

PROCESO DE ATENCION EN HOSPITALIZACION

GUIA DE ATENCION PROLAPSO GENITAL

Santiago de Cali, marzo de 2011

COPIA CONTROLADA
(solo para consulta en la intranet, prohibida la reproduccion o copia)

CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	GUÍA DE ATENCIÓN PROLAPSO GENITAL	Código: HOS-G-007-158
		Vigencia: marzo de 2011
		Versión: 01
		Páginas: 1 de 5

1.0 Información general

Nombre: Prolapso Genital

Código CIE-10: N81

Población objeto: Todas las mujeres afiliadas al régimen contributivo y subsidiado que presenten prolapso genital

2.0 Introducción

El prolapso genital se refiere a la protrusión de ciertos órganos pélvicos a través de la vagina. En realidad los órganos "no se salen" por la vagina, sino que la debilidad en la pared vaginal (y los tejidos de soporte pélvico) permiten que dichos órganos desciendan a través del punto débil de la vagina y se insinúen al exterior recubierta por ella. El único caso en el que parte del órgano prolapsado sale a través de los genitales es el prolapso uterino o histerocele en el cual el cuello del útero sale por el canal vaginal y puede ser visto en el exterior.

3.0 Etiología

El útero normalmente se encuentra sostenido por el tejido conectivo de la pelvis y el músculo pubococcígeo, y es mantenido en su posición por ligamentos especiales. La debilidad de estos tejidos provoca que el útero se desplace al canal vaginal.

4.0 Definición y descripción clínica

Definición:

El prolapso uterino se produce cuando el útero se desprende y cae sobre el canal vaginal debido al debilitamiento de los músculos y los ligamentos de la parte inferior del abdomen (el "piso pélvico") que normalmente sostienen el útero y otros órganos en la pelvis. La gravedad del prolapso uterino se define de la siguiente manera:

- Primer grado (leve): el cuello del útero (la abertura inferior del útero hacia la vagina) sobresale dentro del tercio inferior de la vagina
- Segundo grado (moderado): el cuello del útero sobresale más allá de la abertura vaginal
- Tercer grado (grave): todo el útero sobresale más allá de la abertura vaginal.

Otros órganos, como los ovarios y la vejiga, también pueden desprenderse debido al debilitamiento del tejido del piso pélvico.

Síntomas

Podrían no existir síntomas en los casos leves de prolapso uterino. Los síntomas para los más casos severos podrían incluir:

- Sensación de llenado en la vagina
- Sensación de un tirón en la pelvis
- Dolor en la vagina, espalda baja o abdomen bajo
- Secreción vaginal
- Incontinencia urinaria

- Dificultad para orinar
- Infecciones del tracto urinario frecuentes
- Protuberancias en el tejido rosa de la vagina la cual puede presentar irritación o comezón

Tipos de prolapso:

Prolapso pared anterior: (Colpocistocele) se refiere a la protrusión de la vejiga y de la pared vaginal anterior hacia el exterior de la vagina.

Prolapso pared posterior (Colporectocele) se refiere a la protrusión del recto y de la pared vaginal hacia el exterior a través de la cara posterior de la vagina.

Prolapso apical: descenso o prolapso del útero (Histerocele) se manifiesta por el descenso del útero a través del canal vaginal exponiendo el cuello del útero hacia el exterior. Cuando el prolapso es severo el útero viene acompañado de un prolapso vesical y rectal.

Prolapso intestinal: o Enteroccele, es un prolapso muy particular donde los intestinos se insinúan a través del espacio comprendido entre el útero y el recto. No es muy frecuente

5.0 factores de riesgo

Embarazos múltiples y parto vaginal: el prolapso uterino es más frecuente entre las mujeres que tuvieron uno o más partos naturales. El traumatismo en los tejidos producido durante el nacimiento del bebé, especialmente con bebés grandes o con labor de parto y partos complicados, generalmente son la causa de la debilidad de los músculos.

Útero invertido: (posicionado al revés de lo normal)

Edad: (especialmente periodo menopáusico y posmenopáusico): se cree que la pérdida del tono muscular y la relajación de los músculos, ambas asociadas con el envejecimiento normal, y la reducción de los estrógenos también tienen un papel importante en el desarrollo del prolapso genital.

Obesidad: ejerce una tensión adicional sobre los músculos de la pelvis.

Tumores grandes en el útero o en los ovarios: el prolapso también puede ser provocado por un tumor pélvico, aunque esto es poco frecuente.

Actividades que aumentan la presión en el abdomen y en la pelvis, por ejemplo:

- Constipación grave o prolongada
- Tos crónica (especialmente en fumadores)
- Levantar objetos pesados

Raza: caucásica

6.0 Diagnóstico

Los prolapsos se clasifican en base a la cercanía o nivel de protrusión de la pared vaginal o del útero a través del canal vaginal y para esto se utiliza la escala de calificación del prolapso (POP-Q):

Grado 1: pequeña debilidad de la pared o escaso descenso uterino demostrable mediante pruebas clínicas durante el examen físico. La paciente no siente nada y su presencia sólo la establece el médico.

Grado 2: la protrusión o el descenso uterino pueden notarse mediante maniobras de "pujo". El defecto se insinúa hasta la entrada de la vulva.

Grado 3: la protrusión va más allá de los límites de la vulva, haciéndose evidente a simple vista después de pujar un poco (ver el caso documentado).

Grado 4 o Procidencia: éste nivel se utiliza para describir el descenso total del útero a través del canal vaginal, acompañado por un cistocele y rectocele grado 3. Es la eversión total de la vagina como un guante volteado de adentro hacia fuera.

7.0 Tratamiento

El tratamiento debe ser multidisciplinario, incluyendo fisioterapia del piso pélvico:

Ejercicios de Kegel

Para los casos leves de prolapso uterino, se recomienda realizar ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos de la pelvis.

Inserción de Pesario

Este es un mecanismo elástico en forma de aro. El médico lo inserta en la parte superior de la vagina. Un pesario ayuda a sostener el útero y la vejiga y previene temporalmente el hundimiento de la vagina. Debe removerse para su aseo y antes de una relación sexual.

Cirugía

La cirugía puede ser necesaria para corregir el prolapso uterino. Estos procedimientos se llevan a cabo hasta que haya decidido no embarazarse definitivamente. Los procedimientos quirúrgicos incluyen:

- Histerectomía vaginal: extirpación del útero a través de la vagina. Este procedimiento soluciona de forma permanente el prolapso uterino, pero también causa infertilidad.
- Reparación vaginal: normalmente se hace con una histerectomía. La reparación se puede hacer con sutura y con la inserción de mallas o cabestrillos.
- Colpocleisis: procedimiento que cura el prolapso, pero causa un acortamiento de la vagina que no permite tener relaciones sexuales.

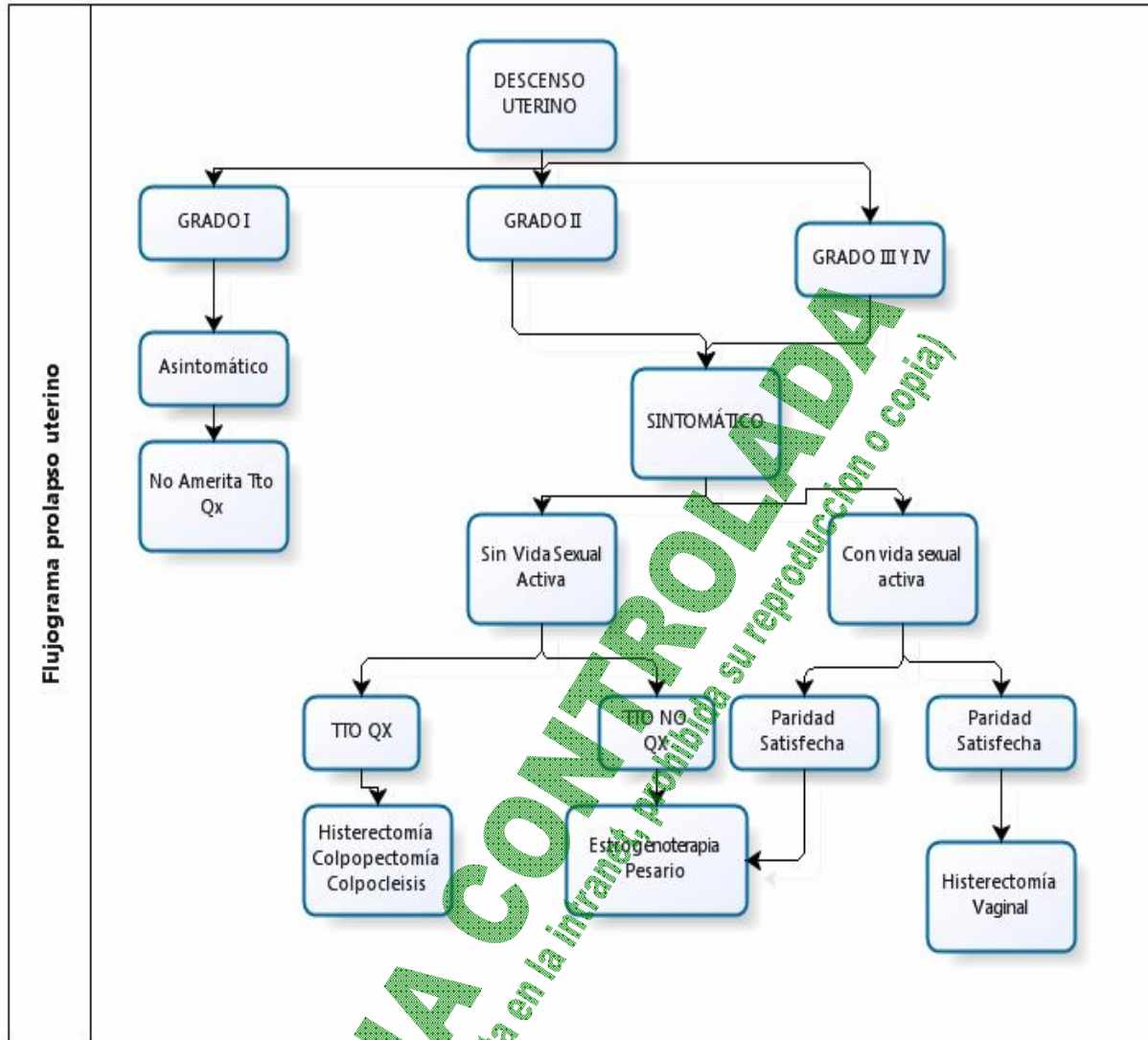
Complicaciones

Se pueden producir infecciones del tracto urinario y otros síntomas urinarios debido al cistocele que suele asociarse con esta condición. El cistocele es un trastorno similar a la hernia que se observa en las mujeres cuando la pared que separa la vejiga y la vagina se debilita, lo que hace que la vejiga caiga o cuelgue hacia la vagina.

También pueden presentarse hemorroides y constipación como resultado del rectocele asociado (una condición similar al cistocele pero en la que el recto sobresale hacia la vagina). Si está constipada, comer más fibra puede resultarle de ayuda.

En casos más graves de prolapso, puede producirse ulceración e infección.

8.0 Diagrama de flujo



9.0 Farmacología

N.A

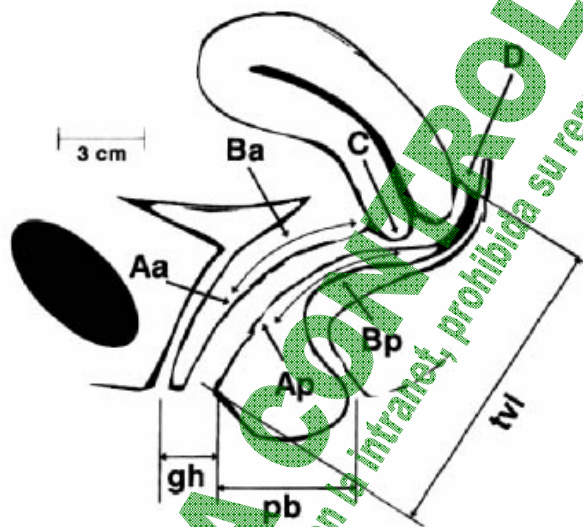
10.0 Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. <http://www.acog.org>
2. The National Women's Health Information Center. <http://www.4woman.gov>
3. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. <http://sogc.medical.org/>
4. Women's Health Matters. <http://www.womenshealthmatters.ca/index.cfm> *Harvard Guide to Women's Health*. Harvard University Press; 1996.

5. National Library of Medicine, Medline Plus website. Available at:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001508.htm> .
6. 10/21/2008 DynaMed's Systematic Literature Surveillance.
<http://www.ebscohost.com/dynamed/what.php>: Shariati A, Maceda JS, Hale DS. High-fiber diet for treatment of constipation in women with pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol.* 2008;111:908-913.

11.0 Anexos

Esquema evaluación de prolapso genital



- Etapa 0: No se demuestra prolapso, los puntos A y B anteriores (a) y posteriores (p) están a -3 cm.
- Etapa I: La porción más distal del prolapso o guía del prolapso está a 1 cm por arriba del himen (-1).
- Etapa II: La porción más distal del prolapso se encuentra a no más de 1 cm. por afuera o debajo del himen (+1).
- Etapa III: La porción más distal del prolapso es mayor de +1 cm pero no mayor a +(LTV-2) cm.
- Etapa IV: La porción más distal del prolapso está a +(LTV-2cm).

Elaborado por :

WILLIAM DARIO GARCIA/ MARIA CECCILIA ARTURO
Residente IV año ginecoobstetricia/ Ginecóloga obstetra

Aprobado por:

RODRIGO CIFUENTES BORRERO
Coordinador Clínicas Ginecoobstétricas