



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 15 de noviembre de 2019

Visto el Exp. N°26740-2019, que contiene el Oficio N°439-DGOBS-2019-HCH, del Departamento de Ginecología y Obstetricia, el Informe Técnico N°098-OGC-2019-HCH, del 08 de noviembre de 2019 de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Oficio N°439-DGOBS-2019-HCH, el Departamento de Ginecología y Obstetricia, remite el proyecto de la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Distopia Genital;

Que, mediante Informe Técnico N°098-OGC-2019-HCH, la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda aprobar con Resolución Directoral la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Distopia Genital, el cual permitirá estandarizar los actos y procedimientos médicos facilitando la toma de decisiones y la elección de una intervención basada en mejor evidencia científica;

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, con Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N°117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", el mismo, que tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínica que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, para la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Distopia Genital;



Estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Ginecología y obstetricia, el Informe Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica con el Informe N°1215-2019-OAJ-HCH;

Con el visto de las Jefaturas del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISTOPIA GENITAL, elaborada en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia, por las consideraciones expuestas, la cual se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la Guía aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER la Publicación de la Guía en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital.

Regístrese y comuníquese



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.R. 23579 R.N.E. 9934

CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
18 NOV. 2019
Sr. Emililano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
18 NOV. 2019
RECIBIDO
Hora: 08:11 Firma:

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

GUIA PRÁCTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE DISTOPIA GENITAL

DR. ROLANDO OMAR HERNANDEZ CORDOVA
LIMA - PERÚ

2019

Página 1 de 18



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISTOPIA GENITAL

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es estandarizar los actos y procedimientos médicos facilitando la toma de decisiones y la elección de una intervención basada en la mejor evidencia científica.

II. OBJETIVO

Los objetivos de esta guía son:

- Optimizar los recursos en el diagnóstico de la distopia genital
- Homogeneizar los criterios de tratamiento quirúrgico de la distopia genital

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La utilidad que merezca la presente Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de distopia genital, está dirigida a todos aquellos profesionales que laboran en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia; siendo reevaluada y renovada cada dos años, de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología, así como las necesidades y realidad de la institución.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISTOPIA GENITAL

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO CIE

N81 Prolapso genital femenino

N81.0Uretrocele

N81.1Cistocele

N81.2Prolapso útero vaginal incompleto

N81.3Prolapso útero vaginal completo

N81.4Prolapso útero vaginal no especificado

N81.5Enterocele vaginal



N81.6 Rectocele

N81.8 Otros tipos de prolapso genital femenino

N81.9 Prolapso genital femenino no especificado

V. CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICIÓN

El prolapso de órganos pélvicos corresponde al descenso parcial o total de uno o varios órganos a través del conducto vaginal que se origina por un fallo en la sujeción y el soporte. Los prolapsos de órganos pélvicos se clasifican en:

Prolapso del compartimiento anterior o pared vaginal anterior:

- Cistocele: descenso de la vejiga
- Uretrocele: descenso de la uretra.
- Cistouretrocele: descenso de ambas.

Prolapso del compartimiento medio o pared vaginal apical:

- Histerocele: prolapso uterino.
- Prolapso de la cúpula vaginal.
- Enterocele: prolapso de las asas intestinales dentro del fondo de saco de Douglas.

Prolapso del compartimiento posterior o pared vaginal posterior:

- Rectocele: descenso del recto.

ETIOLOGÍA

a. Deficiencia Congénita

Mujeres asténicas o hipoplásicas, vírgenes o nulíparas pueden tener prolapso.

b. Deficiencia Adquirida

Las lesiones más importantes son producidas por los partos, donde las fibras conjuntivas elásticas son reemplazadas por fibras conectivas cicatrizales. La rotura del elevador del ano y el resto de los músculos perineales, a pesar de ser suturados, pueden producir mioesclerosis, infecciones, alteraciones vasculares y luego debilidad funcional.



Fascias Vaginales

Deterioradas con maniobras bruscas durante el parto

Puerperio

Con las fascias y los músculos del piso pelviano lesionados, el útero subinvolucionado, prácticamente en posición intermedia y la cincha abdominal debilitada más la presión intraabdominal modificada, constituyen elementos que favorecen el establecimiento del Prolapso.

FISIOPATOLOGÍA

Al analizar la etiología del POP, en general el punto de inicio es una lesión del músculo elevador del ano. Estas lesiones producen un aumento del área del hiato urogenital. Esto a su vez produce estiramiento y ruptura de los elementos de sostén, como son las fascias y los ligamentos.

Dependiendo de cuál es la estructura que se rompe, será la manera en que se manifestará el prolapso. Las lesiones de los tejidos pélvicos, la mayoría de las veces comienza con los partos. Sin embargo, existen otras condiciones asociadas como factores congénitos, alteraciones del colágeno, lesiones neurológicas, cirugías pélvicas previas, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, hipoestrogenismo e incluso actividades laborales asociadas a valsalva importante.

En la población del estudio WHI, el nivel de instrucción básico y el mayor número de partos vaginales fueron un buen predictor para prolapsos estadio II o mayor. También está claramente establecido que el riesgo relativo de prolapso genital aumenta en forma significativa con el número de partos. En el año 2009 Valsky publica que el riesgo relativo de trauma del elevador del ano aumentaba a 2 cuando la circunferencia craneana era mayor a 35cm y 3,4 veces cuando el diámetro era sobre 35,5cm. Por otra parte el riesgo relativo se duplicaba cuando la segunda fase del



trabajo de parto era mayor a 90 minutos y aumentaba a 3,5 veces cuando se prolongaba sobre los 160 minutos.

Es importante entender que las disfunciones del piso pélvico depende de diferentes condiciones que aumentan el riesgo: Factores predisponentes, estimuladores, promotores y descompensadores.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El prolapso de órganos pélvicos femenino (POP) es una de las indicaciones más comunes dentro de las cirugías ginecológicas. Se estima en los Estados Unidos que 200.000 cirugías por año son realizadas por esta causa. Entre un 7,5-14% de las histerectomías realizadas tiene como causa el POP. El estudio Women's Health Initiative (WHI) describe que un 41% de mujeres no histerectomizadas y el 38% de las mujeres histerectomizadas tenían algún tipo de prolapso. En este mismo trabajo, el prolapso del compartimento anterior siempre fue el más frecuente, tanto en mujeres nulíparas como en multíparas y en mujeres histerectomizadas versus las no histerectomizadas.

Un estudio de cohorte prospectivo realizado por The Oxford Family Planning Association, que incluyó a más de 17.000 mujeres analizadas durante 17 años, evidenció que, en comparación con la nuliparidad, el riesgo de ingreso hospitalario por prolapso de órganos pélvicos aumentaba notablemente en aquellas mujeres que sí experimentaron partos, con los siguientes registros:

- Primer hijo: 4 veces.
- Segundo hijo: 8 veces.
- Tercer hijo: 9 veces.
- Cuarto hijo: 10 veces.

La incidencia y prevalencia del POP es difícil de estimar, dado que éste sólo se torna sintomático una vez que se exterioriza desde el introito. Es importante considerar que la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres en el período reproductivo llega a un 40% y sube a un 50% en el período post reproductivo. La incontinencia anal se encuentra entre 6-28% de la población femenina en los Estados Unidos. Por último, la asociación entre



incontinencia de orina e incontinencia anal llega a un 9%.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

I. Factor Constitucional (debilidad del mesénquima)

Explica el prolapso vaginal o de la nulípara

II. Factor Traumático

Partos prolongados, distócicos, fórceps, histerectomías: Douglascele, prolapso de cúpula

III. Enfermedades sistémicas:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, DBT, Obesidad, etc.

IV. Déficit de la Función Trófica

El declinar ovárico en la postmenopausa determina la aceleración del proceso del prolapso al existir daño previo. Enfermedades neurológicas previas pueden facilitar su producción.(esclerosis, ACV, etc.).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

CUADRO CLÍNICO

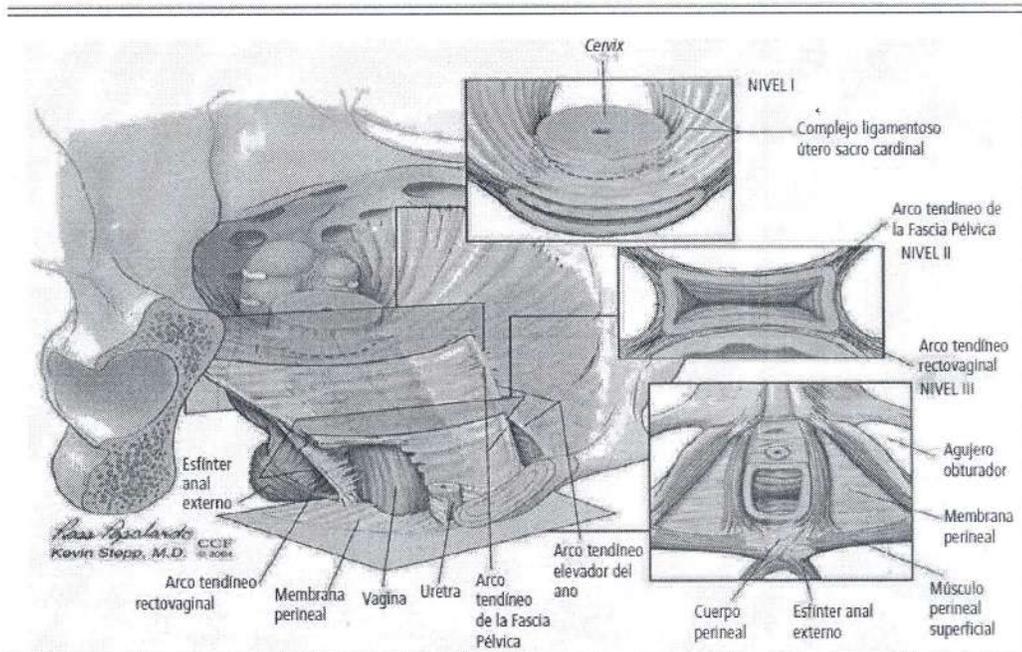
Signos y síntomas

- Sensación de peso o de cuerpo extraño en la región vulvar, más manifiesto con el esfuerzo (31-34%)
- Dolor en la región inguinal, sacrolumbar y abdomen inferior
- Incontinencia de orina de esfuerzo: con cistocelos asociados a uretroceles. Se manifiestan con el aumento de la presión abdominal: tos, levantar objetos pesados, marcha rápida.
- El descenso de los uréteres y su acodamiento hace que con la orina residual no solo se establezcan cistitis sino también Pielonefritis, uronefrosis (48%)
- Alteraciones de la evacuación: histerocistorectocelos grandes (3,5%)
- Infecciones urinarias a repetición
- Dispareunia



Gráficos, diagramas y fotografía

- ANATOMIA FUNCIONAL DE LA PELVIS



Traducido de: Pelvic Floor Dysfunction. A Multidisciplinary Approach. Editores: G Willy Dávila, Ghamal M Ghoniem, Steven D Wexner. Sección IV. Anatomic Correlates. 4-1 Urologic Anatomic Correlates. Pág. 74. Jonathan Jay.

- FACTORES DE RIESGO PARA PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS

Factores Predisponentes	Factores Estimuladores	Factores Promotores	Factores Descompensadores
• Sexo	• Parto	• Constipación	• Envejecimiento
• Neurológico	• Lesión neurológica	• Profesión	• Demencia
• Anatómico	• Lesión muscular	• Recreación	• Debilidad
• Colágeno	• Radiación	• Obesidad	• Enfermedades
• Muscular	• Ruptura de tejido	• Cirugía	• Medioambiente
• Cultural	• Cirugía radical	• Enfermedad pulmonar	• Medicamentos
• Ambiental		• Tabaquismo	
		• Menopausia	
		• Infecciones	
		• Medicamentos	

Modificado de: Bump C, Norton P. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. In: Bump R and Cundiff G, guest editors. Obstetrics and Gynaecology Clinics of North America. Urogynecology and Pelvic Floor Dysfunction. Vol. 25 N4 Dec 1998.



DIAGNÓSTICO

Criterios de Diagnóstico

El diagnóstico de POP es estrictamente clínico. Sin embargo existe la posibilidad de utilizar resonancia nuclear magnética dinámica y ultrasonido transperineal 3D y 4D. La evidencia no ha demostrado una clara asociación en el diagnóstico de la magnitud del POP y estas herramientas.

Sin embargo es promisorio su futuro, en especial del ultrasonido, por su bajo costo y mayor accesibilidad.

Clasificación

Durante muchos años, los ginecólogos utilizaron distintos tipos de clasificaciones para referirse a los tipos de prolapso y sus diferentes magnitudes (Anexo 1). En el año 1996 la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) publicó una estandarización en la terminología del POP, la cual es conocida como POP-Q.

Clasificación POP-Q, evita el uso de terminología como cistocele o rectocele. En su lugar asigna 2 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 (tv), 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 antes descritos es el himen, 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 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.

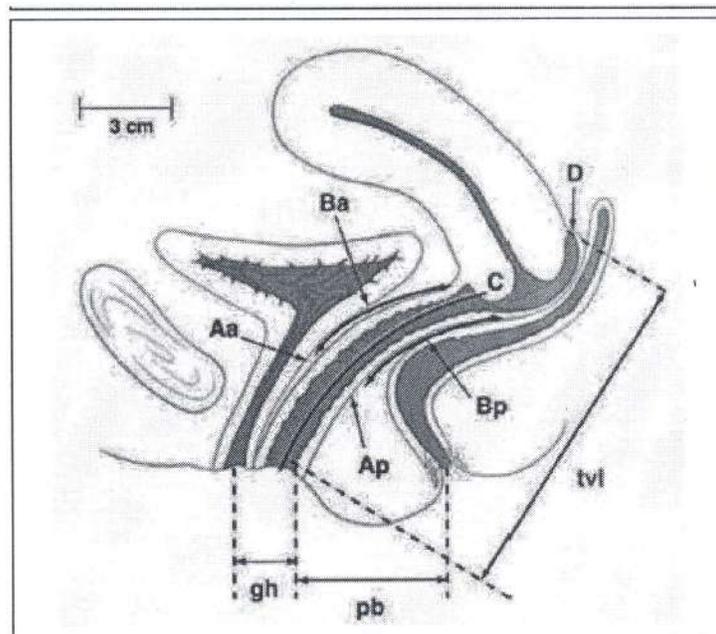
II: el descenso es +/- 1cm del himen.

III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a la longitud total de la vagina - 2 cm

IV: cuando estamos frente a una protrusión mayor al valor de la longitud total de la vagina - 2 cm

Toda la terminología, evaluación clínica, examen físico y exámenes de complemento han sido estandarizados por las 2 sociedades internacionales más importantes en patología de piso pélvico (IUGA e ICS).

Puntos de referencia. Clasificación POPQ



J.L. De Lancey. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction. Achievable goals for improved prevention and treatment. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 1488-95



Tabla de registro de puntaje

Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cuello uterino o cúpula vaginal C
Hiato genital gh	Cuerpo perinatal pb	Largo vaginal total tvf
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Fórmix posterior D

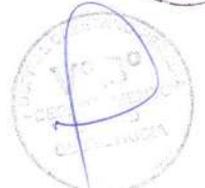
Traducido de: Bump R, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardisation of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-17

EXÁMENES AUXILIARES

En general, no se necesitan exámenes adicionales a una historia y examen físico ginecológico, urológico y defecatorio. Sin embargo, si el prolapso estuviera por encima del himen o el paciente no presenta sintomatología alguna, debería tomarse un volumen residual post evacuación tomado con cateterización, o realizar ecografía.

El examen de Urodinamia, se debería tomar si existe alguna sospecha de incontinencia con Estadio II o mayor de prolapso, o alguna disfunción miccional.

Antes de evaluar el grado de descenso de las paredes vaginales y órganos pélvicos, se debe inspeccionar el cuello uterino y tomar la citología cervical correspondiente de acuerdo al plan de screening establecido en dicha población. Se recomienda utilizar el espéculo de Graves, dado que éste se desarticula y permitirá evaluar con una hoja de éste los compartimentos anterior y posterior por



separado. Se buscará descenso de las paredes vaginales, útero, cúpula vaginal y la presencia o ausencia de rugosidades en la mucosa vaginal.

El tacto vaginal bimanual nos permitirá sospechar la presencia de patologías en los órganos pélvicos. También nos dará una idea del soporte del cérvix y de la cúpula vaginal. En éste momento es adecuado evaluar las características del músculo elevador del ano, tanto la capacidad de contracción de éste como la de su relajación.

MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Medidas generales y preventivas

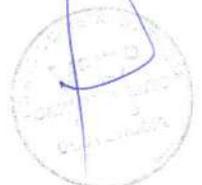
1. Hospitalización
2. Monitoreo de funciones vitales
3. Vía periférica permeable
4. Valorar el estado hemodinámico:
5. Realizar exámenes pre quirúrgicos (en caso sea tributaria a procedimiento quirúrgico)
6. Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.

Terapéutica

Tratamiento Conservador

La rehabilitación pelviperineal (RPP) podría ser una alternativa en estados iniciales de prolapso genital y como terapia coadyuvante en estadios más avanzados.

Los pesarios, la forma más antigua de tratamiento del POP, sigue siendo una buena alternativa a ofrecer. Esto dado su bajo costo, facilidad de uso y bajo riesgo de complicaciones. Estos son en especial indicados cuando la paciente rechaza la cirugía como tratamiento, cuando existe contraindicación



quirúrgica por otras condiciones o a la espera de su cirugía en caso de prolapso muy avanzado. El pesario de Hodge o Pesario de Dumont Pellier. (60 a 95mm). Se necesita educar adecuadamente a la paciente para realizar su adecuada extracción y limpieza. Además de realizar el control médico cada 3 meses. Eventualmente se puede colocar crema de gentamicina o clindamicina en vagina, según valoración.

Tratamiento Quirúrgico

Al enfrentar una paciente desde el punto de vista quirúrgico, se debe tener una clara idea de la anatomía y de los conceptos de soporte de las estructuras del piso pélvico. Al reconstruir los elementos de sostén, debemos asegurarnos que los 3 niveles descritos por De Lancey sean reparados y conectados entre ellos.

Debe quedar claramente establecido que la cirugía por POP se realiza en pacientes en las cuales existe una alteración en su calidad de vida, ya que la paciente debe aceptar los riesgos y complicaciones inherentes al procedimiento ofrecido.

Al abordar la cirugía del compartimiento anterior, lo más importante es definir si existe o no compromiso del compartimiento apical. Si no hay compromiso apical en pacientes sin cirugías previas y sin factores de riesgo adicional, el resultado utilizando técnicas tradicionales, como la plicatura de la línea media o la reparación sitio específica es una buena alternativa, ya que reportan un éxito cercano al 90%.

Hoy en día se recomienda el uso de mallas en el compartimiento anterior sólo cuando el prolapso de este es mayor a un estadio II y recidivado. Por otra parte cuando no se encuentra fascia para reparar o además se asocia a un aumento de la presión intra-abdominal, también tendría cabida el uso de mallas por vía vaginal.



El compartimento apical nos ofrece mayor cantidad de alternativas en su reparación y en general con buenos resultados. La sacrocolpopexia tanto por vía abdominal como laparoscópica es considerada actualmente el gold standard. Todas las otras técnicas se comparan con éstas. En una revisión sistemática el año 2004, la sacrocolpopexia reportó un éxito entre un 78-100%, en tanto que las complicaciones inherentes al uso de mallas por vía abdominal fue cercana al 3%. En la revisión Cochrane del año 2010 la sacrocolpopexia reportó RR 0,23 al compararla con la suspensión sacroespinalosa y además mostró menor dolor post operatorio.

Por lo tanto cuando uno se enfrenta a una paciente joven y sexualmente activa, la primera elección debería ser ésta, dado que el eje de la vagina es más parecido al fisiológico, la longitud vaginal es mejor (sexualmente activas) y los riesgo de complicaciones intra-abdominales durante la cirugía son aceptables (< al 5%).

La suspensión sacroespinalosa, técnica tremendamente popular durante muchos años en EE.UU., reporta buenos resultados de suspensión del compartimento apical, sin embargo, dado que ésta cambia el eje vaginal hacia los costados, el riesgo de aparición de prolapso del compartimento anterior es de aproximadamente un 30%.

La suspensión a los ligamentos útero sacros alto por vía vaginal, también reporta un éxito sobre el 90%, sin embargo el riesgo de acodadura de uréteres y obstrucción de estos demostró que era cercano al 11%. Es por esto que ésta técnica quirúrgica, además de requerir de un cirujano con habilidades adecuadas por vía vaginal, obliga el uso de cistoscopia y la administración de índigo carmín endovenoso para así tener la certeza de la permeabilidad de ambos uréteres.

Finalmente los procedimientos obliterativos como la colpocleisis de Le Fort o la Colpectomía parcial siguen siendo una alternativa a ofrecer. Estas técnicas sólo se pueden realizar en pacientes de edad avanzada las cuales



se encuentran sin actividad sexual y que no deseen tenerla en el futuro. Su éxito supera el 90% teniendo tasa de complicaciones muy bajas. (Anexo 2)

Promontofijación de la cúpula vaginal: Consiste en fijar el ápice vaginal o el cuello del útero en el promontorio sacro, generalmente con la interposición de malla de material sintético. El procedimiento puede ser efectuado de forma convencional y, más recientemente, por vía laparoscópica.

Fijación de la cúpula al ligamento sacroespinal: Es la cirugía más frecuentemente utilizada en el tratamiento del prolapso apical, manteniendo el eje vaginal próximo al fisiológico, sin embargo, dislocado lateralmente, con alta tasa de cura. Generalmente se utiliza el ligamento sacroespinal derecho, no siendo necesaria la fijación bilateral.

Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- Lesión de víscera hueca
- Lesión de vasos y nervios
- Lesión de Úreteres
- Adherencias peritoneales

Signos de alarma

- Sangrado vaginal.
- Dolor pélvico abdominal intenso.
- Distensión abdominal.
- Oliguria o Anuria
- Hematuria

Criterios de alta

Los mismos de toda paciente post quirúrgica. Educar a la paciente y su familia sobre los signos de alarma que se pudieran presentar.



Pronóstico

En la mayoría de los casos el tratamiento es favorable, y bien tolerado.

Existe la posibilidad de recurrencia el cual se le debe explicar a la paciente, previo al procedimiento y explicarle cuales son las medidas necesarias a seguir posterior a la cirugía.

COMPLICACIONES

- Shock hipovolémico
- Pelviperitonitis
- Coagulación intravascular diseminada
- Anemia severa
- Lesión de órganos adyacentes.

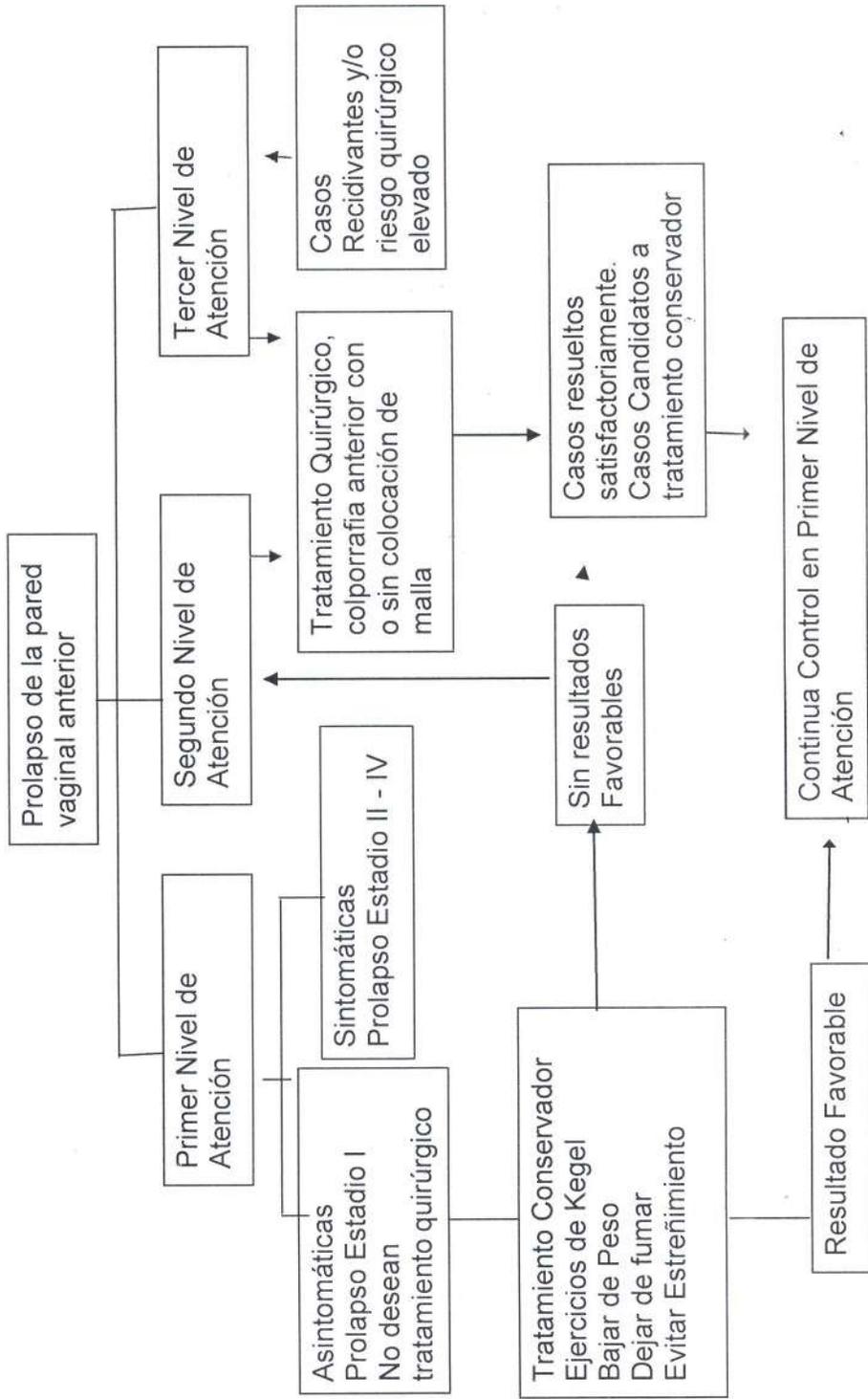
CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El manejo de la distopia genital se realiza en una paciente estable, y como paciente programada en el caso de requerir intervención quirúrgica. En los casos que no se cuente con recursos para la atención de la paciente, ésta deberá ser coordinada oportunamente para su referencia a otro centro hospitalario con FONE o FONI, respetando las siguientes medidas:

- Vía segura con catéter endovenoso N°18.
- Vía aérea permeable, si tiene oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
- Posición decúbito dorsal.
- Abrigo adecuado.
- Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
- Comunicar al sitio de referencia.

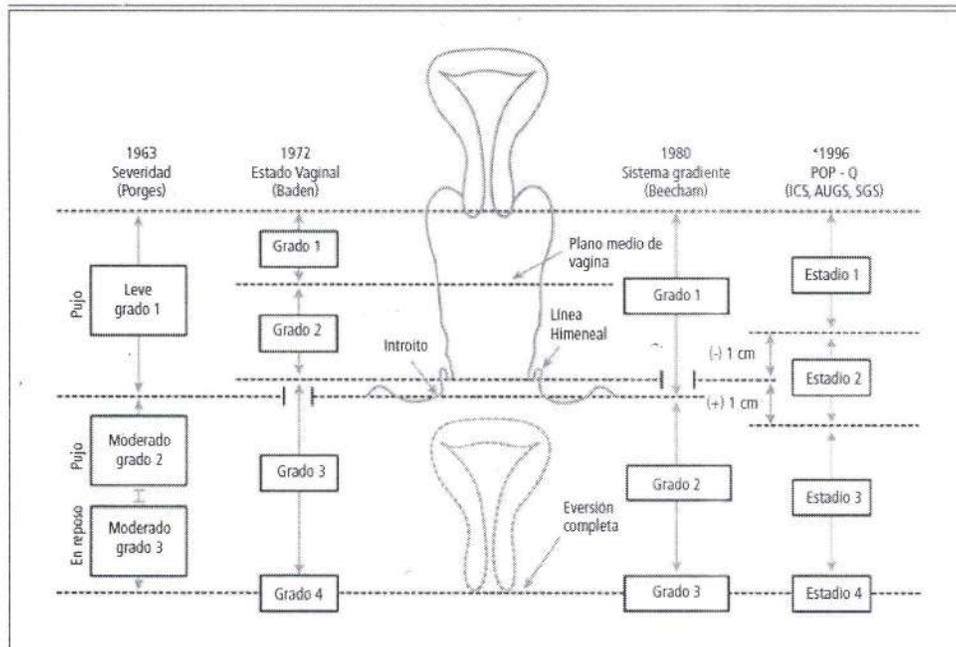


FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS

1. Clasificaciones de Severidad del prolapso de los órganos pélvicos



Traducido de: Theofrastous JP, Swift SE. The Clinical Evaluation of pelvic Floor Dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25(4):790

2. Tipos de Cirugía según tipo de prolapso

Técnica Quirúrgica	Objetivo	Indicación
Sacrocolpexia Abdominal	Corregir el prolapso vaginal superior	Comúnmente usado en mujeres con cistocele recurrente o enterocele
Suspensión al ligamento sacroespinoso	Corregir el prolapso vaginal superior	Realizarla al momento de la histerectomía o en pacientes post histerectomía con prolapso de cúpula.
Fijación al sacroespinoso	Corregir el prolapso vaginal superior	Realizarla al momento de la histerectomía o en pacientes post histerectomía con prolapso de cúpula.
Colporrafía Anterior	Corregir prolapso de la pared anterior	Puede ser usado para el prolapso de vejiga o uretra
Colporrafía posterior y perineoplastia	Corregir prolapso de la pared posterior	Puede ser usado para el tratamiento de rectocele o defectos del perine
Reparación Vaginal con malla sintética	Corregir el prolapso de pared anterior, apical o ambos	Depende del defecto específico. Esta reparación no es recomendada rutinariamente



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Practice Bulletin Committee. ACOG Practice Bulletin No.176: Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol.* 2017.
2. Te Linde's Atlas of Gynecologic Surgery.2014
Geoffrey W. Cundiff , Ricardo Azziz, Robert E. Bristow.
3. Guía de Procedimientos en Ginecología 2009. Buenos Aires
Dr. Juan Mural, Dr. Javier H. Stigliano, Dra. María A. Borreli y Cols.
4. Prolapsos Urogenitales: Revisando conceptos.
Dr. Paulo Palma, Dr. Cassio Riccetto, Dr Miguel Bigozzi
Rev. Arg. de Urol. · Vol. 80 (3) 2015 (94-100)
5. Prolapso genital femenino: lo que debería saber
Dr. David Cohen S.
Unidad de Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Centro de Especialidades en Piso Pelviano, Clínica Las Condes.
REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(2) 202-209
6. Diagnóstico y tratamiento del prolapso en la pared vaginal anterior e incontinencia urinaria de esfuerzo.
Instituto Mexicano de Seguridad Social. Coordinación de unidades médicas de alta especialidad.
IMSS-263-2010; 2-29

