



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

# Manejo del Prolapso de Órganos Pélvicos

**Elaborado por**

Médicos especialistas en ginecología y obstetricia

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **82**



**Guía de Práctica Clínica  
Basada en Evidencia  
(GPC-BE) No. 82  
Manejo del Prolapso de Órganos Pélvicos**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Comisión de guías de práctica clínica  
basadas en evidencia



Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)  
Subgerencia de prestaciones en salud  
Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia  
(GPC-BE)  
**GPC-BE No. 82 “Manejo del Prolapso de Órganos  
Pélvicos”**  
Edición 2023; págs. 60  
IGSS, Guatemala.

**Elaboración aprobada por:**

Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Oficio No. 6181 de fecha 15 de junio de 2023

**Revisión, diseño y diagramación:**

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia;  
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

ISBN: 978-9929-795-51-8

Derechos reservados-IGSS-2023

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



**MSc. Edson Javier Rivera Méndez**  
Gerente

**Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez**  
Subgerente de Prestaciones en Salud

## **Grupo de desarrollo**

**MSc. Clara María González Cardona**

Especialista A – Ginecología y Obstetricia  
Hospital de Gineco Obstetricia

**MSc. José Manuel Pérez Rodas**

Especialista A – Ginecología y Obstetricia  
Hospital de Gineco Obstetricia

**MSc. Jaqueline Gabriela Orellana Ávila**

Especialista A – Ginecología y Obstetricia  
Hospital de Gineco Obstetricia

**Revisor:**

**MSc. Emmanuel Edwin Ardavin Maldonado Guerrero**

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia  
Sub-especialista en Urología Ginecológica



## **Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia**

**Dr. Edgar Campos Reyes**

Subgerencia de Prestaciones en Salud

**Dra. Erika López Castañeda**

Subgerencia de Prestaciones en Salud

## **Declaración de conflicto de interés**

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

## Prólogo

### ¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible –**la evidencia**–, para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo que puede decirse que las **guías de práctica clínica basadas en evidencia**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes y público en general).

**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia** y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 1)



**Tabla 1. Significado de los grados de recomendación**

<b>Grado de recomendación</b>	<b>Significado</b>
<b>A</b>	Extremadamente recomendable.
<b>B</b>	Recomendable favorable.
<b>C</b>	Recomendación favorable, pero no concluyente.
<b>D</b>	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

**Nota.** Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59– 72. Obtenido de [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella\\_Niveles.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf)

**El nivel de evidencia clínica** es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Tabla 2).

**Tabla 2. Niveles de evidencia\***

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
<b>A</b>	<b>1a</b>	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	<b>1b</b>	Ensayo clínico aleatorio individual.
	<b>1c</b>	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
<b>B</b>	<b>2a</b>	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	<b>2b</b>	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	<b>2c</b>	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	<b>3a</b>	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	<b>3b</b>	Estudios de caso control individuales.
<b>C</b>	<b>4</b>	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
<b>D</b>	<b>5</b>	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

**Nota.** Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andalu de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59– 72. Obtenido de [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella\\_Niveles.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf)

\* **Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.**

\*\***All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

En las **Guías de Práctica Clínica publicadas por el IGSS**, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia (1a hasta 5**, en números y letras minúsculas) de los resultados de los estudios, los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto (**Letras A, B, C, D y √**, siempre en letras mayúsculas con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

**Las guías**, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

**Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.**

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos**

**esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

**En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda al momento de tomar decisiones clínicas.** En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes– que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE)** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,  
Guatemala, 2023*

## **Abreviaturas**

<b>POP</b>	Prolapso de órganos pélvicos
<b>POP-Q</b>	Estatificación del prolapso de órganos pélvicos
<b>RM</b>	Resonancia Magnética
<b>BFB</b>	Biorretroalimentación
<b>EES</b>	Electro estimulación
<b>TOT</b>	Cinta Transobturadora
<b>TVT</b>	Cinta Transvaginal
<b>HV</b>	Histerectomía Vaginal
<b>HVR</b>	Histerectomía Vaginal Reconstructiva
<b>HAT</b>	Histerectomía Abdominal Total

## Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	7
5. Anexo	19
6. Glosario	29
7. Referencias bibliográficas	31

## 1. Introducción

Se ha desarrollado la presente guía con el objetivo de simplificar el manejo de las pacientes que acuden a consulta al IGSS, con prolapso de órganos pélvicos y todas las patologías concomitantes, por ejemplo, uretrocele, cistocele, rectocele y enterocele.

Acerca de estas patologías se presenta la nueva nomenclatura y tratamiento actual, haciendo mención de los distintos abordajes quirúrgicos y seguimiento postoperatorio.

El propósito primordial para la elaboración y publicación de esta guía, es la estandarización del tratamiento integral en las pacientes con patologías relacionadas al prolapso de órganos pélvicos.

Como centro de referencia, el Hospital de Gineco-Obstetricia (IGSS) ubicado en la ciudad de Guatemala, brinda atención a pacientes que provienen de las diferentes unidades médicas ubicadas en el interior de la república, por lo que, con el fin de brindar una mejor atención a las afiliadas y derechohabientes, se propone agilizar el proceso de referencia, para que las pacientes se sometan al tratamiento quirúrgico especializado.

Las pacientes podrán retornar a los centros de referencia con el diagnóstico y tratamiento adecuados, brindándoles la atención necesaria en las diferentes



fases que incluyen la preparación preoperatoria, transoperatoria y seguimiento postoperatorio, aplicando los conceptos expuestos en la presente guía fundamentada en evidencia científica.

## 2. Objetivos

### General

Optimizar el diagnóstico basado en estadios y el proceso de diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías asociadas al prolapso de órganos pélvicos, con el propósito de lograr el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el seguimiento adecuado a cada caso.

### Específicos

1. Definir en qué consiste el prolapso de órganos pélvicos.
2. Actualizar la nomenclatura de clasificación del prolapso de órganos pélvicos.
3. Describir el manejo conservador de las distintas patologías comprendidas dentro del complejo conocido como prolapso de órganos pélvicos.
4. Describir el manejo quirúrgico de las distintas patologías concomitantes del prolapso de órganos pélvicos.
5. Estandarizar el diagnóstico de las patologías asociadas al prolapso de órganos pélvicos.

### 3. Metodología

#### Definición de preguntas

1. ¿Cuál es la estadificación y el abordaje de las diferentes patologías de prolapso de órganos pélvicos para un correcto tratamiento y seguimiento?
2. ¿Cómo se define prolapso de órganos pélvicos?
3. ¿Cuál es la nomenclatura actual de prolapso de órganos pélvicos?
4. ¿Cuál es el manejo conservador de las distintas patologías concomitantes del prolapso de órganos pélvicos?
5. ¿Cuál es el manejo quirúrgico de las distintas patologías concomitantes del prolapso de órganos pélvicos?
6. ¿Cuáles son los métodos diagnósticos de las patologías concomitantes de prolapso de órganos pélvicos?

**Criterios de inclusión de los estudios:** Idioma: Castellano e inglés. Fecha de publicación 2015 al 2021. Estudios con base científica confiable. Artículos y publicaciones no pagadas.

**Estrategia de búsqueda:** consultas en materiales electrónicos: Google académico, Guías de Práctica Clínica, Revistas médico-científicas.

**Palabras clave:** Prolapso de órganos pélvicos, POP-Q.

**Población diana:** Pacientes beneficiarias y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que acuden a la emergencia y consulta externa con prolapso de órganos pélvicos.

**Usuarios de la guía:** Se promueve la presente guía de práctica clínica basada en evidencia para uso y conocimiento de personal médico y paramédico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Incluyendo a todos aquellos en contacto en pacientes con prolapso de órganos pélvicos, como médicos generales, médicos residentes, especialistas y subespecialistas, personal de enfermería y estudiantes de medicina.

**Implicaciones para la práctica:** La presente guía busca brindar información sobre el prolapso de órganos pélvicos en pacientes que acuden a consulta en emergencia y consulta externa, para que personal de salud cuente con las herramientas necesarias para la atención adecuada de la misma.

**Fecha de elaboración, revisión y año de publicación de esta guía:**

Elaboración durante 2019-2022

Revisión 2023

Publicación año 2023

## 4. Contenido

### Definición:

El prolapso de órganos pélvicos consiste en la sensación experimentada por una mujer, en referencia a la posición de sus órganos pélvicos, en cuanto a su estructura y función. (Esquivel, Lima, Camuendo, & Mesías, 2020)

3a

Los síntomas generalmente empeoran con la bipedestación, pueden ser más molestos durante los esfuerzos abdominales (ejemplo defecación).

B

Puede manifestarse como el descenso de una o más de las paredes vaginales, anterior, posterior, del útero (cérvix) o el ápex de la vagina (cúpula). (Esquivel, Lima, Camuendo, & Mesías, 2020)

La presencia de cualquiera de estos signos debe correlacionarse con el síntoma más relevante del prolapso. Esta correlación se debe hacer tomando el himen como punto de referencia.

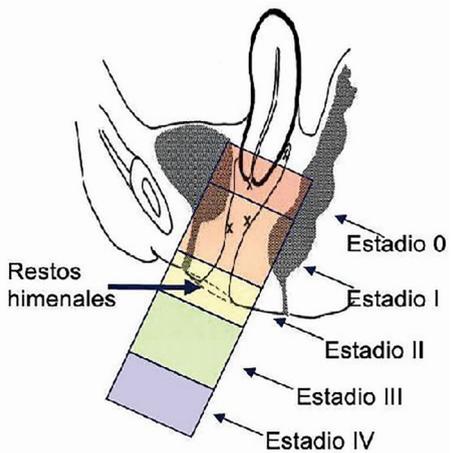
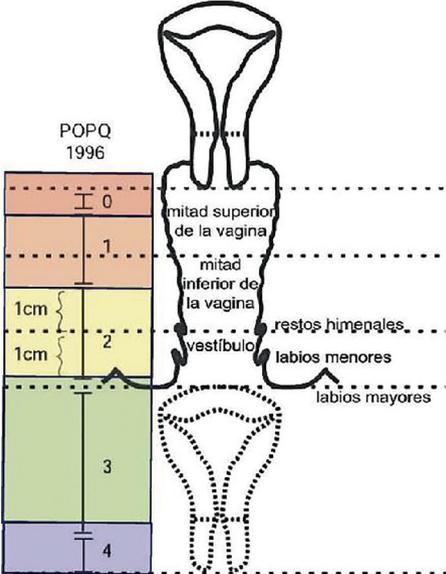
√

**Tabla 3. Prolapso de órganos pélvicos cuantificación (POP-Q)**

Estatificación	Definición
<b>Estadio 0</b>	No se evidencia prolapso.
<b>Estadio I</b>	La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por encima del nivel del himen.
<b>Estadio II</b>	La porción más distal del prolapso está a 1 cm o menos proximal o distal al plano del himen.
<b>Estadio III</b>	La parte más distal del prolapso está a más de 1 cm por bajo del plano del himen.
<b>Estadio IV</b>	Se demuestra una eversión completa de la longitud total del tracto genital inferior.

**Fuente:** Bernard T. H., et al. Urodinámica Aplicada. URODA 2012; 25(1). Sociedad Iberoamericana de Neurología y Uroginecología (S.I.N.UG)

**Figura 1. Estratificación de Prolapso de Órganos Pélvicos**



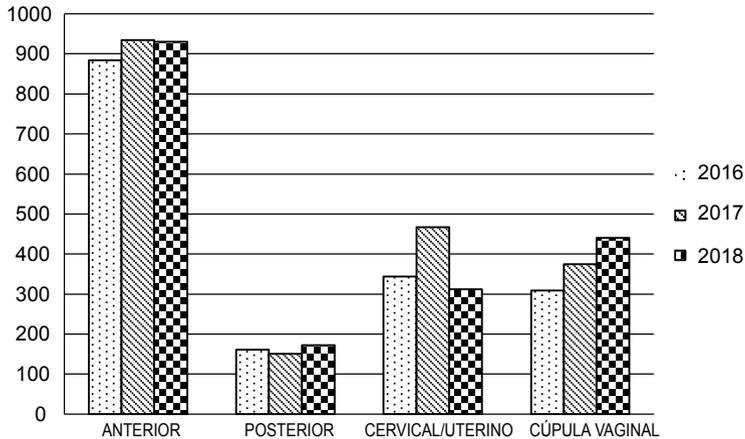
**Fuente:** Haylen, Bernard T., et al. (2019) An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction.

## Hallazgos clínicos asociados a POP

- **Prolapso cervical/uterino:** Se define como la observación del descenso del útero o cérvix.
- **Prolapso de cúpula vaginal:** Es la observación del descenso de la cúpula vaginal.
- **Prolapso de la pared vaginal anterior:** Se observa el descenso de la pared vaginal anterior, causado más frecuentemente por prolapso vesical (cistocele). Estadios más elevados implican un descenso del útero o de la cúpula vaginal. También puede formarse un enterocele anterior, constituido por una hernia del peritoneo con probable contenido abdominal, tras una cirugía correctiva previa.
- **Prolapso de la pared vaginal posterior:** Se observa el descenso de la pared vaginal posterior, frecuentemente se debe a protrusión rectal en la vagina, conocido también como rectocele. Los estadios más altos con antecedente de histerectomía, generalmente implicarán algún descenso de la cúpula vaginal y existe la posibilidad de formación de un enterocele. (Bernard, et al., 2012)

## Datos epidemiológicos

Figura 2. Prevalencia de Prolapso de Órganos Pélvicos



Fuente: Departamento de Estadística Hospital de Gineco Obstetricia IGSS.

## Síntomas

Síntomas de POP: desviación de la sensación normal, estructura o función, percibido por la mujer en referencia a la posición de sus órganos pélvicos. Los síntomas empeoran generalmente en los momentos en que la fuerza empeora el prolapso (por ejemplo: tras largos periodos de estar de pie o con el ejercicio) y mejoran cuando la fuerza de la gravedad no actúa (por ejemplo, en decúbito supino). El prolapso puede ser más prominente en los momentos de esfuerzo abdominal como la defecación. (Bernard, *et al.*, 2012)



- **Bulto vaginal:** sensación de “abultamiento” o “algo que baja” a través del introito vaginal. La paciente suele indicar que nota un abultamiento mediante la palpación directa o que lo ve con ayuda de un espejo.
- **Peso pélvico:** La paciente puede indicar que tiene una sensación de presión o molestia interna en el área supra púbica o pélvica.
- **Sangrado, flujo, infección:** sangrado vaginal, flujo o infección relacionados o dependientes de la lesión ulcerativa del prolapso en cuestión.
- **Ayuda digital:** es la necesidad de recolocar los tejidos prolapsados, con ayuda manual presionando en el área de la vagina. Esta maniobra puede ser necesaria para ayudar a la micción o la defecación.
- **Dolor lumbar bajo:** dolor lumbar bajo, a nivel del sacro o como el que se asocia a la regla, se relaciona de manera temporal con el POP.

(Bernard, et al., 2012)

5

## Métodos diagnósticos

### *Diario vesical o miccional*

Incluye el registro de la hora de cada micción y el volumen vaciado durante al menos 24 horas, añadiendo la ingesta líquida, el número de absorbentes usado, los episodios de incontinencia y el grado de incontinencia. También pueden registrarse

D

los episodios y las sensaciones de urgencia, así como las actividades realizadas durante o inmediatamente antes de las pérdidas involuntarias de orina (Bernard, et al., 2012)

### ***Test del absorbente***

Cuantificación de la cantidad de orina perdida durante el tiempo que dura la prueba por la medición del incremento del peso de los absorbentes usados (pesados pre y post prueba). Diferentes duraciones, pruebas cortas (1 hora) hasta pruebas de 24 y 48 horas, desde las actividades cotidianas hasta regímenes definidos. (Bernard, et al., 2012)

### ***Residuo post miccional***

Volumen de orina que queda en la vejiga tras la finalización de una micción (normal de 50 o 100 ml medido por catéter, incluso hasta con 10 min de retraso y por ultrasonido de 30 ml, medido dentro de los 60 segundos posteriores a la micción). (Bernard, et al., 2012)

### ***Urodinamia completa***

Estudio funcional del tracto urinario inferior (incluye cistometría, flujometría y estudio flujo de presión), en pacientes con prolapso de órganos pélvicos (POP) estadio II o más, infecciones urinarias a repetición, algún tipo de incontinencia urinaria mixta o dual, incontinencia recurrente y/o prolapso de órganos pélvicos o recurrente (Domínguez Arroyo, Álvarez Tovar, & Gutiérrez Hernández, 2012)

3b

B

## Indicaciones

5

- Incontinencia urinaria de esfuerzo sin respuesta a tratamiento conservador.
- Prolapso estadio III o más.
- Prolapso asociado a incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Pacientes con incontinencia urinaria mixta asociado a prolapso estadio III o más.
- Pacientes con compromiso inmunológico o neurológico que involucre el tracto urinario.
- Para definir el tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo en quienes se considere manejo irreversible. (González La Rotta, Bravo-Balado, Ramos, & Plata, 2018)

D

## *Estudios de ultrasonido*

5

Estudios de imagen que ayudan al estudio de prolapso de órganos pélvicos.

- **Perineal:** la sonda convexa se aplica en el periné. Esta modalidad incluye los ultrasonidos transperineales y translabiales. (Bernard, et al., 2012)
- **Introital:** la sonda convexa se aplica en el introito vaginal. (Bernard, et al., 2012)
- **Anal:** es el estudio ideal para la evaluación de la integridad del esfínter anal. (Bernard, et al., 2012)

D

## **Otros estudios de imagen para evaluación del Piso Pélvico**

5

**Cistouretrografía retrograda:** indicada en casos complejos, permite observar los defectos de la vejiga y la conformación del cuello vesical en relación a la sínfisis del pubis. (Gómez Nova, et al., 2018)

D

**Pielograma intravenoso:** permite una evaluación anatómica del tracto urinario. (Gómez Nova, et al., 2018)

2c

**Cistograma miccional:** indicada principalmente para detectar reflujo vesicoureteral, fístulas vesicovaginales y divertículos. (Ramírez-Arango, Ruiz, Maldonado, & Herrera, 2017)

B

3a

**Defecograma por resonancia magnética:** estudio dinámico que muestra la anatomía normal anorectal así como los desórdenes de la evacuación rectal, paciente en reposo en posición de decúbito supino, realizando maniobras de pujo/valsalva, así como evacuaciones con el recto distendido y preparado con gel. (Vallejos, Rodríguez, Palacios, & Schiappacasse, 2021)

B

**Cistoscopia:** Estudio endoscópico de la vía urinaria. Indicaciones: Hematuria, Prolapso uterino estadio III o más, Incontinencia urinaria asociada, Infecciones urinarias a repetición. (IUGA, 2011)

Nombres y códigos de procedimientos diagnósticos disponibles en el IGSS por servicios contratados:

- Urodinamia Completa (Formulario SPS 465 código 340072)
- Uroflujometría (Formulario SPS 465 código 340020)

- Videoretrocistoscopia flexible Diagnóstica sin biopsia (Formulario SPS 465 código 340061)

### Tratamiento conservador

2a

En las etapas I y II, las pacientes generalmente no son sintomáticas, no requieren de tratamiento quirúrgico, pueden ser consideradas para tratamiento conservador, se pueden mencionar las siguientes:

B

1. Intervenciones en el estilo de vida (pérdida de peso, eliminación de fajas que aumenten la presión Intrabdominal, evitar la tos, cese de tabaco).
2. Dispositivos (pesarios): es un instrumento insertado en la vagina con la finalidad de brindar soporte estructural en uno o más de los compartimientos vaginales.

√

**Figura 3. Dispositivo Pesario**



Fuente: Fotografía del registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.

3. Ejercicios de piso pélvico: con el objetivo de reducir los síntomas de prolapso y mejorar la estática pélvica. (ver Anexo 3)
4. Biorretroalimentación: (Fortalecimiento de músculos del piso pélvico).
5. Tecnología electromagnética focalizada de alta intensidad (HIFEM). Se trata de un campo electromagnético focalizado de intensidad extremadamente elevada, su alta intensidad provoca contracciones máximas de los músculos pélvicos mientras la paciente está cómodamente sentada en el aplicador. (Samuels, Pezzella, & Alisond, 2019)
6. Aplicación de estrógenos locales (código IGSS 1003) idealmente, un mes previo a la intervención quirúrgica, así como tratar las infecciones vaginales y urinarias.

2b

B

√

### **Tratamiento quirúrgico**

Algunos casos requieren dos o más procedimientos en adición a otras cirugías concomitantes (cirugías anti continencia).

#### ***Abordaje vaginal***

- Reparación de la pared vaginal anterior con tejido nativo (colpoplastia anterior).
- Cirugía concomitante anti continencia (cinta Transobturadora “TOT” // cinta transvaginal “TVT” // cinta retro púbica).

- Reparación de la pared vaginal posterior con tejido nativo (colpoplastia posterior).
- Cirugía concomitante: perineoplastía, Moskowitz, plicatura de los elevadores del ano, reparación del esfínter anal.
- Reparación de prolapso uterino (Histerectomía vaginal simple “HV”, histerectomía vaginal reconstructiva “HVR” con culdoplastía de McCall).
- Reparación de cúpula vaginal (post histerectomía).
- Fijación al ligamento sacroespinoso unilateral o bilateral, con abordaje anterior con sutura o con fascia abdominal.
- Histerectomía vaginal asistida por videolaparoscopia.
- Cirugías conservadoras de útero. (Esquivel, Lima, Camuendo, & Mesías, 2020)

### ***Abordaje abdominal***

**3a**

- Reparación abdominal con malla o injerto en prolapso recurrentes y en pacientes con vida sexual activa. (Esquivel, Lima, Camuendo, & Mesías, 2020)
  - Sacrocolpopexia: abierta, laparoscópica.
  - Sacrohisteropexia: abierta, laparoscópica.

**B**

- o Sacrocervicocolpopexia: abierta, la paroscópica.
- o Cirugía concomitante: como la colposuspensión Burch ya sea abierta, laparoscópica.
- Reparación abdominal sin malla (histerectomía abdominal total). (Esquivel, Lima, Camuendo, & Mesías, 2020)

### ***Procedimientos obliterativos***

**3b**

- Colpocleisis Parcial: en su forma clásica conserva útero y cérvix. (De Petris, Laiz, & Castro, 2017)
- Colpectomía total: produce una oclusión vaginal con fusión de las paredes laterales e introito. (De Petris, Laiz, & Castro, 2017)

**B**



## 5. Anexo

### Anexo 1

### Diario Vesical

PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

- En la columna 1 (*Hora*) marca con una "x" la hora a la que te despiertas y con un "círculo" la hora a la que te duermes
- En la columna 2 (*Micción*) marca con una "x" cada vez que orinas en el inodoro
- En la columna 3 (*Accidentes*) marca con una "x" cada vez que pierdas orina accidentalmente
- En la columna 4 indica la *causa del accidente*. Por ejemplo: toser, brincar, cargar algo pesado o marcar con una "x" si fue por *urgencia repentina*
- En la columna 5 (*Líquidos*) describe lo que tomas en el día señalando el tipo (agua, té, refresco, café, jugo) y la cantidad (en ml o 1/2 taza, 1 taza)
- En la columna 6 (*Protectores*) marca con una "x" cada vez que inicias a utilizar un protector

EJEMPLO:

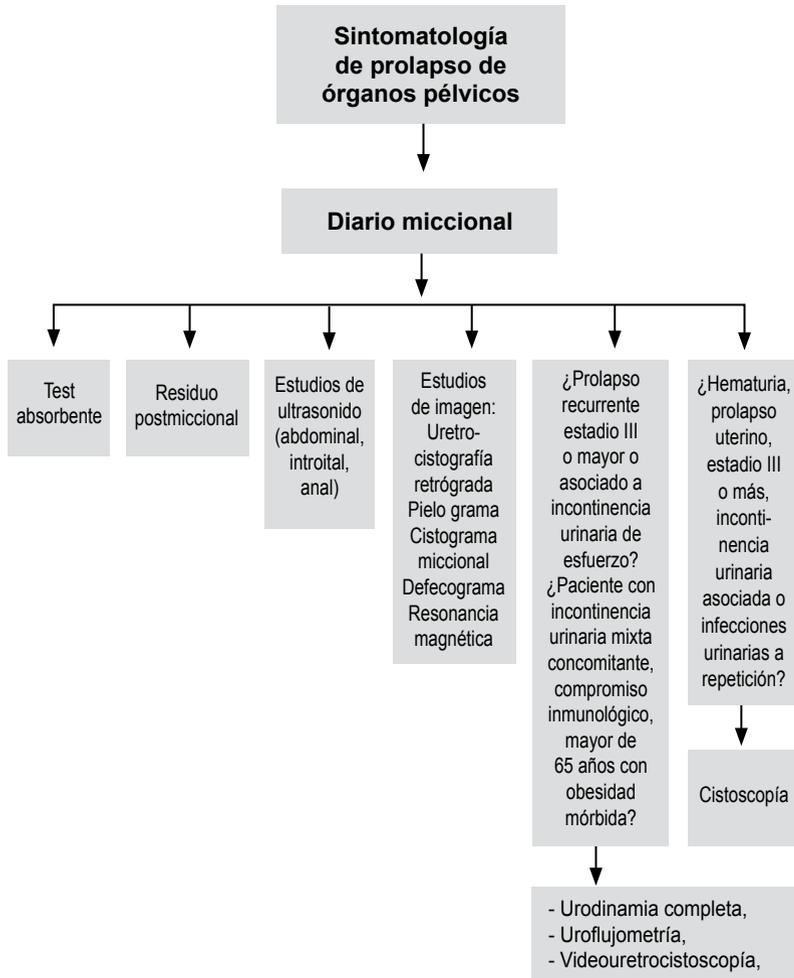
DÍA: 0 2 - 3

1	2	3	4		5		6
							
Hora	Micción	Accidentes	Actividades	Urgencia	Tipo	Cantidad	Protectores
6 am							
7 am	X				Jugo	250 ml	
8 am	X						X
9 am							
10 am							
11 am		X	Toser				
12 pm							X
1 pm					Refresco	1 lata	
2 pm	X						
3 pm							
4 pm		X	Correr				
5 pm							
6 pm	X						
7 pm					Café	2 tazas	X
8 pm							
9 pm		X		X			
10 pm							X
0 pm							
0 hrs							
1 am							
2 am	X						
3 am							
4 am							
5 am							

**Fuente:** Instituto Nacional de Perinatología Isidoro Espinoza de los Reyes. Dirección Médica. Subdirección de Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología. Coordinación de Urología Ginecológica.

## Anexo 2

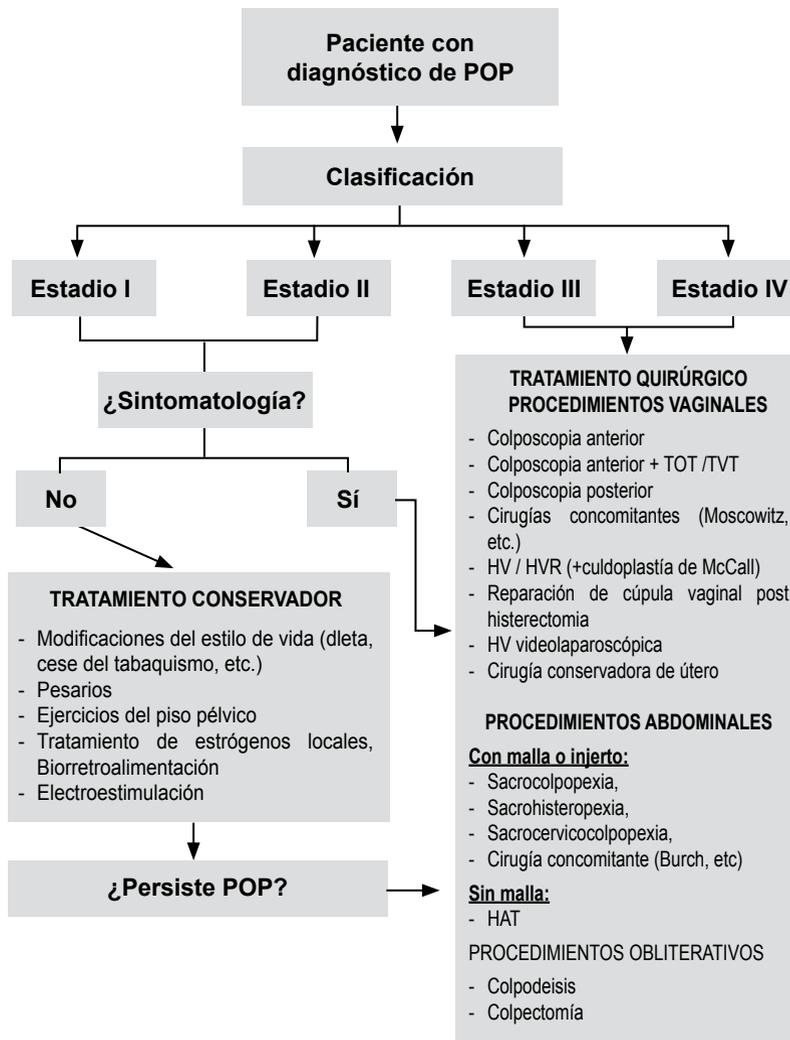
### Algoritmos de diagnóstico de POP



**Fuente:** Algoritmo elaborado por el grupo de desarrollo de la guía. González CM, Orellana JG, Pérez JM. 2021

## Anexo 3

### Algoritmos de tratamiento de POP



TOT: cinta transobturadora, TTV: cinta transvaginal, HV: histerectomía vaginal, HVR: histerectomía vaginal reconstructiva, HAT: histerectomía abdominal total.

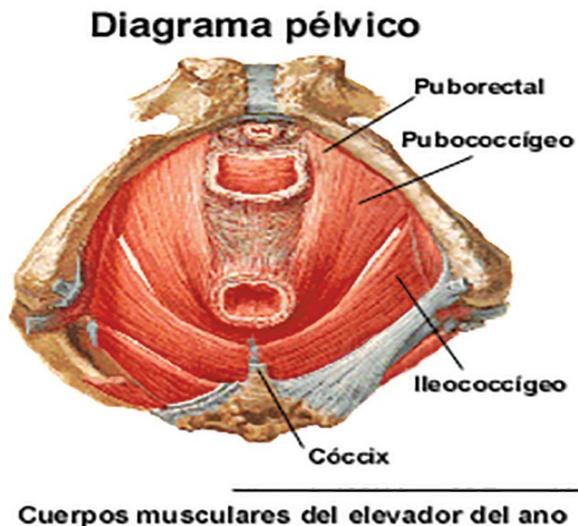
**Fuente:** Algoritmo elaborado por el grupo de desarrollo de la guía. González CM, Orellana JG, Pérez JM. 2021

## Anexo 4

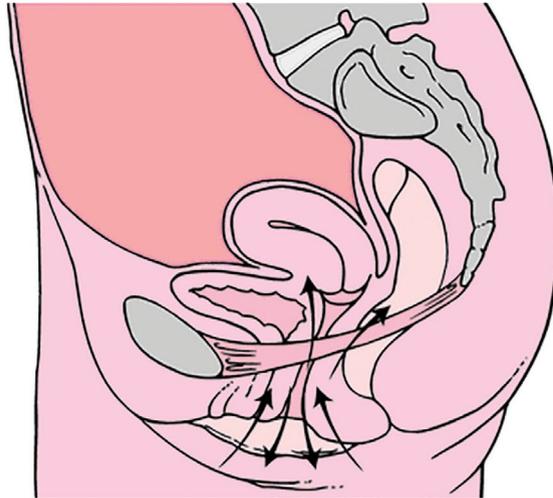
### *Ejercicios de Kegel*

Consisten en la contracción de la musculatura estriada del suelo pélvico, específicamente el músculo pubococcígeo, con el objetivo de mejorar la resistencia y fuerza del periné, realizados de forma frecuente posterior a la identificación de la musculatura correcta y con vejiga vacía. (Juárez Jiménez, De

La Cruz Villamayor, & Baena Bravo, 2018)



**Fuente:** Sacrorrectopexia posterior en el tratamiento del síndrome de descenso perineal. <https://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeCinco/CasosClinicos/Cirugia/introduc.htm>



**Fuente:** Ejercicios de Kegel. <https://www.udocz.com/apuntes/147435/ejercicios-de-kegel>

Son moderadamente efectivos si se realizan adecuadamente durante 3 a 4 meses y de forma indefinida. Estos consisten en la primera línea de tratamiento para la incontinencia urinaria en sus presentaciones de esfuerzo, urgencia y mixta. (UBE, 2017)

Técnica para efectuar ejercicios de Kegel:

1. Ubicar los músculos correctos, por medio de los métodos descritos a continuación:
  - Al orinar, parar el chorro de orina, posteriormente relajar los músculos y continuar hasta vaciar completamente la vejiga.

- Insertar el dedo dentro de la vagina y apretarlo.
  - Contraer los glúteos como si evitara la expulsión de gases.
2. Los ejercicios pueden realizarse sentada, de pie o acostada. Se recomienda que los ejercicios se hagan en cada posición todos los días.
- Contraiga de 8-12 veces mantenidas durante 6-8 segundos.
  - Contraer lentamente subiendo los músculos hacia dentro tan fuerte como sea posible, sostener la tensión durante 5 segundos y relajar a los 10 segundos.
  - Repetir diez veces y esto representaría 1 serie.
  - En el transcurso del día se sugiere realizar mínimo 3 series de estos ejercicios y así aumentar progresivamente hasta 20 contracciones. (Juárez Jiménez, De La Cruz Villamayor, & Baena

Bravo, 2018)

## Anexo 5

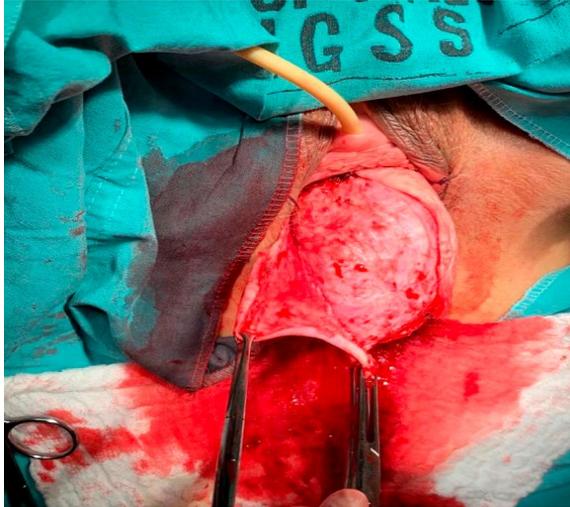
### *Colpsectomía total*



**Fuente:** Fotografía tomada de registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.



**Fuente:** Fotografía tomada de registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.

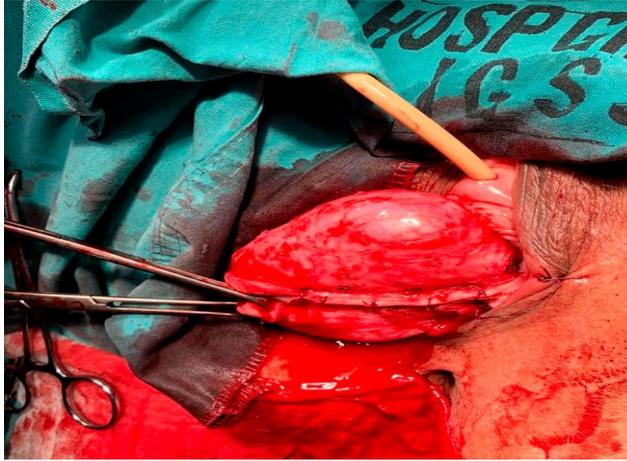


**Fuente:** Fotografía tomada de registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.



**Fuente:** Fotografía tomada de registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.

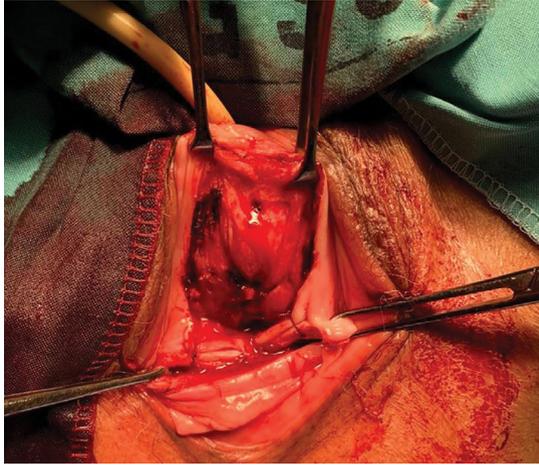




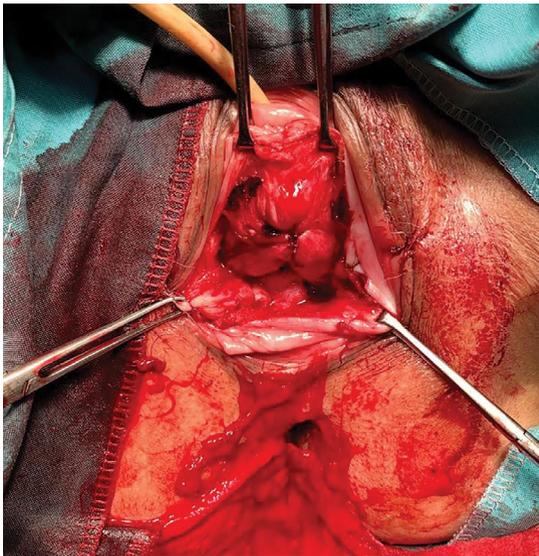
**Fuente:** Fotografía tomada de registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.



**Fuente:** Fotografía tomada de registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.



**Fuente:** Fotografía tomada de registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.



**Fuente:** Fotografía tomada de registro de procedimientos Hospital de Gineco Obstetricia IGSS 2020.

## 6. Glosario

**Biorretroalimentación:** una técnica en la que la información de un proceso fisiológico, contracción y relajación muscular perineal, se convierte en una señal auditiva o visual, permitiendo aprender a controlar la función alterada, esto a través de un registro manométrico o electromiográfico.

**Colpectomía total:** es una cirugía mediante la cual se cierra la cavidad vaginal, es un procedimiento para corregir el prolapso de vejiga, útero o cúpula vaginal.

**Colpocleisis parcial:** cirugía mediante la cual una parte de la mucosa vaginal es dejada, proporcionando un canal de drenaje para las secreciones provenientes del canal cervical.

**Colpoplastia:** creación de una vagina en casos de agenesia, o corrección quirúrgica del prolapso vaginal.

**Culdoplastia:** suspensión del fondo de saco posterior a los ligamentos útero-sacos, cierre del fondo de saco de Douglas aproximándolos a los ligamentos útero-sacos en la línea media posterior.

**Hematuria:** presencia de una cantidad elevada de eritrocitos en la orina (superior a 10.000/ml).

**Histeropexia:** intervención quirúrgica que consiste en la fijación del útero, o bien a los órganos vecinos o a la pared abdominal, para corregir el descenso o la retroversión uterina.

**Pielograma intravenoso:** es un examen de rayos X que utiliza una inyección de material de contraste para evaluar sus riñones, uréteres y vejiga y para ayudar a diagnosticar sangre en la orina o dolor en el costado o en la cintura.

**Sacrocolpopexia:** fijación del borde superior de la vagina al sacro con material no absorbible, se fija a los ligamentos útero-sacros o a los ligamentos sacro-ciáticos, por medio de abordaje abdominal.

**Sacrohisteropexia:** es la fijación de la cúpula vaginal al promontorio usando una malla sintética.

## 7. Referencias bibliográficas

- 1) Esquivel Ramírez, D. F., Lima Arcos, J. A., Camuendo Egas, M. E., & Mesías Molina, L. Y. (2020). Prolapso genital femenino, abordaje quirúrgico inicial. *RECIMUNDO*, 4(4), 291-299. Recuperado en 01 de septiembre de 2021, de <https://recimundo.com/index.php/es/article/download/893/1631?inline=1>
- 2) Bernard T. H, et al. Urodinámia Aplicada. *UROD A* 2012; 25 (1). Sociedad Iberoamericana de Neurología y Uroginecología (S.I.N.UG). Recuperado en 2 de septiembre de 2019, de [https://www.sinug.org/wp-content/uploads/2017/09/final-n25-1\\_opt.pdf](https://www.sinug.org/wp-content/uploads/2017/09/final-n25-1_opt.pdf)
- 3) Domínguez Arroyo, J. La urodinamia, método diagnóstico y fundamento terapéutico de gran valor. *Rev Esp Méd Quir* 2012;17(2)125-130. Recuperado en 6 de octubre de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122k.pdf>
- 4) González La Rotta, M., Bravo-Balado, A., Ramos, A., & Plata, M. (2018). Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: aproximación racional a su diagnóstico y manejo. *Revista Urología Colombiana / Colombian Urology Journal*, 27(02), 115–125. Recuperado en 6 de octubre de 2019, de <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1654719>

- 5) Nova, J. C. G., Santana, E. E. H., Torres, J. H., Lasanta, J. Á. J., Castro Frías, L., & Bordás, M. T. (2018). Uretrografía retrógrada y cistouretrografía miccional seriada: lo que debemos saber a la hora de estudiar la patología uretral. *Seram*, 2(1). Recuperado en 7 de enero de 2020, de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8321>
- 6) Ramírez-Arango J, Ruiz LA, Maldonado GA, Herrera MC. Cistouretrografía miccional: revisión del método diagnóstico y su utilidad en el estudio de afecciones comunes. *Anales de Radiología México* 2017;16(1):20-30. Recuperado en 08 de diciembre de 2021, de [https://www.analesderadiologiamexico.com/previos/ARM%202017%20Vol.%2016/ARM\\_17\\_16\\_1\\_Enero-Marzo/arm\\_17\\_16\\_1\\_020-030.pdf](https://www.analesderadiologiamexico.com/previos/ARM%202017%20Vol.%2016/ARM_17_16_1_Enero-Marzo/arm_17_16_1_020-030.pdf)
- 7) Vallejos C., A., Rodríguez T., G., Palacios M., S., & Schiappacasse F., G. (2021). Defecografía por resonancia magnética y su utilidad en el estudio de disfunción del piso pélvico. *Revista Chilena de Radiología*, 27(2), 76–87. Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de <https://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v27n2/0717-9308-rchradiol-27-02-76.pdf>
- 8) IUGA. Asociación Internacional de Uroginecología. Cistoscopia Una Guía para Mujeres. (Arnal B, Henrique; López G, Vanda;

Vervest, Glenda, Trad. 2011). Recuperado en 08 de diciembre de 2021, de [https://www.yourpelvicfloor.org/media/Spanish\\_Cystoscopy.pdf](https://www.yourpelvicfloor.org/media/Spanish_Cystoscopy.pdf)

- 9) Samuels JB, et al. Safety and Efficacy of a Non-Invasive High-Intensity Focused Electromagnetic Field (HIFEM) Device for Treatment of Urinary Incontinence and Enhancement of Quality of Life. *Lasers in Surgery and Medicine*, volumen 51, issue 9, 760-766. Recuperado en 08 de Diciembre de 2021, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/lsm.23106>
- 10) De Petris V., Valentina, Laiz R., Domingo, & Castro L., Francisco. (2017). Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Experiencia en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Santiago-Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(5) 480-490. Recuperado en 25 de octubre de 2019, de <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000500480>
- 11) Juárez Jiménez MV, et al. Puntos clave en los ejercicios Kegel. *Med fam Andal* Vol. 19, N°.1, enero-febrero-marzo-abril 2018. Recuperado en 8 de diciembre de 2021, de [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1\\_10\\_repasaKegel.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1_10_repasaKegel.pdf)
- 12) UBE. Urología basada en evidencia. Ejercicios de Kegel ¿Qué son y cómo se hacen? Junio 2017. Recuperado en 25 de octubre de

2019, de <https://urologiabe.com/2017/06/04/ejercicios-de-kegel-que-son-y-como-se-hacen/>

- 13) Walia R, Mahajan L, Steffen R. Recent advances in chronic constipation. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21:661-666. Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19606041/>
- 14) American Urogynecologic Society 2019. Colpocleisis (Cirugía de cierre Vaginal). Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de [https://www.voicesforpfd.org/assets/2/6/Colpocleisis\\_Spanish.pdf](https://www.voicesforpfd.org/assets/2/6/Colpocleisis_Spanish.pdf)
- 15) Roncatti De Carli, Virgínia C, Palma Rodrigues, Paulo C, Lopes Duarte, Eliana, & Arratia Mamani, Saúl J. (2018). Colpocleisis para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal grave. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 59(1), 56-61. Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762018000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762018000100007&lng=es&tlng=es)
- 16) Clínica Universidad de Navarra. Diccionario Médico, Recuperado en 10 de noviembre 2021, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/colpoplastia>
- 17) Atías, Farith. (2010). Prevención del prolapso genital en histerectomía abdominal utilizando los ligamentos redondos: Experiencia personal. *Revista de Obstetricia*



*y Ginecología de Venezuela*, 70(2), 107-111. Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322010000200006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000200006&lng=es&tlng=es)

- 18) Chacón Hernández G., Delgado Arguedad J. Urología. Hematuria. REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA LXXII (614) 77 – 81, 2015. Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151o.pdf>
- 19) Radiology Info. Pielograma Intravenoso (PIV). Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de <https://www.radiologyinfo.org/es/info/ivp>
- 20) Zubieta ME, et al. Sacrocolpopexia y Sacrohisteropexia laparoscópica para el tratamiento de prolapso de órganos pélvicos. XXXIV Congreso de la Confederación Americana de Urología (CAU) (2015-11). Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de [https://www.hospitalitaliano.org.ar/personas/conf\\_contenido/con\\_articulos\\_descripcion.php?idpersona=5486&id\\_trabajo=10475&titulo=Sacrocolpopexia%20y%20sacrohisteropexia%20laparosc%F3pica%20para%20el%20tratamiento%20del%20prolapso%20de%20%F3rganos%20p%E9lvicos](https://www.hospitalitaliano.org.ar/personas/conf_contenido/con_articulos_descripcion.php?idpersona=5486&id_trabajo=10475&titulo=Sacrocolpopexia%20y%20sacrohisteropexia%20laparosc%F3pica%20para%20el%20tratamiento%20del%20prolapso%20de%20%F3rganos%20p%E9lvicos)



7a. Avenida 22-72 Zona 1  
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala  
Guatemala, Centroamérica  
PBX: 2412-1224



ISBN: 978-9929-795-51-8



9 789929 795518