart A, Kenton K, Mueller ER, Brubaker L. Current use of pelvic organ prolapse quantification by AUGS and ICS members. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2011; 17(2): 67-69.