

PROFESIÓN

Ayuda para la decisión compartida en la elección del tipo de tratamiento del prolapso de órganos pélvicos: ¿conservador o quirúrgico?, ¿preservar el útero sí o no?

M. Alsina Hipólito

ASSIR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva) Garraf. Vilanova i la Geltrú (Barcelona)

Tomar decisiones terapéuticas en el prolapso de órganos pélvicos (POP) supone una situación multicriterio, en la que existen diferentes alternativas para escoger. La mujer tiene y recibe diversos puntos de vista, parcialmente contradictorios. Para ser asertivos en el manejo del prolapso, hemos de ejercer nuestro trabajo asistencial centrando la atención en las pacientes, práctica clínica que consiste en la toma de decisiones compartidas (TDC) con ellas.

La TDC pretende fomentar la participación de la paciente, tanto en la fase de información como en la toma de decisiones terapéuticas¹. Con esta práctica clínica, las pacientes se sienten más informadas y con mayor conocimiento sobre su situación, opciones y riesgos; participan de forma más activa en su proceso de salud, sin empeorar la satisfacción ni suponer ningún efecto adverso sobre ella.

El Royal College of General Practitioners considera que los beneficios potenciales de la TDC incluirían la mejora de los estilos de vida de la paciente, que conseguiría una mayor confianza y autoeficacia; también se tomarían decisiones más apropiadas y disminuirían los tratamientos no deseados. Esto mejoraría el funcionamiento de las consultas, proporcionaría una atención más segura, ética y con mejores resultados, incluidos los de coste-beneficio².

Las mujeres que padecen algún tipo de POP van a experimentar diversos síntomas, algunos objetivables,

como la incontinencia urinaria (IU) o la disfunción de vaciado vesical, mientras que otros serán subjetivos y difíciles de catalogar y, a menudo, no comunicados, como sucede con la alteración de la función sexual. La aparición de síntomas no dependerá solo del compartimento involucrado o del grado de prolapso de la paciente, sino también de las condiciones biométricas individuales de cada mujer y de su conjunto de valores³.

En general, los síntomas del POP suelen afectar de manera significativa a la calidad de vida⁴ de las mujeres, por lo que utilizar herramientas que nos permitan conocer todo lo que les sucede, cuánto les preocupa el prolapso o explorar las preferencias y recursos individuales de cada una nos ayudará a diseñar un tratamiento individualizado que priorice los síntomas más relevantes para ellas.

Podemos obtener la información clínica a través de una entrevista semiestructurada, con preguntas sobre la sintomatología asociada al prolapso, pero abiertas, que permitan a la mujer referir sus preocupaciones y preferencias, o bien utilizar cuestionarios específicos validados, como, entre otros, el Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ), que evalúa los síntomas de POP e IU y la calidad de vida de estas mujeres⁵, y el Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR), que estudia la función sexual femenina en mujeres sexualmente activas y no activas con trastornos del suelo pélvico⁶. Aplicando estas herramientas después de nuestras acciones, podremos obtener además información sobre los cambios conseguidos con el tratamiento. Su uso está recomendado en la última actualización de la guía del

Correspondencia:

Mercè Alsina Hipólito
Correo electrónico: malsinah@ambitcp.catsalut.net

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de 2019 para el diagnóstico y el tratamiento de mujeres con prolapso.

Por otro lado, el POP afecta a la función sexual⁷ independientemente del estadio de este y del compartimento afectado⁸⁻¹¹, en gran medida porque altera la autoimagen genital y corporal de las mujeres^{12,13}. Afecta a todos los campos de la respuesta sexual estudiados (deseo, excitación-lubricación, orgasmo), produce trastornos por dolor y afecta a la satisfacción en las relaciones sexuales¹⁴. Por tanto, ante cualquier tipo de prolapso, el hecho de no investigar la alteración de la función sexual de manera específica podría influir de forma negativa en la percepción de la paciente en cuanto a los resultados obtenidos por las decisiones terapéuticas.

En este sentido, las metas y expectativas son distintas para cada mujer y están vinculadas a la satisfacción con el tratamiento, del mismo modo que las incumplidas están estrechamente asociadas con la insatisfacción después de este^{15,16}.

Con el objetivo de proporcionar una información actualizada, clara y de alta calidad para que la paciente pueda valorar sus opciones disponibles, las guías terapéuticas resultan un buen instrumento. A partir de un análisis de estudios de calidad de estas guías¹⁷, hemos seleccionado la mayoría de la información de las guías del NICE, de la Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF), de la British Society of Urogynaecology y del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

En la guía NICE se considera relevante que la información, el tratamiento y el seguimiento de las mujeres con prolapso corra a cargo de profesionales cualificados en uroginecología, enfermería especializada y fisioterapia específica.

Los niveles de evidencia (NE) y los grados de recomendación (GR) provienen de la guía AWMF.

Opción de no hacer nada (no tratamiento) (NE 3; GR C)

Puede ser la primera decisión de la mujer después de considerar toda la información. Esta alternativa está recogida en las guías NICE y AWMF, argumentando que el POP puede reaparecer de manera espontánea¹⁸⁻²⁰, y en la Declaración de Buenas Prácticas de la American Uro-

gynecologic Society (AUGS), argumentando que la progresión del prolapso a los 2 años ocurre en el 10-20 % de las mujeres²¹. No está establecido si el seguimiento de una mujer con POP ha de ser anual o a demanda. Se ha sugerido el control telemático como alternativa a la visita presencial²².

Hacer cambios en el estilo de vida (NICE, AWMF)

Es una recomendación basada en la experiencia y los conocimientos del comité elaborador de la guía NICE, al no existir evidencia disponible sobre la modificación del estilo de vida para el manejo del POP. Hay ciertas medidas que son efectivas, como perder peso, evitar levantar grandes pesos, y prevenir y tratar el estreñimiento.

Uso de medidas conservadoras

Ayudan a mejorar la sintomatología y evitan el empeoramiento del prolapso. Se recomiendan como primer paso para todos los POP en estadios I-II (según la Pelvic Organ Prolapse Quantification [POP-Q]). Entre estas medidas se incluyen las siguientes:

Entrenamiento supervisado de los músculos del suelo pélvico (EMSP) (NE 1; GR B)

Las mujeres experimentan una mejora subjetiva de los síntomas de prolapso y una mejora objetiva de la gravedad del POP²³⁻²⁸. La guía NICE recomienda un programa de entrenamiento muscular supervisado para los POP en estadios I-II durante, al menos, 16 semanas y, si es efectivo, se aconseja proseguir. La guía AUGS incluye el estadio III del POP²⁶.

Se puede considerar la rehabilitación del suelo pélvico perioperatoria, pero los resultados de los estudios efectuados son discrepantes (NE 3; GR 0).

Pueden utilizarse esferas para el prolapso en estadios I-II (AWMF)²⁹.

Uso de estrógenos vaginales (NE 2; GR B)

Propondremos su utilización a las mujeres que presentan POP y síndrome genitourinario de la menopausia. La guía NICE recomienda considerar un anillo liberador de estrógeno en las mujeres que asocien deficiencias cognitivas o físicas que puedan dificultar la aplicación vaginal.

Ayuda para la decisión compartida en la elección del tipo de tratamiento del prolapso de órganos pélvicos: ¿conservador o quirúrgico?, ¿preservar el útero sí o no?

M. Alsina Hipólito

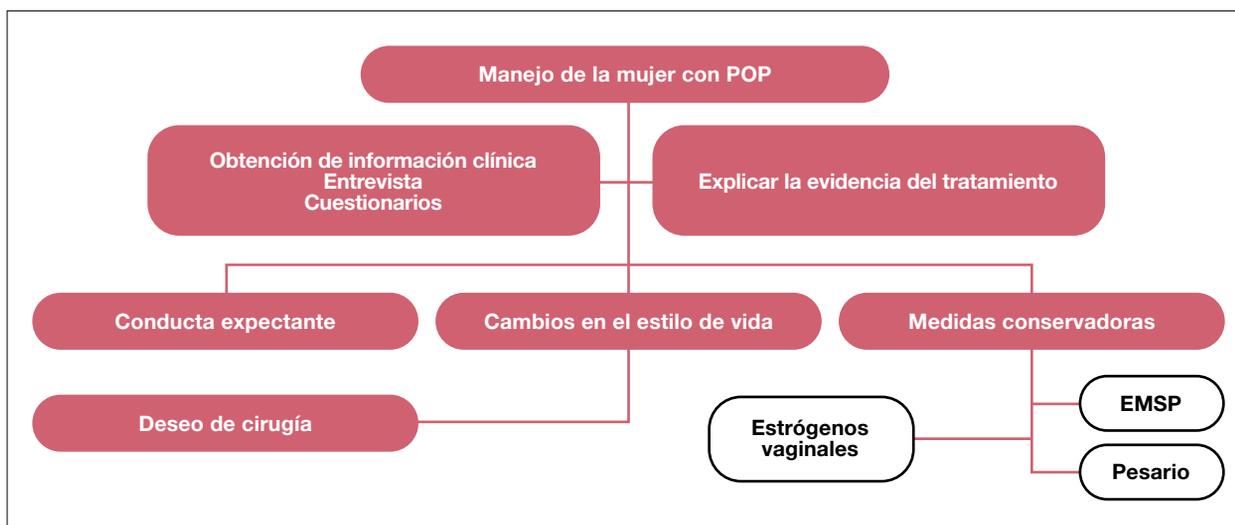


Figura 1. Algoritmo de manejo de la mujer con prolapso de órganos pélvicos (POP). EMSP: entrenamiento supervisado de los músculos del suelo pélvico

La guía AWMF considera esencial su uso concomitante en la terapia con pesario para la prevención de lesiones locales, hemorragias y necrosis^{30,31}.

Pesario vaginal (NE 2; GR 2)

El pesario proporciona apoyo a las paredes vaginales y los órganos pélvicos (NE 1)³². Se insiere con éxito en la mayoría de las mujeres³³, con una continuidad entre el 14 y el 67 %³⁴⁻⁴³.

El flujo vaginal es la complicación más frecuente. Puede aparecer IU de esfuerzo en el 23-45 % de las mujeres, así como sangrado y expulsión del pesario³⁷. La vejiga hiperactiva, los problemas de defecación, la función sexual y la imagen corporal pueden mejorar⁴⁴⁻⁴⁶.

Según una revisión reciente⁴⁷, se considera que los pesarios ofrecen la seguridad de que las mujeres sexualmente activas que los utilizan con éxito no ven deteriorada su sexualidad. Aunque los resultados funcionales del pesario y la cirugía no fueron significativamente diferentes⁴⁸, disponemos de un reciente estudio aleatorizado comparativo que demuestra que la respuesta sexual a los 2 años en mujeres intervenidas por POP avanzado mejora significativamente con la cirugía respecto al tratamiento con pesario⁴⁹.

La evidencia respecto al uso de pesarios es limitada, pero son fácilmente accesibles para las mujeres, y muchas de ellas los prefieren como alternativa a la cirugía. La

terapia con pesario es una buena opción conservadora que debería ofrecerse, sola o con EMSP supervisado. Cuando el seguimiento de un pesario no esté disponible, la guía NICE recomienda la derivación a un Servicio de Uroginecología. Entrenar a la mujer en el manejo y autocuidado del pesario puede disminuir la reconsulta.

Antes de insertar un pesario se recomienda tratar previamente la atrofia vaginal con estrógenos tópicos, explicar que puede ser necesario más de un ajuste hasta encontrar el dispositivo adecuado, informar de que algunos tipos de pesario impiden las relaciones sexuales con penetración cuando están insertados, describir las posibles complicaciones y explicar que debe retirarse, al menos, cada 6 meses para evitar complicaciones graves.

En la última revisión Cochrane⁵⁰ respecto a las certezas en el tratamiento con pesario, se desconoce si mejora la calidad de vida, la percepción de los síntomas del POP o si resuelve/mejora las dificultades sexuales de las mujeres, comparado con EMSP o no tratamiento.

En cuanto a combinar el tratamiento con EMSP y pesario, es probable que más mujeres perciban una mejora de sus síntomas de prolapso y de su calidad de vida específica para este, en comparación con el EMSP solo⁵¹.

Entendiendo el tratamiento de la mujer con prolapso como un proceso, ofreceremos cirugía a las que rechacen el tratamiento no quirúrgico y a las que no han mejorado de sus síntomas con el tratamiento conservador (figura 1).

TABLA 1. Sintomatología, complicaciones y recomendaciones de las guías NICE/AWMF sobre la conservación del útero en el tratamiento del POP apical

NICE	Histerectomía vaginal		Histeropexia vaginal con sutura AWMF (NE 2; GR B)	
	Sí	No	Sí	No
Síntomas al año (%)	35	65	45	55
Reaparición del POP al año (%)	1-10		1-10	

AWMF: Association of the Scientific Medical Societies in Germany; GR: grado de recomendación; NE: nivel de evidencia; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; POP: prolapso de órganos pélvicos.

Siguiendo los principios de equidad y excelencia, si el procedimiento más adecuado o el elegido por la mujer para tratar su prolapso no está disponible, la remitiremos a otro centro o profesional de mayor especialización.

Seguiremos el mismo procedimiento informativo que al explicar el abordaje conservador. Las recomendaciones generales de la guía NICE al respecto sugieren describir los beneficios esperados y los posibles riesgos para cada procedimiento quirúrgico, incluidos los cambios en la función urinaria, intestinal y sexual. Se ha de informar a la mujer del riesgo de recurrencia de POP después de la cirugía y de la incertidumbre en la evolución a largo plazo de cada una de las intervenciones, así como de la duración del ingreso hospitalario y del tiempo de recuperación para cada intervención y, por último, advertiremos de que durante la evaluación intraoperatoria del POP se puede decidir el procedimiento quirúrgico más apropiado.

El tratamiento quirúrgico del prolapso mejora en general la función sexual⁵² o no la cambia, aunque un pequeño número de mujeres experimentan dispareunia *de novo* o dolor pélvico a largo plazo después de la cirugía, se utilice o no una malla⁵³.

Un estudio reciente demuestra que la respuesta sexual a los 2 años en mujeres intervenidas por POP avanzado mejora significativamente con la cirugía respecto al tratamiento con pesario⁵¹.

Comprender la cirugía del suelo pélvico es un componente importante en la satisfacción de las pacientes⁵⁴. Por el contrario, la falta de comprensión puede llevar a expectativas poco realistas e insatisfacción con la atención⁵⁵.

La mujer puede desear conservar el útero para mantener la fertilidad y la identidad personal, o por razones culturales y religiosas. Su preservación favorece la autoestima, la imagen corporal, la confianza y la sexualidad de la mujer⁵⁵. El 36-60 % de las mujeres prefieren preservar el útero cuando se les ofrecen opciones quirúrgicas de iguales resultados anatómicos y funcionales^{56,57}.

La revisión NICE⁵⁸ comunica que los síntomas de prolapso persisten 1 año después de la cirugía en el 35 % de las mujeres después de una histerectomía vaginal (HV). Respecto a la histeropexia sacroespinal (HS) con sutura, el 55 % de las mujeres refieren estar asintomáticas y en el 45 % persisten los síntomas.

La recidiva del prolapso 1 año después de la cirugía se cifra en el 1-10 % tanto para la HV como para la HS, y parece menos probable su recurrencia con la sacrohisteropexia vaginal con suturas que con la HV, aunque con una evidencia muy limitada.

Según la guía AWMF²⁹, debe evitarse la histerectomía simultánea (NE 1b; GR B). En general, se recomienda considerar la preservación del útero excepto si hay contraindicaciones, por lo que se aconseja la HS vaginal (NE 2; GR B).

Una revisión de 2018⁵⁹ concluye que la preservación uterina mejora el tiempo quirúrgico, la pérdida hemática y el riesgo de exposición de la malla si se compara el mismo tipo de cirugía con la histerectomía simultánea, mientras que los resultados del prolapso a corto plazo no cambian (5 años) (tabla 1).

Por último, la guía más actualizada, la de la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada⁶⁰, conside-

Ayuda para la decisión compartida en la elección del tipo de tratamiento del prolapso de órganos pélvicos: ¿conservador o quirúrgico?, ¿preservar el útero sí o no?

M. Alsina Hipólito

ra que pueden ofrecerse diversas vías y técnicas de histeropexia como alternativa a la histerectomía a las mujeres que deseen conservar su útero, con resultados subjetivos y objetivos similares a corto plazo (5 años).

BIBLIOGRAFÍA

- Coulter A. Engaging patients in healthcare. Maidenhead Berkshire: Open University Press; 2011.
- Government response to the consultation «Liberating the NHS: no decision about me, without me». Department of Health® Crown Copyright December 2012.
- Toye F, Pearl J, Vincent K, Barker K. A qualitative evidence synthesis using meta-ethnography to understand the experience of living with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2020; 31(12): 2631-2644.
- Chan SS, Cheung RY, Yiu KW, Lee LL, Pang AW, Chung TK. Symptoms, quality of life, and factors affecting women's treatment decisions regarding pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2012; 23(8): 1027-1033.
- Mouritsen L, Larsen JP. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003; 14(2): 122-127.
- España Pons M, Fillol Crespo M, Pascual Amorós MA, Rebollo Álvarez P, Prieto Soto M. Spanish validation of the Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ. *Actas Urol Esp*. 2009; 33(6): 646-653.
- Mestre M, Lleberia J, Pubill J, España Pons M. Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR): transcultural validation. *Int Urogynecol J*. 2017; 20: 1865-1873.
- Novi JM, Jeronis S, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol*. 2005; 173: 1669-1672.
- Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, Weber A. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2004; 104: 982-988.
- Ellerkmann RM, Gundiff GW, Melick GE, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 185: 1332-1338.
- Athanasios S, Grigoriadis T, Chalabalaki A, Protopapas A, Antsaklis A. Pelvic organ prolapse contributes to sexual dysfunction: a cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91: 704-709.
- Zielinski R, Miller J, Low LK, Sampselle C, DeLancey JOL. The relationship between pelvic organ prolapse, genital body image, and sexual health. *Neurourol Urodyn*. 2012; 31(7): 1145-1148.
- Lowenstein L, Gamble T, Sanses TV, Van Raalte H, Carberry C, Jakus S, et al. Changes in sexual function after treatment for prolapse are related to the improvement in body image perception. *J Sex Med*. 2010; 7(2 Pt 2): 1023-1028.
- Handa V, Cundiff G, Chang H, Helzlsouer K. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*. 2008; 111(5): 1045-1052.
- Elkady EA, Kenton KS, FitzGerald MP, Shott S, Brubaker L. Patient-selected goals: a new perspective on surgical outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(6): 1551-1557.
- Komesu YM, Rogers RG, Rode MA, Craig EC, Schrader RM, Gallegos KA, et al. Patient-selected goal attainment for pessary wearers: what is the clinical relevance? *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198(5): 577.e1-577.e5.
- Tsipakidou S, Nygaard CC, Falconi G, Pape J, Betschart C, Doumouchtsis SK. CHORUS: an international collaboration for harmonising outcomes, research and standards in urogynaecology and women's health (i-chorus.org). Systematic review and appraisal of clinical practice guidelines on pelvic organ prolapse using the AGREE II tool. *Neurourol Urodyn*. 2021; 40(6): 1402-1413.
- Baessler K, O'Neill S, Maher C. Prevalence, incidence, progression and regression of pelvic organ prolapse in a community cohort: results of a 5-year longitudinal study. *Neurourol Urodyn*. 2006; 25(6): 520-522.
- Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190(1): 27-32.
- Gilchrist AS, Campbell W, Steele H, Brazell H, Foote J, Swift S. Outcomes of observation as therapy for pelvic organ prolapse: a study in the natural history of pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn*. 2013; 32(4): 383-386.
- Miedel A, Ek M, Tegerstedt G, Mähle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Short-term natural history in women with symptoms indicative of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2011; 22(4): 461-468.
- Caldwell L, Papermaster AE, Halder GE, White AB, Young A, Rogers RG. An evidence-based pelvic organ prolapse care pathway optimizes shared decision making between patients and surgeons. *Am J Obstet Gynecol*. 2021; 224(6): 745S.
- Kashyap R, Jain V, Singh A. Comparative effect of 2 packages of pelvic floor muscle training on the clinical course of stage I-III pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013; 121(1): 69-73.
- Stupp L, Resende AP, Oliveira E, Castro RA, Giraó MJ, Sartori MG. Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2011; 22(10): 1233-1239.
- Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009; 20(1): 45-51.
- Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bo K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(2): 170e1-170e7.
- Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 12: CD003882.
- Piya Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techtrisak K. Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *J Med Assoc Thai*. 2003; 86(6): 509-515.
- Harnsombon T, Manonai J, Sarit-Apirak S, Wattanayingcharoenchai R, Chittacharoen A, Sututvoravut S. Effect of colpexin sphere on pelvic floor muscle strength in women with pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial (a preliminary report). *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 283(3): 575-579.
- Cardozo L, Bachmann G, McClish D, Fonda D, Birgerson L. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol*. 1998; 92(4 Pt 2): 722-727.
- Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17(2): 155-159.
- Robert M, Schulz JA, Harvey MA, Lovatsis D, Walter JE, Chou Q, et al. Technical update on pessary use. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013; 35(7): 664-674.
- Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011; 156(2): 125-130.
- Sulak PJ, Kuehl TJ, Shull BL. Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. *J Reprod Med*. 1993; 38(12): 919-923.
- Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol*. 1997; 90(6): 990-994.
- 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): 159-164.
- Sarma S, Ying T, Moore KH. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *BJOG*. 2009; 116(13): 1715-1721.
- Sitavarin S, Wattanayingcharoenchai R, Manonai J, Sarit-Apirak S, Chittacharoen A. The characteristics and satisfaction of the patients using vaginal pessaries. *J Med Assoc Thai*. 2009; 92(6): 744-747.
- Lone F, Thakar R, Sultan AH, Karamalis G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011; 114(1): 56-59.
- Friedman S, Sandhu KS, Wang C, Mikhail MS, Banks E. Factors influencing long-term pessary use. *Int Urogynecol J*. 2010; 21(6): 673-678.
- Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JL, 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): 405e1-405e8.
- Komesu YM, Rogers RG, Rode MA, Craig EC, Gallegos KA, Montoya AR, et al. Pelvic floor symptom changes in pessary users. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197(6): 620e1-620e6.
- Jones K, Yang L, Lowder JL, Meyn L, Ellison R, Zyczynski HM, et al. Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(3): 630-636.

44. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190(4): 1025-1029.
45. Patel MS, Mellen C, O'Sullivan DM, LaSala CA. Pessary use and impact on quality of life and body image. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2011; 17(6): 298-301.
46. 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.* 2010; 202(5): 499.
47. Wharton L, Athey R, Jha S. Do vaginal pessaries used to treat pelvic organ prolapse impact on sexual function? A systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2022; 33(2): 221-233.
48. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2011; 22(3): 273-278.
49. Van der Vaart LR, Vollebregt A, Puijssers B, Milani AL, Lagro-Janssen AL, Roovers WR, et al. Female sexual functioning in women with a symptomatic pelvic organ prolapse: a multicenter prospective comparative study between pessary and surgery. *J Sex Med.* 2022; 19(2): 270-279.
50. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, et al. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 11(11): CD004010.
51. Hallock JL, Rios R, Handa VL. Patient satisfaction and informed consent for surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217: 181.e1-181.e7.
52. Anglès-Acedo S, Ros-Cerro C, España-Pons M, Valero-Fernández EM, en nombre del GISPEM. Sexual activity and function of women with severe pelvic organ prolapse subjected to a classical vaginal surgery. A multicentre study. *Actas Urol Esp.* 2019; 43(7): 389-395.
53. Thompson JC, Rogers RG. Surgical management for pelvic organ prolapse and its impact on sexual function. *Sex Med Rev.* 2016; 4: 213-220.
54. Anger JT, Lee UJ, Mittal BM, Pollard ME, Tarnay CM, Maliski S, et al. Health literacy and disease understanding among aging women with pelvic floor disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2012; 18(6): 340-343.
55. Neuman M, Lavy Y. Conservation of the prolapsed uterus is a valid option: medium term results of a prospective comparative study with the posterior intravaginal slingoplasty operation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18: 889-893.
56. Korbly NB, Kassis NC, Good MM, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 209(5): 470e1-470e6.
57. Frick AC, Kassis NC, Good MM, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Attitudes toward hysterectomy in women undergoing evaluation for uterovaginal prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2013; 19: 103-109.
58. NICE guideline. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng123
59. Meriwether KV, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Balk EM, Murphy M, et al. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 219(2): 129-146.e2.
60. Geoffrion R, Larouche M. Guideline N.º 413: Surgical management of apical pelvic organ prolapse in women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021; 43(4): P511-523.e1.