



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DR. DOMINGO LUCIANI  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR JOSÉ GREGORIO HERNANDEZ**

**INCIDENCIA DE PROLAPSO VAGINAL EN PACIENTES DE  
CONSULTA PISO -PELVICO**

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología

Luis Ortigoza

Caracas, Noviembre 2021



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DR. DOMINGO LUCIANI  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR JOSÉ GREGORIO HERNANDEZ**

**INCIDENCIA DE PROLAPSO VAGINAL EN PACIENTES DE  
CONSULTA PISO -PELVICO**

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología

Luis Ortigoza

**Tutor:** Carlos Miguel Lugo

Caracas, Noviembre 2021



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

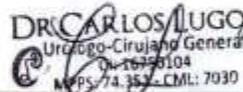
Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **LUIS JAVIER ORTIGOZA ARAUJO** Cédula de identidad N° 20.168.842, bajo el título "**INCIDENCIA DE PROLAPSO VAGINAL EN PACIENTES DE CONSULTA PISO -PELVICO**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - H.D.L.**, dejan constancia de lo siguiente:

- 1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 26 de noviembre de 2021 a las 10:00 AM., para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en el Hospital materno Infantil "Dr. José Gregorio Hernández" IVSS – Acarigua- Edo. Portuguesa, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.
- 2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 29 días del mes de noviembre del año 2021, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado **Carlos Miguel Lugo**.

  
Ricardo Valera / C.I. 7.361.929  
Hospital Materno Infantil - Acarigua

  
Oscar Casal / C.I. 15.071.929  
Hospital JMCR - Acarigua

  
DR. CARLOS MIGUEL LUGO  
Urologo-Cirujano General  
C.I. 16.750.104  
Mpps. 74.357 - CML: 7030  
Carlos Miguel Lugo / C.I. 16.750.104  
Hospital Materno Infantil - Acarigua  
Tutor

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR  
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO  
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL**

Yo, **MIGEL CARLOS LUGO** portador de la Cédula de identidad N° 16.750.104. Tutor del trabajo: **INCIDENCIA DE PROLAPSO VAGINAL EN PACIENTES DE CONSULTA PISO -PELVICO**, realizado por el estudiante **LUIS ORTIGOZA**, titular de la Cedula de Identidad N° 20.168.842. Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.

  
DR. CARLOS LUGO  
Oficina Clínic General  
C/ 16750104  
KMSR 74.151, CMU-7000

Firma del Profesor

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
HOSPITAL DOMINGO LUCIANO

**FECHA:** 29/11/2021

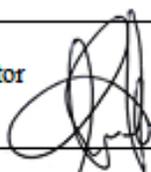
AUTORIZACION PARA LA DIFUSION ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo **LUIS ORTIGOZA**, autor del trabajo **INCIDENCIA DE PROLAPSO VAGINAL EN PACIENTES DE CONSULTA PISO -PELVICO** Presentado para optar: al título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

×	<i>Si autorizo</i>
	<i>Autorizo después de 1 año</i>
	<i>No autorizo</i>
	<i>Autorizo difundir solo algunas partes del trabajo</i>

Indique:

Firma autor



C.I: 20.168.842

[luisjavierortigoza@gmail.com](mailto:luisjavierortigoza@gmail.com)

En Caracas a los 29 días del mes de Noviembre de 2021

**Nota:** En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo. La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

  
DR. CARLOS LUGO  
Urología-Cirujano General  
C.R. 1650004  
N.P.R. 74.391 C.M.L. 7030

---

Dr. Miguel Carlos Lugo

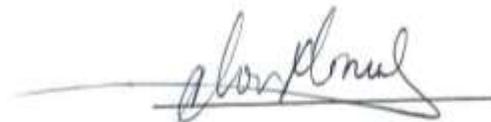
Tutor



---

Dr. Daniel Villalobos

Director del Programa de especialización en Ginecología y Obstetricia



---

Dra. Clara Monroy

Coordinadora del Programa de especialización en Ginecología y Obstetricia

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN .....	viii
ABSTRAC .....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
MÉTODOS .....	211
RESULTADOS .....	244
DISCUSIÓN.....	255
AGRADECIMIENTO .....	266
REFERENCIAS.....	27
ANEXOS .....	29

## INCIDENCIA DE PROLAPSO VAGINAL EN PACIENTES DE CONSULTA PISO -PELVICO

**Luis Javier Ortigoza Araujo**, CI – V: 20.168.842, Sexo: Masculino, Email: [luisjavierortigoza@gmail.com](mailto:luisjavierortigoza@gmail.com), Telf.: 04247348934, Dirección Laboral: Villa Pastora – Acarigua – Portuguesa. Programa de especialización de Ginecología y Obstetricia

Tutor: **Miguel Carlos Lugo**, CI. N°: 16750104. Sexo: Masculino, Email: [carlosmiglellugo2@gmail.com](mailto:carlosmiglellugo2@gmail.com). Telf: 04121562834. Dirección: Urbanización Llano Alto, Sector Coloraito, Araure. Especialista en Urología

### RESUMEN

**Objetivo:** el presente estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de prolapso vaginal en pacientes que acuden a la consulta piso-pélvico del Instituto Venezolano Seguro Social Dr. José Gregorio Hernández (IVSS) de Acarigua - Araure estado Portuguesa en el periodo mayo-agosto 2021. **Métodos:** se asumió una investigación de campo con diseño no experimental de nivel descriptivo, en una muestra estimada para 85 consultantes, tomadas de una población no finita por el desconocimiento del total de la misma, mediante la aplicación de muestreo según criterios. La técnica de recolección de datos fue el examen clínico, con apoyo de tabla de registro de puntaje POP-Q, lo que ubicó la clasificación de los prolapsos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo expresado en frecuencias absolutas y porcentuales para cada nivel de prolapso diagnosticado. **Resultados:** la valoración clínica reportó incidencia de prolapsos vaginales en 59 % en nivel II, 24 % en nivel III, y 17 % en nivel IV. **Conclusiones:** los hallazgos son consistentes con el ámbito de la práctica médica referida, al tiempo que ratifican la literatura relacionada con el tema; tales resultados tienen implicación tanto para la prevención de la patología, como para el abordaje quirúrgico de la misma.

**PALABRAS CLAVE:** Prolapso vaginal, piso-pélvico, puntaje POP-Q, prolapso de órganos pélvicos, muestreo por criterios.

## INCIDENCE OF VAGINAL PROLAPSE IN FLOOR-PELVIC CONSULTATION PATIENTS

**Luis Javier Ortigoza Araujo**, CI – V: 20.168.842, Sexo: Masculino, Email: [luisjavierortigoza@gmail.com](mailto:luisjavierortigoza@gmail.com), Telf.: 04247348934, Dirección Laboral: Villa Pastora – Acarigua – Portuguesa. Programa de especialización de Ginecología y Obstetricia

Tutor: **Miguel Carlos Lugo**, CI. N°: 16750104. Sexo: Masculino, Email: [carlosmiglellugo2@gmail.com](mailto:carlosmiglellugo2@gmail.com). Telf: 04121562834. Dirección: Urbanización Llano Alto, Sector Coloraito, Araure. Especialista en Urología

### ABSTRAC

Objective: the present study aimed to determine the incidence of vaginal prolapse in patients who come to the floor-pelvic consultation of the Venezuelan Social Security Institute Dr. José Gregorio Hernández (IVSS) of Acarigua - Araure Portuguese state in the period May-August 2021. Methods: a field research with a non-experimental design of descriptive level was assumed, in an estimated sample for 85 consultants, taken from a non-finite population due to the ignorance of the total of the same, through the application of sampling according to criteria. The data collection technique was clinical examination, supported by a POP-Q score record table, which placed the classification of prolapses. A descriptive statistical analysis expressed in absolute and percentage frequencies was performed for each level of prolapse diagnosed. Results: the clinical assessment reported an incidence of vaginal prolapses in 59 % in level II, 24 % in level III, and 17 % in level IV. C Conclusions: the findings are consistent with the field of medical practice referred to, while ratifying the literature related to the subject; such results have implications both for the prevention of the pathology, and for the surgical approach to it..

**KEY WORDS:** Vaginal prolapse, pelvic floor, POP-Q score, pelvic organ prolapse, criteria sampling.

## INTRODUCCIÓN

La debilidad de los componentes del suelo pélvico predispone a la mujer a una sintomatología múltiple; la fisiopatología es multifactorial, los síntomas son diversos y se dan en relación directa con la sensación de salida de cada víscera. Coexisten diversos factores causales como embarazos, partos, obesidad, sobreesfuerzo físico. Los prolapsos genitales comprenden un grupo de procesos caracterizados por el descenso de los órganos pélvicos a través de la vagina, estos trastornos son un grupo conocido de procesos patológicos clínicos en mujeres; que si bien no ponen en peligro la vida, imponen una importante carga de restricciones físicas y sociales, depresión y otras secuelas psicológicas, además de afectar la calidad de vida de la mujer.

A nivel mundial se conoce que hasta un 50 % de mujeres desarrollan problemas de piso pélvico, siendo el mayor referente el prolapso de órganos pélvicos, este conjunto de patologías provoca que las pacientes afectadas tengan un estilo de vida no apto para la salud; ya que son propensas a sintomatología que influye en el día a día y no permite llevar un desenvolvimiento normal; las afecciones no se detienen solamente en problemas genitales, si no que acarrear consigo sintomatología urinaria, problemas de sexualidad y por ende psicológicos, sociales y familiares.<sup>(1)</sup>

Se define como prolapso vaginal, al descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto, así como las distrofias vulvares, son expresiones del proceso de envejecimiento y no consecuencias del déficit estrogenito y su frecuencia de aparición es variable. Es una alteración de la adecuada interacción de todos los elementos que conforman el piso pélvico.

Ahora bien, el prolapso de órganos pélvicos se constituye en una de las indicaciones más frecuentes de cirugía ginecológica, y se calcula que se realizan más de 5 millones de procedimientos cada año en Estados Unidos. En México un 11% de todas las mujeres a lo largo de su vida requieren una intervención quirúrgica por trastornos del piso pélvico.<sup>(1)</sup> Tal patología a menudo no se hace sintomática hasta que el segmento descendido atraviesa el introito, y en otras ocasiones no se reconoce hasta que está en etapa avanzada.

A pesar de la incidencia del prolapso de órganos pélvicos, se desconoce con exactitud el número de mujeres con prolapso de órganos pélvicos y factores relacionados que se atienden

sin hospitalización y cirugía, y el número de las que nunca buscan atención médica; por lo tanto, se cree que hay una subestimación de la incidencia y prevalencia de las distopías de los órganos pélvicos <sup>(2)</sup>

## **Planteamiento y delimitación del problema**

El prolapso de órganos pélvicos es una patología muy frecuente, de la cual se estima que nueve de diez mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida. Tiene una prevalencia de 5 -10 %, entre las patologías ginecológicas; tal prolapso se hace evidente en el hallazgo de una masa que hace prominencia en la vagina. <sup>(1)</sup> Tal disfunción se debe a un fallo de los medios de sujeción y de soporte que fijan estos órganos a la pelvis.

La incidencia de cirugía por este tipo de prolapso aumenta con la edad. Se estima que el riesgo de tener alguna intervención por esta causa a los 80 años es de un 11,1 % y que el riesgo de reoperación es de un 30 %. Debido al aumento de la expectativa de vida de la población en EE.UU, se estima que el año 2030, el 20 % de la población será mayor de 65 años, por lo tanto el volumen de cirugías por POP aumentaría en forma significativa (45 %).

La misma situación se espera que suceda en Chile, donde según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para el año 2025 el 20,1 % de la población será mayor de 60 años. <sup>16,17</sup> Se reportan cifras variables en dependencia de la población estudiada y los criterios utilizados para su diagnóstico, pues no se conoce con exactitud el grado de soporte de los órganos pélvicos. En el Women Health Initiative (WHI) de la totalidad mujeres incluidas en el estudio el 40 % reportó algún grado de prolapso y se evidenció un 14 % de histerocele.

En un meta análisis realizado en Colombia en 2003, dos estudios a nivel hospitalario, uno con 240 pacientes donde el 72, % reportó síntomas de sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en los prolapsos grado II. En los grado III estaban asociados a multiparidad, mayores de 60 años, menopausia y menor número de IUE; el segundo de 102 casos, con un promedio de edad de 60 años y siete partos; el 74,5 % eran prolapsos de III grado y señalan que el 30 % de la cirugías ginecológicas fueron por prolapso.

Este bosquejo inicial sustentando con datos referenciales internacionales indica de forma clara, que los datos de mujeres con fallo de los medios de sujeción y de soporte que fijan estos

órganos a la pelvis, van en aumento a pesar de los avances médicos generados en los últimos años.

El suelo pélvico (SP) es una compleja unidad anatómica y funcional situada en la parte inferior de la cavidad pélvica. Además de mantener el equilibrio entre bipedestación, presión intra-abdominal y sustentación de los órganos abdomino pelvianos, tiene importantes funciones entre las que destacan su contribución a la respuesta sexual y su gran distensión en el momento del parto. Lejos de ser un fenómeno estático, la disfunción del suelo pélvico es una alteración de la adecuada interacción de todos los elementos que lo forman; por lo que la debilidad de cualquiera de ellos, predispone a la mujer a presentar afecciones a ese nivel, que provocan una sintomatología en ocasiones múltiple, por combinarse diferentes problemas como: incontinencia urinaria y fecal, prolapsos genitales, dolor pélvico crónico y disfunción sexual, entre otras.

En la actualidad, la teoría de los defectos sitio específicos es la planteada por la mayoría de los cirujanos de piso pélvico para explicar la fisiopatología del prolapso basado en la aparición de desgarros en las paredes fibromusculares de la vagina o en la fascia endopélvica, por lo que su identificación y corrección quirúrgica restablecería la anatomía pélvica normal y su función, teoría no aceptada por todos, ya que en algunas pacientes la disfunción neuromuscular es lo que prima y la corrección quirúrgica no las ayudaría. Otras pacientes necesitan correcciones no anatómicas (uso de mallas sintéticas, por ejemplo), los ejercicios de rehabilitación tienen utilidad y además, tampoco se han identificado histológicamente estos desgarros faciales.<sup>(2)</sup>

El prolapso genital es un problema muy común, que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76 % de la población femenina general. En un 3 a 6 % de las pacientes que padecen de prolapso, el descenso de alguna de las paredes vaginales desciende por debajo del himen, y el riesgo que enfrentan de ser sometidas a una cirugía por esta condición oscila entre el 10 a 20 %<sup>(3)</sup>

Es oportuno mencionar, que la pérdida del soporte vaginal es apreciada durante la revisión ginecológica anual en un porcentaje del 43 % al 76 %, y en un 3 % al 6 % lo detecta la misma paciente cuando el descenso sobrepasa el límite. El prolapso de órganos pélvicos se constituye en una de las indicaciones más frecuentes de cirugía ginecológica y se calcula que se han realizado más de 0.5 millones de procedimientos al año en Estados Unidos.

En el contexto de las consideraciones expuestas, destacan estadísticas manejadas por la Organización Mundial de la salud OMS; donde se muestra un 25.5 % de mujeres padecen de incontinencia urinaria y problemas relacionados como prolapso de vejiga; todo lo cual tiene repercusión directa con el estilo de vida, conllevando a generar un serio problema, aclaran que 17 el 15 % de las mujeres de edad media de entre 35 y 45 años, han experimentado un goteo intermitente de orina y molestias a nivel genital.<sup>(4)</sup>

En Venezuela, la razón de esta enfermedad, según las investigaciones actuales, es compleja y multifactorial. Entre los distintos factores de riesgo se reporta la edad, evidenciando una mayor prevalencia entre los 40 y 59 años, con un aumento de 12 % por cada año y duplicación de la misma por cada decenio. El embarazo se ha considerado como factor de riesgo; se ha descrito que los cambios enzimáticos y modificaciones de los tejidos conectivos de la pelvis que se dan durante la gestación para favorecer el parto vaginal, podrían condicionar la aparición del POP en el futuro.<sup>(5)</sup>

Además, una alta paridad y las condiciones de atención de los partos (reparación inapropiada de las episiotomías, desgarros perineales, uso de fórceps, períodos expulsivos prolongados), así como pesos fetales mayores de 4 000 g, se ha descrito que incrementan la probabilidad de desarrollar POP y otras disfunciones del piso pélvico a largo plazo. Entre otros factores de riesgo se encuentran la raza, la obesidad, el estreñimiento, el síndrome de colon irritable, la menopausia, el antecedente de cirugías pélvicas, especialmente la histerectomía, el tabaquismo, la diabetes mellitus (DM), el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En atención a ello, esta enfermedad ha retomado un repunte en los registros de algunos centros de atención de salud del interior del país, específicamente en el estado Portuguesa, según estadísticas revisadas recientemente en el servicio de ginecología del Instituto venezolano de Seguros Sociales IVSS - Hospital materno infantil Dr. José Gregorio Hernández de Acarigua estado Portuguesa, se analizaron 17 historias clínicas de pacientes que fueron seleccionadas aleatoriamente de un total de 63, diagnosticadas e ingresadas a dicho servicio previa a la pandemia en el primer trimestre del año 2020.

Cabe destacar, que la edad promedio de las 17 pacientes estudiadas fue de 34 a 48 años, en su mayoría casadas (56.35 %) con una ocupación de oficios domésticos (91.20 %); en mayoría multíparas. Se halló que las patologías médicas asociada al prolapso genital fueron la

obesidad, artropatías e hipertensión arterial (55 % del total de la patología). La proporción partos instrumentales con fórceps fue del 3 %; el peso máximo fetal registrado tuvo una media de 3.659.29 gr., en donde el 43 % de los partos fueron domiciliarios.

Por consiguiente, se considera conveniente investigar de manera sistemática la incidencia de prolapsos vaginales en pacientes que acuden a la consulta piso-pélvico de la institución de salud referida, puesto que tal patología genera disminución progresiva de su calidad de vida.

En el contexto de la contextualización previamente presentada, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la incidencia de prolapso vaginal en pacientes que acuden a la consulta piso-pélvico en el lapso mayo- agosto 2021 del Hospital José Gregorio Hernández del IVSS de Acarigua, estado Portuguesa?

### **Justificación e importancia**

El conocer las características epidemiológicas locales que maneja específicamente la unidad de ginecología del IVSS – Hospital Materno Infantil Dr. José Gregoria Hernández de Acarigua – estado Portuguesa, permitirá determinar en un futuro si las características epidemiológicas americanas y europeas que mencionan varias investigaciones, presentan similitudes o diferencias con los reportados en la entidad nosológica en cuestión.

Con esta investigación se busca aportar datos valiosos y reales en atención a la experiencias de las pacientes pertenecientes a la unidad ginecológica, es decir, que sirvan de referente para trabajos futuros en el país y en la unidad de salud donde se realiza, igualmente se buscara difundir el conocimiento científico producido, para mejorar las estrategias en prevención, diagnóstico, tratamiento de esta patología y direccionar mejor los esfuerzos para prevenir su aparición.

Cabe agregar, que el estudio se inscribe en la línea de investigación: que administra la Universidad Central de Venezuela por medio de la unidad de promoción y desarrollo de la investigación – Especialización en Ginecología y Obstetricia. Igualmente responde a los lineamientos legales expresados en la legislación venezolana a través de las exigencias emanadas por el Consejo Nacional de Universidades (CNU), cuando plantea la política

educativa del Estado venezolano de alinear la Universidad venezolana y sus investigaciones con los problemas de la sociedad.

### **Antecedentes**

Para el año (2010), es reportada una investigación titulada: principales complicaciones intra y posoperatorias en 34 pacientes sometidas a cirugía con mallas de polipropileno con prolapso genital grado II o mayor, en el hospital clínica San Rafael – Bogotá – Colombia; a través de estudio observacional descriptivo retrospectivo tipo serie de casos, se detectó edad media 58 años, un IMC en promedio de 27,24 m/t<sup>2</sup>, con estancia hospitalaria 1.7 días. 2 prolapsos tipo II (5.9 %), 30 prolapsos tipo III (88.2 %), y 2 con prolapso tipo IV (5.9%). De las 34 mallas colocadas a las pacientes, 13 anteriores (38.2 %), 4 posteriores (11,8 %), 17 totales (50 %).<sup>(6)</sup>.

El estudio detecta complicaciones intra y posoperatorias en un 44,1 % equivalente a 15 pacientes. Número de complicaciones así 19, intraoperatorias 1 lesión vesical (2,9 %), inmediatas 3 hematomas (8,82 %) y mediatas 15, 6 extrusiones (40 %), 2 extrusiones más IU novo (13,3 %), 2 extrusiones más infección sitio operatorio (13,3 %), 1 infección urinaria (6,6 %), 1 infección urinaria más ISO y extrusión (6,6 %), 1 recidiva de prolapso (6,6 %), 1 extrusión más recidiva de prolapso (6,6 %), 1 dispareunia (6,6 %).

Las complicaciones más frecuentes fueron extrusión malla 12 casos, ISO 3 casos, hematomas 3 casos. Los porcentajes de complicaciones permitieron concluir que la colocación de malla de polipropileno para pacientes con prolapso genital es segura, se presenta un número de complicaciones similar a lo que reporta la literatura, siendo las más frecuentes en orden de aparición la extrusión de malla, infección sitio operatorio y hematomas recibieron manejo ambulatorio y no se presentaron complicaciones graves.

Asimismo, en el (2013), una investigación referente a la evaluación de la calidad de vida en 20 pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por prolapso, en quienes se aplicó una encuesta para evaluar la calidad de vida “Prolapse Quality of Life (P-QOL)”, antes y después de la cirugía, la cual evalúa nueve dominios de la calidad de vida: salud general, impacto del prolapso, limitaciones de rol, limitaciones físicas, limitaciones sociales, relaciones personales,

emociones, perturbaciones del sueño y la energía, medidas para afrontar los síntomas severos.  
(7)

La evaluación de calidad de vida dio como resultado, que posterior a la cirugía, 75 % de las pacientes presentó mejoría en la percepción de salud general; el 90 % presentó mejoría en el impacto del prolapso; el 100% de las pacientes presentó mejoría de funciones urogenitales, sexuales e intestinales. Tales resultados permitieron concluir que la calidad de vida mejora significativamente con la corrección quirúrgica del prolapso genital.

En esta misma perspectiva, para el 2014 un estudio de parto vaginal en la relación con prolapso de órganos pélvicos en 43 pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Universitario de Maracaibo.<sup>(8)</sup> con el objetivo de obtener datos específicos en histerocele, cistocele y rectocele y su relación con el parto vaginal; mediante la aplicación de un diseño no experimental descriptivo de campo, se pudo detectar que el 100 % de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos tuvieron partos vaginales. Las pacientes que oscilan entre los 30 a 64 años representan el 67,4 % de la población afectada, siendo así el grupo mayoritario con estas patologías, además de haberse estimado a los 62 años como edad promedio de diagnóstico en las usuarias con prolapso de órganos pélvicos.

Para el año 2015,<sup>(9)</sup> el reporte de experiencia en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos en 49 pacientes de  $57 \pm 5$  años, índice de masa corporal promedio fue 27 kg/m<sup>2</sup>; a quienes les fue insertadas mallas transvaginales en el Hospital Universitario de Caracas, . 50,9 % de los prolapsos fueron grado II, 37,7 % grado III y 9,4 % grado IV. De los grados II, el 90 % fueron anteriores el 7 % posterior y 3 % apicales. De los grados III el 58 % fueron anteriores, 37 % apicales y 5 % posteriores.

Se observó 66,8 % de complicaciones, la más frecuente fue la extrusión (25 %), seguido de la dispareunia y el acortamiento vaginal mayor de 1 cm, (10,4 % en ambos). Se presentó 6,3 % de urgencia de novo y 4,2 % de incontinencia urinaria de esfuerzo de novo. El hematoma, la obstrucción infravesical y la fístula vesico-vaginal se presentaron en 2,1 % de los casos. La cura objetiva fue de 95,7 % al año de seguimiento. Se observó 4,3 % de recidiva y 12,5 % de prolapso de novo.

En efecto, el estudio permite concluir que las mallas vaginales representan una alternativa quirúrgica segura y eficiente para la corrección del prolapso genital. Las complicaciones son

frecuentes, pero de poca gravedad. Sin embargo, la alta incidencia de erosiones puede afectar la calidad de vida de las pacientes.

Además en el mismo 2015, un estudio acerca de cirugía reconstructiva de la pelvis en el prolapso genital severo con uso de prótesis anterior y fijación al ligamento sacroespinoso, <sup>(10)</sup> con el objetivo de evaluar los resultados del empleo de malla anterior y fijación al ligamento sacroespinoso en el prolapso genital total en doce pacientes, este estudio propició una alternativa con algunas ventajas e iguales resultados en el manejo quirúrgico del prolapso genital total para la fijación de la cúpula al sacro por vía abdominal es la fijación de la cúpula al ligamento sacroespinoso.

El estudio reporta comorbilidad de obesidad y antecedente quirúrgico de histerectomía abdominal. Se realizó histerectomía vaginal más colocación de malla anterior con fijación al ligamento sacroespinoso a tres pacientes, solo malla anterior con fijación sacroespínosa a cuatro pacientes, malla anterior con fijación sacroespínosa y malla transobturatriz (TOT) a tres pacientes, histerectomía vaginal con malla anterior, fijación sacroespínosa y TOT a dos pacientes. Como complicaciones hubo extrusión de malla en un paciente; dos pacientes a las que no se colocó TOT presentaron incontinencia de orina al esfuerzo, una urgencia miccional nueva, una dispareunia; dos pacientes presentaron granuloma de sutura y una refirió dolor pélvico inespecífico, síntomas que evolucionaron favorablemente. La evaluación del prolapso genital después de la cirugía no fue mayor de grado I.

Igualmente en el año 2015, se investigan los factores de riesgo para prolapso genital y prevalencia del mismo; <sup>(11)</sup> a través de un estudio documental con diseño de estudio de casos y controles en 13.824 mujeres; se detectó que 26,6 % tenían histerectomía y en 68 % de ellas se reportó prolapso. Sin histerectomía se encontró un 31,61 %; del total de las pacientes con prolapso, el 57 % son grado I, 5,5 % grado II, 14,3 % grado III y 3,37 % grado IV. El promedio de edad de las pacientes con prolapso es 57 años.

Para el año 2019, en un estudio se investiga en Guayaquil Perú, los factores de riesgo asociados al prolapso genital en mujeres mayores de 45 años, mediante un diseño de campo no experimental prospectivo transversal, se encuestó a 82 pacientes con sensación de cuerpo extraño en vagina, y se determinó como principal factor de riesgo la multiparidad, y el cistocele como el tipo de prolapso con mayor frecuencia. <sup>(12)</sup>

Destaca entre las conclusiones, la incidencia creciente del prolapso vaginal en mujeres menopaúsicas, por lo que la prevención mediante técnicas especializadas, ocupa lugar preponderante en la disminución de prevalencia de tal patología.

Para el año 2020, se investiga la incidencia y factores de riesgo asociados a prolapso genital en el Hospital de Apoyo II Sullana Perú <sup>(13)</sup> mediante diseño de casos y control retrospectivos efectuados en 230 pacientes. Se evidenció mediante el estadístico Chi cuadrado una prevalencia de POP de 1,21 % con factores de riesgo tales como edad, obesidad y paridad por encima de 4.

De igual manera para el año 2020, se estudian los factores de riesgo asociados al prolapso genital de órganos pélvicos <sup>(14)</sup>; mediante diseño de casos y controles en 160 pacientes del Hospital Militar de Perú; se reportó mediante análisis multivariado, que el prolapso de órganos pélvicos está asociado con antecedente de parto vaginal, edad mayor a 40 años y multiparidad.

La revisión de los antecedentes desde el año 2010 hasta el 2020, permite afirmar que el prolapso de órganos pélvicos es una patología frecuente en países de Latinoamérica, con factores de riesgo asociados tales como la edad, paridad y obesidad; con mayor prevalencia en el prolapso de tipo cistocele; además se conoce que la calidad de vida es afectada en las mujeres que padecen tal patología.

## **Marco Teórico**

De manera tradicional, prolapso de órganos pélvicos, o prolapso genital, es el descenso de una o más de las estructuras pélvicas (vejiga, útero, vagina) a partir de la localización anatómica normal hacia o a través de la abertura vaginal. <sup>(15)</sup> Didácticamente se suele describir al prolapso en términos del órgano afectado siendo estos (a) Cistocele al desplazamiento de la vejiga hacia abajo; (b) Cistouretrocele al cistocele que incluye a la uretra como parte del complejo orgánico que hace prolapso; (c) Histerocele al descenso de útero y cuello uterino por el conducto vaginal hacia el introito vaginal; (d) Rectocele a la protrusión del recto hacia la luz vaginal; (e) Enteroccele a la hernia de intestino delgado hacia la luz vaginal.

Es válido acotar, que la pérdida del soporte vaginal es apreciada durante la revisión ginecológica anual en un porcentaje del 43 % al 76 % y en un 3 a 6 % lo detecta la misma paciente cuando el descenso sobrepasa el límite.

Para efectos del presente estudio se asume como en términos de prolapso de órganos pélvicos - POP- más no en los términos tradicionales utilizados en la didáctica por lo que “el prolapso genital es el descenso o protrusión de los órganos pélvicos y de sus segmentos vaginales asociados, a través de la vagina y en dirección a la vulva independiente del órgano prolapsado”<sup>(15)</sup>

### ***Epidemiología del prolapso de órganos pélvicos***

El prolapso de órganos pélvicos (POP) representa un significativo problema para la salud y la economía en todo el mundo, ya que tiene un impacto perjudicial sobre la mujer y su calidad de vida.<sup>(3)</sup> Es un problema muy común que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76 % de la población femenina general; y un 3 a 6 % de las pacientes que padecen de prolapso, el descenso de alguna de las paredes vaginales llega o desciende por debajo del himen. Esta patología se constituye en una de las indicaciones más frecuentes de cirugía ginecológica y se calcula que se han realizado más de 0.5 millones de procedimientos al año en Estados Unidos.<sup>(16)</sup>

Por lo antes expuesto, se puede decir que el prolapso es la causa más frecuente de histerectomía en mujeres de más de 50 años; la razón de operaciones realizadas por prolapso de órganos pélvicos con respecto a las de incontinencia urinaria es de 2 a 1; sin embargo algunos estudios<sup>(17)</sup> como el de *Iniciativa de Salud de la Mujer*, los investigadores encontraron una prevalencia del 41,1 % del prolapso de órganos pélvicos, a través de una evaluación física estándar en mujeres posmenopáusicas mayores de 60 años que no habían tenido una histerectomía. Se reporta para Venezuela que el tipo de prolapso genital más frecuente ha sido el Histerocele en un 77 %. El principal grado de prolapso es el grado II en 71 %.

Con el constante crecimiento de la población mundial, se ha estimado para el año 2050, que el número de mujeres que se verán afectadas por el prolapso de órganos pélvicos aumentará en un 46 %; es decir de 3,3 a 4,9 millones de mujeres y en el peor de los casos aumentará en un 200 %. En otras palabras, 9,2 millones de mujeres padeciendo de esta patología. Al momento ninguna estrategia de prevención eficaz para el prolapso se ha identificado<sup>(18)</sup>

### ***Etiología-fisiopatología del prolapso de órganos pélvicos***

El daño de las estructuras faciales-ligamentosa de soporte de la pelvis predisponen a POP, y los factores de riesgo que incluyen el embarazo, parto y peso al nacer, paridad, cirugía pélvica anterior y la menopausia. Condiciones tales como tos crónica, asma, estreñimiento, transporte de cargas pesadas, o la obesidad predisponen y empeoran el prolapso. <sup>(19)</sup> .

La fisiopatología es compleja y multifactorial; pero en sí todo se reúne en la pérdida del soporte fibromuscular de la región pélvica, resultante de la pérdida del soporte conformado por una compleja interacción entre el músculo elevador del ano, la vagina, y el tejido conjuntivo, así como la lesión neurológica de estiramiento de los nervios pudendos que puede ocurrir durante el parto. <sup>(17)</sup>

Se puede decir entonces que el piso pélvico es un sistema dinámico y complejo que da soporte a las vísceras pélvicas y la vagina; el soporte del piso pélvico femenino depende de una serie de elementos que incluyen el aparato óseo, muscular, nervioso. Sin embargo se reconoce que una vez afectada la tonicidad y soporte del componente muscular, el rol más importante lo ejercerá la fascia endopélvica.

Para entender el sistema de soporte pélvico, es útil subdividirlo en tres ejes, denominados Niveles de Lancey en honor a quien los describió inicialmente, ellos son: Eje vertical superior, el eje medio horizontal, y el eje vertical inferior. La fascia endopélvica mantiene la integridad de estos ejes para el soporte de las vísceras. Los niveles en referencia se describen de la siguiente manera:

*El Nivel 1* hace referencia a la suspensión superior de la vagina a los ligamentos cardinales y uterosacros del útero. Las manifestaciones clínicas del defecto a este nivel incluyen el prolapso apical del cuello uterino o de la cúpula en pacientes histerectomizadas. Además, los datos recientes describen la importante correlación clínica entre el daño del nivel 1 y su contribución en la gravedad del defecto en la porción apical y en compartimiento anterior de la vagina. <sup>(20)</sup>

*El Nivel 2* es el soporte lateral de la vagina al arco tendinoso de la fascia endopélvica; sus manifestaciones clínicas incluyen el prolapso de la pared vaginal anterior y la asociación con incontinencia urinaria de esfuerzo.

*Nivel 3* es el soporte distal de la vagina al diafragma urogenital y cuerpo perineal, esto se manifiesta con la aparición de rectoceles distales o descenso perineal, llevando en casos extremos a incontinencia anal.

### ***Factores de Riesgo***

Los factores de riesgo del prolapso de órganos pélvicos, se resumen en la tabla siguiente

Cuadro 1. Factores de riesgo del prolapso de órganos pélvicos, según sus fases y tipos de factores

FASE I	FACTORES PREDISPONENTES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución genética</li> <li>• Factores nutricionales</li> <li>• Control de esfínteres</li> </ul>
FASE II	FACTORES INCITANTES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores predisponentes materno-fetales (Forma y tamaño del piso pélvico, macrosomía fetal, variedad de posición en el momento del parto – Occipito posterior persistente)</li> <li>• Efectos de intervenciones obstétricas (Segundo periodo prolongado, instrumentación)</li> <li>• Mecanismos de injuria (Avulsión muscular, ruptura del tejido conectivo, compresión y ruptura de nervios)</li> </ul>
FASE III	FACTORES INTERVENCIONISTAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos de la edad</li> <li>• Estrés sobre el piso pélvico (Ocupación, obesidad, tos crónica)</li> <li>• Factores que contribuyen al debilitamiento de los tejidos de soporte (uso crónico de esteroides, atrofia muscular)</li> <li>• Estilo de vida</li> </ul>

**Fuente:** (Bash, 2015): *Guía de manejo de prolapso genital. PhD Proposal (Vol. 1).*

En una mujer sana en los que el músculo elevador del ano tiene un tono normal y la vagina tiene una profundidad adecuada, el segmento superior se encuentra casi horizontal cuando la mujer está de pie. El resultado es una "válvula de aleta" en el que la porción superior de la vagina comprime la placa del elevador cuando hay un aumento de la presión intra-abdominal. Cuando el elevador del ano pierde tono, la vagina pasa desde una posición horizontal a una posición semi- vertical, produciendo la creación de un hiato genital ensanchado que fuerza a las estructuras pélvicas a depender solo de tejido conectivo para su soporte. Cuando el soporte de tejido conectivo también falla, da como resultado la posible aparición del prolapso. <sup>(17)</sup>

## ***Evaluación clínica del prolapso de órganos pélvicos***

*Historia y evaluación general.* Hay muchos factores que pueden influir en una determinada sintomatología del individuo, y puede influir en la elección y el éxito del tratamiento. Los siguientes componentes de la historia médica son particularmente importantes <sup>(21)</sup>

*Antecedentes:* (a) Tratamiento médico y quirúrgico en particular que afecten el tracto genitourinario e intestinal; (b) Enfermedades coexistentes puede tener un profundo efecto sobre la incontinencia y prolapso; (c) Antecedentes gineco-obtetricos; (d) función sexual y calidad de vida; (e) Presencia y gravedad de los síntomas que sugieran enfermedad neurológica; (f) Estilo de vida: incluyendo el ejercicio, el tabaquismo y tipo de ingesta de alimentos / líquidos; (g) Presencia, gravedad, duración y molestias de cualquier síntoma urinario, intestinales.

*Perspectivas del paciente:* (a) metas del paciente y las gineco-obtetricos ; (b) efecto de cualquier síntoma expectativas de tratamiento; (c)

Es importante acotar que la identificación de los síntomas de los órganos y sistemas relacionados es fundamental para un tratamiento eficaz, al tiempo que es necesario considerar la función cognitiva de la paciente, al momento valorar la capacidad para describir los síntomas, el impacto y calidad de vida.

*Exploración del prolapso.* Se realiza con maniobra de esfuerzo y por compartimentos; para ello es aplicable la colocación de la valva posterior del especulo primeramente sobre la pared vaginal posterior, así se evalúa la pared vaginal anterior en reposo y en esfuerzo. Posteriormente se realiza la maniobra contraria para evaluar la pared vaginal posterior; por último se observa si hay un descenso del cuello cervical o la cúpula vaginal, con lo cual se valora el soporte apical. <sup>(20)</sup>

De igual manera, se evalúa mediante tacto rectal la integridad y tono anal, si existe saco herniario con o sin contenido intestinal, la consistencia de las heces. La exploración de compartimento posterior es muy similar al del anterior; importante evaluar la integridad del tabique recto-vaginal, observando los defectos centrales de la pared posterior.

*Exploración Vulvar:* La inspección de los genitales externos está dirigida a la localización de cicatrices, lesiones dermatológicas y/o signos de irritación, inflamación o atrofia.

Vale considerar a la vez, que durante la exploración para diagnosticar POP se mide: (a) la distancia vulvoanal, desde el arco púbico hasta la horquilla posterior que mide aproximadamente de 4 a 6 cm; tal medida permite valorar el hiato urogenital y la posibilidad de prolapso genital, grado de lesión del suelo pélvico; (b) el cuerpo perineal de la horquilla posterior al borde superior del esfínter anal externo, que es de 2 a 4 cm aproximadamente, y nos evalúa el espesor del tabique recto vaginal y la movilidad del cuerpo perineal; (c) exploración neuromuscular: deberá evaluarse la integridad y simetría de la musculatura. Debe tenerse en cuenta la presencia de cicatrices y si la contracción del suelo pélvico tira del periné hacia adentro. La palpación a través de la vagina o el recto ayuda en la evaluación de la fuerza de compresión del suelo pélvico y el grosor del músculo elevador. <sup>(15)</sup>

El tono y la fuerza de los músculos del suelo pélvico pueden evaluarse pidiendo al paciente que contraiga los músculos del suelo pélvico alrededor de los dedos que examinan.

Cuadro 2. Valoración del tono muscular durante el reposo y la contracción aplicando escala de Oxford.

<b>VALORACION DEL TONO EN REPOSO DE LOS MUSCULOS ELEVADORES DEL ANO ( Escala Oxford).*</b>	
TABLA 1.	
<b>Grado 0</b> : Musculo no palpable.	
<b>Grado I</b> : Musculo papable pero muy flacido, hiato genital amplio, resistencia minima a la distensión.	
<b>Grado II</b> : Hiato Genital amplio pero con alguna resistencia a la distensión.	
<b>Grado III</b> : Hiato genital bastante estrecho, con resistencia a la palpación pero facilmente distesible.	
<b>Grado IV</b> : Hiato Genital estrecho, los musculos pueden ser distendidos pero existe alta resistencia a la distensión o el dolor.	
<b>Grado V</b> : Hiato Genital muy estrecho, no se logra distender, sensacion "en leña", posiblemente con dolor "vaginismo".	
<b>VALORACION DEL TONO DURANTE LA CONTRACCIÓN DE LOS MUSCULOS ELEVADORES DEL ANO ( Escala Oxford).*</b>	
TABLA 2.	
<b>Grado 0</b> : No Contracción.	
<b>Grado I</b> : Occilante.	
<b>Grado II</b> : Debil.	
<b>Grado III</b> : Moderada ( Con elevación).	
<b>Grado IV</b> : Buena ( Con elevación).	
<b>Grado V</b> : Fuerte ( Con elevación).	

Fuente: Bash. Guía de prolapso vaginal

La exploración debe llevarse a cabo con la paciente, en primer lugar, relajada y después realizando esfuerzo para observar el máximo grado de prolapso; debe colocarse en primer lugar en posición de litotomía dorsal y después repetir la exploración con la paciente de pie.

Se realiza la evaluación perineal para valorar la sensibilidad. Los segmentos S2-S4 inervan la vejiga, la uretra, el recto y el canal anal. Con la paciente en posición de litotomía, se evalúan los dermatomas sacros S2-S4 y los miotomas inervados por S2-S4, tal exploración informará sobre la integridad de estos; con el extremo romo de un hisopo valoramos la sensibilidad perineal.

El diagnóstico de prolapso vaginal es estrictamente clínico para ello es decisiva la aplicación de criterios y técnicas de exploración ginecológica que permiten determinar la magnitud de tal patología, así como su clasificación. Se aplica la clasificación publicada por la Sociedad Internacional de Incontinencia en el año 1996, conlleva una estandarización de la terminología del POP, la cual es conocida como POP-Q y facilita la clasificación de los prolapsos vaginales.<sup>(22)</sup>

La clasificación POP-Q evita el uso de terminología como rectocele o cistocele; en su lugar asigna dos puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix (C) un punto en relación al fórnix posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (tvL), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb). Todos estos valores se llevan a una cuadrícula para un registro adecuado. El punto de referencia utilizado para objetivar el descenso de los distintos puntos es el himen.

A los 6 puntos de referencia se les asigna números negativos cuando se encuentren por sobre el himen y números positivos cuando se encuentren por fuera de éste. Las mediciones de longitud vaginal, hiato genital y cuerpo perineal serán siempre números positivos. Registrados estos valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical. Estos serán: 0: cuando no hay descenso. I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen. II: el descenso es +/- 1cm del himen. III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm de la longitud vaginal. IV: cuando estamos frente a una procidencia completa.

El sistema POP- Q de clasificación del prolapso genital consiste en la medición de nueve puntos en vagina y perineo que se agrupan en una tabla de 3x3.<sup>(22)</sup> Una vez registrados estos

valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical; estos estadios serán los siguientes:

0: Cuando no hay descenso.

I: El descenso sea 1 cm por sobre el himen.

II: El descenso es +/- 1cm del himen.

III: Cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2 cm de la longitud vaginal.

IV: Cuando se está frente a una procidencia completa

### ***Clínica del POP***

Los síntomas del prolapso de órganos pélvicos son diversos; sin embargo la gran mayoría de pacientes son asintomáticas. <sup>(17)</sup>

Con mayor frecuencia, más de un componente participa y aparece más de un síntoma. Todos presentan la sensación de que algo sale a través de la vagina (masa, bola, bulto) cuando el prolapso ya es de gran tamaño. A su vez el POP podría tener un efecto adverso sobre la función sexual debido a que potencialmente puede generar malestar, incontinencia urinaria o sentimientos de vergüenza durante la actividad sexual.

En general esta sensación se alivia al recostarse, es menos perceptible por la mañana y empeora conforme progresa el día, sobre todo si las pacientes se encuentran de pie durante periodos prolongados, levantan pesos, presentan tos o realizan mucho esfuerzo físico pudiendo presentar a su vez molestias en la pelvis, la vagina, el abdomen y la espalda baja.

Los tipos específicos de prolapso se pueden relacionar con síntomas específicos:

*Uretrocele:* El síntoma primario del uretrocele es la incontinencia urinaria de esfuerzo. La pérdida del apoyo vaginal anterior suele generar hipermovilidad uretral, que a su vez a menudo (aunque no necesariamente) origina incontinencia urinaria de esfuerzo. El gran prolapso vaginal anterior (o eversión de la bóveda vaginal) puede ocasionar síntomas como dificultad para orinar. En estos casos, dicho defecto sale por debajo de la uretra y la comprime desde abajo o la dobla de modo que el vaciamiento de la vejiga es incompleto o intermitente.

*Cistocele:* Los síntomas son mínimos a menos que la vejiga sobresalga hasta el introito (etapa 3 o 4) de ser así y coexistir con un uretrocele en etapa 0 o 1, puede haber obstrucción

del chorro de orina y la paciente no orina hasta que comprime la vejiga para devolverla a su posición normal pues la orina no fluirá sobre un ángulo uretrovesical agudo. También pueden quedar grandes cantidades de orina residual lo que lleva generalmente a la presentación de infecciones urinarias a repetición con su propia sintomatología.

*Histerocele:* Además de la sensación de masa producida por la salida de la víscera puede presentarse flujo vaginal en pacientes con prolapso uterino completo y que tienen una úlcera de decúbito del cuello del útero o la vagina.

*Enteroccele:* Causa síntomas imprecisos y el más exacto es la presión o dolor pélvico al estar la paciente de pie, que alivia al acostarse pues se reduce la herniación del intestino delgado que permanece en el saco herniario del peritoneo que diseña el tabique recto vaginal.

*Rectoceles:* Se reconoce por la tendencia del intestino a concentrar las heces cerca al ano, lo que produce disquexia al defecar. Muchas pacientes han aprendido a devolver el recto a su sitio y en esta forma defecar, y otras simplemente usan enemas. El rectócele se diferencia del estreñimiento en que se ha perdido la urgencia de defecar. Puede generar síntomas de vaciamiento rectal insuficiente, a menudo descritos por la paciente como estreñimiento. En los casos graves, la paciente puede tener que fijarse la parte posterior de la vagina. Y por tanto reducir el saco que está atrapando al excremento para que adopte su posición normal.

## **Unidad de ginecología**

La ginecología y obstetricia es una especialidad médica que se especializa en brindar atención a las mujeres a lo largo de su vida, incluyendo el embarazo y el parto, además brindan diagnósticos y tratamientos para enfermedades de los órganos reproductores femeninos.

El Servicio de Ginecología Obstetricia debe tener una configuración tal, que permita cumplir con los objetivos y metas; amerita cumplir con los mínimos requeridos para permitir el flujo expedito y la estancia de usuarias, equipo de salud y familiares, disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales, accidentes y otros eventos adversos; logrando la satisfacción tanto de las usuarias y sus familias, como del personal de salud. Debe disponerse de espacio suficiente para la atención en consulta externa, urgencias y emergencias e internación.

La descripción del Servicio de Ginecología Obstetricia comprende todas las actividades asistenciales y de apoyo, encaminadas a lograr la prestación de la cartera de servicios desde el momento en que la usuaria ingresa al servicio hasta su recuperación inmediata y mediata..

*Funciones del servicio de Ginecología Obstetricia:* (a) Desarrollar acciones de promoción de la salud de la mujer, según su perfil epidemiológico. (b) Realizar la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, eficaz, eficiente y efectivo de usuarias con enfermedades ginecológicas u obstétricas. (c) Realizar acciones de rehabilitación física, psíquica y social en el área de ginecología y obstetricia. (d) Fomentar y realizar investigación científica en el área de la especialidad. (e) Realizar y desarrollar la docencia en servicio de pre-grado y post-grado en la especialidad, así como actividades de capacitación continua. (f) Apoyar el desarrollo de normas y procedimientos técnicos y elaborar y mantener actualizados los protocolos de atención de usuarias en el área de la especialidad. (g) Cumplir con los programas y normas de salud vinculados a la salud materno infantil. (h) Coordinar actividades tanto con el primer y tercer nivel de atención. (i) Coordinar actividades con las unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y las unidades de servicios generales (j) Establecer relaciones con instituciones externas que brindan apoyo al hospital en la especialidad. (k) Las demás funciones que le asigne la Dirección inherentes al servicio.

De allí, que la satisfacción de la paciente constituye un elemento particularmente importante en la evaluación de la calidad de la atención médica En primer lugar es un resultado de valor incuestionable ya que la satisfacción es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover En segundo lugar, la satisfacción contribuye a la calidad de la atención porque es más probable que el paciente participe en ella de una manera más efectivo En tercer lugar, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados

### ***Calidad de vida de la mujer que padece POP***

La sensibilidad por la salud es un signo de nuestra época al que acompaña la preocupación por su continua y reiterativa evaluación; destaca el concepto de salud en los términos declarados por la OMS desde el año 1946, como un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad; tal concepto conlleva a abandonar

en su estudio una perspectiva exclusivamente médica, centrada en un modelo biológico individual, y referirse a ella dentro de un marco multidisciplinar.

En este contexto la aportación de disciplinas como la demografía, la sociología y la psicología puede proporcionar elementos importantes. Específico de la psicología puede ser el estudio de sus causas por lo que se refiere a los estilos de vida asociados a la aparición de enfermedad, o el examen de sus mediadores que incluyen: variables cognitivas y sociales factores ambientales y estado del sistema inmunológico asociado a variables psicológicas <sup>(23)</sup>.

De allí pues, que el concepto de la salud como equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, entre hombre y naturaleza, entre hombre y sociedad, entronca con la concepción interdisciplinar de salud; además el término *salud mental* tiene una amplitud que engloba la totalidad del comportamiento humano, el énfasis dado a la salud en el estudio de la calidad de vida tiene toda su justificación.

En otras palabras, la calidad de vida de la paciente con POP, guarda estrecha relación con la percepción personal de la salud; un aspecto que es esencial a la hora de predecir o buscar ayuda médica. De hecho, la percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que la propia condición clínica o patológica del sujeto.

## **Objetivo general**

Determinar la incidencia de prolapso vaginal en pacientes de consulta piso-pélvico, lapso mayo- agosto 2021 del Hospital José Gregorio Hernández del IVSS. Acarigua, estado Portuguesa

## **Objetivos específicos**

1. Diagnosticar prolapso vaginal en pacientes de consulta piso-pélvico
2. Categorizar los prolapsos diagnosticados según la escala de valoración POP-Q
3. Analizar los hallazgos clínicos mediante estadística descriptiva

## **Aspectos éticos**

Es importante cumplir y velar por el cumplimiento de los principios de la bioética, el principio de autonomía se aplicará utilizando el formulario de consentimiento informado el cual es firmado por jefe de servicio y las pacientes consultantes, a quienes se informa sobre la investigación en curso, al tiempo que se les garantiza la confidencialidad.

De igual manera se está considerando los principios de beneficencia y no maleficencia; puesto que el estudio clínico no conlleva la incorporación de algún elemento que pudiera ocasionar riesgo o daño a la consultante; por el contrario ésta obtendrá beneficio en la determinación de un diagnóstico orientador del tratamiento a seguir.

## MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se parte de la premisa de que los estudios clínicos son estudios descriptivos a partir de la práctica cotidiana, revisiones de expedientes o ambos; por lo que la determinación de la incidencia de prolapsos vaginales será conducido mediante una investigación de campo, puesto que la recolección de datos se realizó directamente de la realidad donde se presentaron los hechos; al mismo tiempo se aplicó un diseño no experimental de nivel descriptivo, ya que el estudio incluyó descripción, registro, análisis e interpretación de la estructura de órganos pélvicos en la consultante. <sup>(24)</sup>

### Población y muestra

Al referirse a la población se está aludiendo al conjunto de personas o sujetos de los que se desea conocer algo en una investigación; mientras que la muestra es un subconjunto de esta población <sup>(24)</sup>, la población en estudio estuvo representada por las consultantes del servicio de ginecología del centro asistencial referido, por desconocer la cantidad total de consultantes para el lapso de la investigación; la muestra se estimó mediante la aplicación de fórmula con el manejo de criterios estadísticos de confiabilidad y margen de error <sup>(25)</sup>

La fórmula fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 p q}{d^2}$$

Donde

p: proporción aproximada del fenómeno en estudio de la población en referencia

q: proporción de la proporción de referencia que no presenta el fenómeno en estudio

z: nivel de confianza (95 %)

d: error estándar (0,05)

Por lo tanto el estimado de la muestra fue de 84 pacientes, con muestreo tipo aplicación de criterios, siendo el criterio de inclusión aquellas usuarias de la consulta las edades comprendidas entre 35 a 70 años, que en entrevista clínica inicial reporten algún síntoma de

prolapso vaginal. No se consideraron criterios de exclusión, salvo que la paciente manifestase no desear participar en el estudio.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica de recolección es el examen clínico, en la cual prevalece la observación directa de las estructuras internas y externas para diagnosticar el prolapso vaginal; al mismo tiempo se aplicó como instrumento la tabla de registro de puntaje POP-Q <sup>(22)</sup>, la cual consiste en una cuadrícula con nueve puntos a explorar y asignar valores. (Ver anexo 2)

### **Variable**

La variable valorada clínicamente fue el prolapso vaginal (ver operacionalización en anexo 3)

### **Procedimiento**

El proceso de investigación se desarrolló mediante la aplicación de los siguientes pasos:

- 1.-Solicitud autorización al jefe del departamento de ginecología del centro de salud; así como al docente de posgrado
- 2.- Elaboración del proyecto de investigación con el acompañamiento del tutor
- 3.-Recolección de datos mediante examen clínico a las pacientes en consulta ginecología, al tiempo que se fueron registrando en instrumento de recolección, para finalmente aplicar análisis estadístico de los mismos.
4. Reporte de resultados en el informe final de la investigación, siguiendo pautas señaladas en el proyecto ya revisado y aprobado

## **Tratamiento estadístico**

Los datos relacionados con la incidencia del prolapso fueron analizados mediante la aplicación de estadística descriptiva y porcentual <sup>(24)</sup>, para cada nivel de prolapso diagnosticado, lo cual permitió trazar la ruta para derivar las conclusiones correspondientes

## **Recursos humanos y materiales**

### *Humanos*

Para el desarrollo de la investigación se contó con el autor del estudio, y las pacientes que acuden a la consulta piso pélvico del seguro social.

### *Materiales*

Entre los materiales estuvieron los requeridos para el examen clínico de las pacientes: guantes, espéculos vaginales, balanza para pesar, lubricante vaginal, varilla para medir; por otro lado estuvieron los de papelería tales como: bolígrafos, el instrumento de observación, la historia clínica, récipes. Vale mencionar que los costos se dan por autofinanciamiento.

De igual manera se organizó el tiempo requerido para realizar el estudio (ver cronograma en anexo 4)

## RESULTADOS

Mediante el examen ginecológico se pudo valorar en las consultantes: pared vaginal anterior y posterior, cérvix, formix posterior al tiempo que se tomó medida de longitud vaginal, hiato genital y cuerpo perineal; como producto de tal evaluación clínica a las estructuras referidas, se obtuvieron los siguientes resultados.

En 40 pacientes, las cuales representan el 47 % de la muestra, se detectó un descenso + / 2 centímetros de la pared anterior vaginal a través del himen; tales resultados indican un prolapso de órganos pélvicos en nivel II.

De manera similar se encontró en 10 pacientes, quienes constituyen el 12 % de la muestra, un descenso + / 2 centímetros de la pared posterior vaginal a través del himen; lo cual es indicativo de que existe prolapso en nivel II

La valoración médica reportada, tanto para el descenso de pared vaginal anterior y pared vaginal posterior en las pacientes de consulta piso pélvico, totalizan 50 casos con prolapso en nivel II según escala POP-Q, lo que a su vez representa un subtotal de 59 % de las pacientes examinadas.

En 20 pacientes representativas del 24 % de las consultantes, se encontró un descenso de + a 2 cm a través del himen con protrusión no mayor a 2 cm de la longitud vaginal; resultados estos que indican prolapsos en nivel III.

Finalmente, en 15 pacientes constituidas en el 17 % de las consultantes, se detectó procidencia de paredes anteriores y posteriores de la vagina, más cuello uterino o cúpula vaginal en casos de histerectomía; estos hallazgos indican prolapso de órganos pélvicos en nivel IV. (Ver cuadro general en anexo 5)

En síntesis, los resultados de la valoración ginecológica en 85 pacientes, indican que una incidencia de prolapsos vaginales según la escala POP-Q, en su mayoría se ubican en nivel II, representado este nivel en 59 % de las consultantes; mientras que el 24 % pertenecen al nivel III y un 17 % en el nivel IV.

## DISCUSIÓN

Desde el punto de vista de las prácticas médicas en el área de prolapsos vaginales, se puede decir que los resultados del presente estudio, son consistentes con lo estudiado por Espitia de la Hoz en Colombia (11), en tanto la proporción en la incidencia de casos es similar para los niveles II, III y IV.

De igual manera, los niveles de prolapsos diagnosticados como médico autor del estudio, son coincidentes con casos tratados con la alternativa quirúrgica de inserción de mallas de polipropileno considerados por Blanco (6) en Colombia, y los estudiados por Alaryón y Rodríguez en el Hospital Universitario de Caracas Venezuela (9); quienes demuestran que tal alternativa quirúrgica resulta ser segura y eficiente para tratar los niveles de prolapso en niveles II, III y IV.

Desde la perspectiva de la literatura relacionada con el problema investigado, los hallazgos son consistentes con Kumcharapu y Mayeroni (15), en cuanto al porcentaje de presentación de la pérdida del soporte vaginal según los niveles de descenso de las estructuras blandas del piso pélvico. Tal padecimiento se constituye en una de las indicaciones más frecuentes de cirugía ginecológica; tal como lo afirmado por García (16) en el tema de la epidemiología del prolapso de órganos pélvicos.

Ahora bien, las implicaciones del estudio conllevan a consolidar una atención integral a las consultantes del servicio ginecológico; en primer lugar en términos preventivos de los factores de riesgo como la obesidad, estilo de vida, nutrición; considerados por Bash (20); en segundo lugar, fortalecer un programa de abordaje quirúrgico oportuno, que propicie en las mujeres afectadas, una calidad de vida acorde con sus expectativas en el contexto del impacto personal social que pudiera representar el padecimiento de la patología en referencia (23).

De esta manera, se puede decir que los objetivos previstos para el desarrollo del estudio fueron alcanzados en su totalidad, en tanto se pudo diagnosticar, categorizar y analizar los hallazgos sin limitaciones materiales o humanas; tal señalamiento deja abierta la posibilidad de incursionar en la prosecución de otros estudios que amplíen o profundicen lo investigado a los fines de mantener actualizado el conocimiento y avances en el ámbito médico de los prolapsos de órganos pélvicos.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales con sede en Acarigua estado Portuguesa, a cargo de su valiosa directiva comprometida con el desarrollo profesional de los médicos que hacen vida y prestan sus servicios en la región portuguesa; profesionales éstos, motivados por una prestación de servicio acorde con las necesidades de salud que demanda la población en el contexto de los avances científicos en el área de medicina y otras ciencias que le sirven de apoyo.

En segundo lugar, a los jefes de posgrado de ginecología y obstetricia, quienes aportaron esfuerzos importantes en mi propuesta para la creación de la Consulta Piso Pélvico del IVSS Dr. José Gregorio Hernández, espacio que propició gran parte de mi desempeño y profundización profesional en esta importante área, y por ende en el desarrollo de este trabajo conducente al título de especialista en ginecología y obstetricia.

## REFERENCIAS

1. Peter Dietz, H. y Guzmán Rojas, R. Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro. Revista Médica Clínica Las Condes. 2010; 24 (2); Disponible en [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70152-4](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70152-4)
2. Weber AM y Richter HE. Pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 2005; 106 (3):615-34.
3. Giulio, A. Pelvic organ prolapse, 31(December), 36. 2012. Disponible en <http://pelviperineology.org/december-2012/pdf/pelviperineology-december->
4. Rocio. (2014). La técnica de kegel y la prevención del prolapso de la Universidad Técnica de Ambato 2014. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7950>
5. Martínez J. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. Rev Cubana Obst Ginecol. 2014;40 (1):102-18
6. Blanco, C. Principales complicaciones intra y posoperatorias en pacientes sometidas a cirugía con mallas de prolipropileno con prolapso genital en el Hospital Clínica San Rafael Bogotá Colombia. (Tesis), Colombia; 2005
7. Aponte, L; Duerto, M; Pérez, M. Evaluación de la calidad de vida en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico. (Tesis). Hospital general del este “Dr. Domingo Luciani”. UCV Caracas. Venezuela; 2005
8. Samaniego, L. Parto vaginal en la relación con prolapso de órganos pélvicos en el servicio de gineco obstetricia. Maracaibo Zulia Venezuela; 2014.
9. Alayón, A; Rodríguez, L. Experiencia en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas vaginales. (Tesis) Caracas Venezuela. 2015.
10. Díaz, I; Alarcón, R; Torres, A. Cirugía reconstructiva de la pelvis en el prolapso genital severo con uso de prótesis anterior y fijación al ligamento sacroespinoso. Scielo Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Versión On-line ISSN 2304-5132. 2015.
11. Espitia de la Hoz, F. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Revista Urología Colombiana, Sociedad Colombiana de Urología vol. XXIV, núm. 1, abril, 2015, pp. 12-18
12. Silvestre, L. factores de riesgo asociados al prolapso genital en mujeres mayores de 45 años. (Tesis). Guayaquil Perú, 2019
13. Quispe, C. Incidencia y factores de riesgo asociados a prolapso genital. (Tesis). Perú;

2020

14. De la Cruz, Correa y Araujo. Factores de riesgo asociados al prolapso genital. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2020; 9(1):11-21 <https://doi.org/10.33421/inmp>.
15. Kuncharapu, I., Majeroni, B. A, y Johnson, D. W. Pelvic organ prolapse. *American Family Physician*, 2010 81(9), 1111–7. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20433127>
16. García. A Prolapso de órganos pélvicos. *Iatreia*, 2002. 15(1), 56–67
17. Indumathi. Pelvic Organ Prolapse. *American Family Physician*, 2010. 81(9). Disponible en: [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp)
18. Jelovsek, J. E., Maher, C., & Barber, M. D. (2007). Pelvic organ prolapse. *Lancet (London, England)*, 2007. 369(9566 (2007). 1027–38. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60462-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60462-0)
19. Tseng, A. Assessment in POP. *MG Singapore*. 2015, JULY. Disponible en: [www.medicalgrapevineasia.com](http://www.medicalgrapevineasia.com)
20. Bash, E. *Guía de manejo de prolapso genital*. Prolapso genital husi. 2015. *PhD Proposal* (Vol. 1). Disponible en: <http://www.drcapmartin.com/files/GUIA>
21. Abrams, P., Andersson, K. , Birder, L., et al . Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. 2010 *Neurourology and Urodynamics*, 29, 213–240. <http://doi.org/10.1002/nau.20870>
22. Cohen, D. Prolapso genital femenino: Lo que debería saber. *Rev. med. Clínicas Las Condes*. 2013; 24(2) 202-209
23. Sarason, I., Levine, H., Basham, R. et. Al. (1983). Assesing social support; the social support questionnaire. 1983. *Journal of Personality and social Psychology*, 44, 127-139.
24. Palella, S y Martins, F. metodología de la investigación cuantitativa. 1° edición. Caracas. Fedupel 2004.
25. Aguilar-Barojas, Saraí Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud Salud en Tabasco, vol. 11, núm. 1-2, enero-agosto, 2005, pp. 333-338 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México

## **ANEXOS**

Anexo 1

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES  
DR. JOSE GREGORIO HERNANDEZ

Acarigua, abril de 2021.

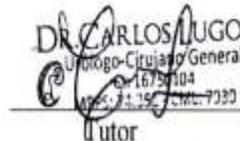
Dr. Luis Delgado  
Director del Hospital José Gregorio Hernández Acarigua

Reciba ante todo un cordial saludo de mi parte, al momento de expresarle que como cursante de 3er año del Postgrado de ginecología y obstetricia avalado por la Universidad Central de Venezuela, el cual se desarrolla en este prestigioso centro asistencial; tanto mi persona como mi tutor, solicitamos su autorización para la realización del proyecto de investigación titulado **INCIDENCIA DE PROLAPSO VAGINAL EN PACIENTES DE CONSULTA PISO –PELVICO**, para lo cual requerimos su apoyo y colaboración en cuanto al uso de la consulta piso pélvico y sus consultantes para llevar a cabo el proceso correspondiente a la recolección de datos prevista para el mencionado trabajo.

Sin más a qué hacer referencia, agradecemos su buena disposición y su respuesta positiva, nos despedimos los abajo firmantes.



Investigador  
Luis J Ortigoza



DR. CARLOS LUGO  
Urologo-Cirujano General  
16730104  
AP. 74.195. C.M. 7030

Tutor  
Dr. Miguel Carlos Lugo



### Anexo 3

#### Operacionalización de la variable

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de variable</b>
<b>Prolapso vaginal:</b> Es la protrusión de los órganos blandos de la pelvis hacia el exterior de la vagina, como consecuencia de la disfunción del suelo pélvico. <sup>(15)</sup>	Nivel I	El descenso de estructuras piso pélvico de 1 cm sobre el introito vaginal.	Según su naturaleza es cuantitativa, policotómica <sup>(24)</sup>
	Nivel II	El descenso es +/- 1cm del introito vaginal.	
	Nivel III	Descenso es +1 cm del introito vaginal y la protrusión no sea mayor a 2cm de la longitud vaginal.	
	Nivel IV	Procidencia completa de las estructuras	

**Anexo 4**  
**Cronograma de actividades**  
**Diagrama de Gantt**

ACTIVIDADES	MESES 2021							
	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre
Solicitud de Permisos								
Elaboración del proyecto								
Recolección de datos								
Análisis e datos								
Elaboración informe final								
Presentación del trabajo de grado								

## Anexo 5

Cuadro 3

Incidencia de niveles de prolapso vaginal en pacientes de Consulta Piso Pélvico

Cantidad de pacientes	Porcentaje %	Nivel de prolapso vaginal
0	0 %	Nivel I
40	47 %	Nivel II anterior
10	12 %	Nivel II posterior
20	24 %	Nivel III
15	17 %	Nivel IV
Total:	85	100 %