

TÍTOL DOCUMENT:	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS ORGANOS PELVICOS DE LA MUJER	
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOL MÈDIC	
Elaborat per: Sergio Martínez Román, Sara Iglesias, Rosana Diaz	CODI DOCUMENT: GIN-PM-097	
Estàndard:	Pàgina núm. 1 de 8	

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: Anual

Responsable revisió: Rosana Diaz y Sara Iglesias

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	01/01/2018	Elaboració del document	cap de servei	Gener 2018
02	03/05/2023	Revisió del document	Cap de servei	03/05/2023

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Servicio de Ginecología
Servicio de Rehabilitación
Servicio de Urología
Servicio de Anestesiología

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS
ÓRGANOS PÉLVICOS EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

1. DEFINICION Y TIPOS

Descenso parcial o total de todos o algunos de los siguientes órganos a través de la vagina: uretra, vejiga, útero, cúpula vaginal-fondo de saco de Douglas, sigma y/o recto.

Clasificación clásica:

- uretrocele o descenso de la uretra, (prolapso pared anterior de la vagina)
- cistocele o descenso de la vejiga (prolapso pared anterior de la vagina),
- rectocele o descenso del recto (prolapso pared posterior de la vagina),
- enterocele o descenso asas de intestino delgado a través del fondo de saco de Douglas (parte superior de la pared vaginal posterior) ,
- prolapso uterino o descenso del útero (prolapso central) y
- prolapso de cúpula vaginal (descenso del fondo vaginal) en una paciente previamente hysterectomizada.

Clasificación funcional:

- prolapso pared vaginal anterior
- prolapso pared vaginal posterior
- prolapso pared vaginal central .

2. DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS SISTEMATICOS

2.1.- HISTORIA CLÍNICA

- edad, comorbilidad, fragilidad (índice de Barthel si procede)
- antecedentes de patología médica o quirúrgica relacionados con las anomalías del suelo pelviano
- historia obstétrica
- factores de riesgo reversibles y/o modificables

2.2.- VALORACION DE LOS SÍNTOMAS Y CALIDAD DE VIDA

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS
ÓRGANOS PÉLVICOS EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

- valoración subjetiva de la paciente sobre el impacto de la sintomatología cuestionarios validados en español (P-QOL).

2.3.- EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL

- Peso, altura, IMC
- Detección de posibles anomalías o patologías asociadas incluyendo cicatrices quirúrgicas, hernias, etc.
- Evaluación de tono muscular y laxitud articular

2.4.- EXPLORACIÓN GINECOLOGICA COMPLETA

- Despistaje de patología del tracto genital inferior, uterina y anexial incluyendo
- Dermopatías vulvares asociadas a incontinencia
- Grado de atrofia genital postmenopáusica
- Cribaje oportunista de las lesiones preinvasivas y del cáncer de cérvix uterino si procede
- Tamaño, flexión y movilidad uterina
- Despistaje de tumoraciones uterinas o anexiales con ocupación de espacio pélvico

2.5.- EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PROLAPSO GENITAL.

- Posición: semisentada y con perneras.
- Presión de pared posterior de la vagina con valva durante Valsalva para evaluar descenso de la pared anterior.
- Presión de pared anterior de la vagina con valva durante Valsalva para evaluar descenso de la pared posterior Se realiza mediante la inspección de genitales externos y la vagina, con la paciente en posición semisentada y las piernas en posición ginecológica. Con una valva se presiona la pared posterior de la vagina y se pide a la paciente que realice una maniobra de Valsalva, esto pondrá en evidencia el descenso de la pared anterior de vagina. El descenso de la pared posterior se podrá observar de forma similar, presionando la cara anterior de la vagina con la valva y solicitando a la paciente que tosa o haga un esfuerzo. Para distinguir el rectocele del enterocele se realiza un tacto rectal y vaginal bidigital. El prolapso vaginal central se objetiva de la misma forma (con Valsalva o tos) .

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS
ÓRGANOS PÉLVICOS EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

- Valoración uroginecológica
- Objetivación de la incontinencia de esfuerzo (decúbito y bipedestación)
- Valoración de la movilidad uretral y maniobra de Bonney si procede
- Valoración del grado de prolapso genital
- Valoración del grado contractilidad y de la indemnidad de la musculatura del suelo pelviano y tono del esfínter anal
- Comprobación de los reflejos dependientes del arco sacro.
- SEDIMENTO Y CULTIVO para descartar la infección urinaria.

2.6.- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

La exploración clínica especializada representa la base del diagnóstico. La combinación de la ecografía 3D dinámica puede ser de utilidad en casos dificultosos, permitiendo valorar la longitud uretral, ángulo uretro-vesical, indemnidad de las estructuras musculares y fasciales de sostén, así como la ubicación de mallas de sostén en casos recidivados.

La utilización de RNM funcional, mucho más costosa y con menor correlación clínica, se limita a la investigación y a casos de particular distorsión anatómica.

2.7.- DIAGNOSTICO

GRADO DE PROLAPSO. El grado de prolapso genital permite orientar el tratamiento. Según el nivel de descenso se clasifica en cuatro grados (Badem 1972), de forma separada por cada parte prolapsada y en base al grado de descenso:

- Grado I. Descenso entre la posición normal y las espinas isquiáticas
- Grado II. Descenso entre las espinas isquiáticas y el himen
- Grado III. Descenso por fuera del nivel del himen
- Grado IV. Descenso total, fuera del plano vulvar

La clasificación de la Internacional Continente Society (ICS) que se conoce como POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), no ha conseguido su utilización generalizada en la práctica clínica, pero si en investigación.

La última actualización de terminología realizada por el comité conjunto de la IUGA-ICS (Haylen BT et al. Neurourol Urodyn. 2010;29:4-20) hace un resumen de la clasificación en :

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS
ÓRGANOS PÉLVICOS EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

- Grado 0. No se aprecia ningún tipo de descenso.
- Grado I. Descenso no alcanza 1 cm por encima del nivel del anillo himenal.
- Grado II. Descenso entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo del nivel del anillo himenal.
- Grado III. Descenso por debajo de 1 cm del anillo himenal.
- Grado IV. Descenso total, eversión completa.

3. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA OCULTA ASOCIADA AL PROLAPSO GENITAL

Maniobra de Valsalva forzada (tos) con la vejiga llena, con el prolapso reducido, ya sea con un pesario o empujando hacia arriba la parte prolapsada, con una valva o con torunda de gasa, sin presionar la uretra.

Independientemente de los hallazgos de la exploración es recomendable realizar un estudio urodinámico para descartar posibles disfunciones asociadas a prolapso genital.

4. DETECCIÓN DE LA INCONTINENCIA FECAL ASOCIADA AL PROLAPSO GENITAL

Cuestionario de síntomas sistemático en todas las pacientes. Consulta a Cirugía Colorectal en caso de incontinencia de gases y/o heces.

Las pacientes en que se identifican estos síntomas se remiten a la Unidad de Motilidad Digestiva del IMD para completar el estudio diagnóstico de esta patología según protocolo de dicha Unidad.

4.1.- CLASIFICACION DIAGNOSTICA DEL PROLAPSO GENITAL:

- a) Prolapso genital sin incontinencia de orina asociada
- b) Prolapso genital con Incontinencia de orina de esfuerzo.
- c) Prolapso genital con hiperactividad del detrusor (con o sin IU).
- d) Prolapso genital con Incontinencia de orina mixta.
- e) Prolapso genital con disfunción del vaciado vesical
- f) Prolapso genital con incontinencia fecal o disfunción anorectal asociada a cualquiera de las situaciones clínicas anteriores.

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS
ÓRGANOS PÉLVICOS EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

**5. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA GINECOLOGÍA
ASOCIADA AL PROLAPSO GENITAL**

Todas las pacientes que acuden para diagnóstico de incontinencia urinaria y o prolapso genital deben ser estudiadas para descartar patología ginecológica y mamaria, ofreciendo el cribaje oportunista del cáncer cervical, endometrial, ovárico y mamario, lo que puede incluir realización de citología cervical, valoración ecográfica de los genitales internos, palpación mamaria y mamografía.

5.1.- TRATAMIENTO**5.1.1.-TRATAMIENTO CONSERVADOR: PESARIO VAGINAL**

La indicación de pesario se limita a pacientes que por razones diversas, no pueden ser sometidas a intervención quirúrgica o pacientes que están en espera de ser intervenidas.

Para su aplicación, debe descartarse la infección vaginal y debería tratarse la atrofia genital con estrógenos vaginales.

Mediante exploración vaginal se valorará el tipo y tamaño más adecuado para cada paciente. El pesario clásico de anillo, debe apoyarse en la cara posterior de la sínfisis del pubis y en el fondo vaginal posterior, de forma que, sin resultar molesto para la paciente, permita evitar el descenso estando en posición de pie y durante la deambulación. Se recomendará una serie de medidas higiénicas y control clínico cada tres meses.

5.1.2.-TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO GENITAL

Indicado en el prolapso genital sintomático, generalmente de grados III y IV. En los casos de menor grado (II grado) , solo se indica tratamiento quirúrgico si produce síntomas importantes a la paciente, una vez descartadas otras causas de estos síntomas y después de tratamiento conservador inicial.

La cirugía del prolapso de los órganos pélvicos se realiza, utilizando la vía vaginal en la mayoría de los casos y tiene como objetivo corregir el defecto anatómico, mantener la capacidad para la función coital y preservar la continencia. En el caso de existir incontinencia asociada se añade una técnica antiincontinencia específica. Las diferentes técnicas a aplicar son:

- 1) Prolapso de la pared vaginal anterior: plastia vaginal anterior (colporrafia anterior). La utilización de mallas vaginales se limita a casos de cistocele recidivado

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS
ÓRGANOS PÉLVICOS EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

o con riesgo importante de recurrencia. No debe aplicarse en caso de atrofia vaginal y todas las pacientes debe ser advertidas y aceptar el riesgo de extrusión de la malla.

- 2) Prolapso de la pared vaginal posterior: puede contener un rectocele y/o un enterocele. La plastia vaginal posterior (colpoplastia posterior) es la intervención que utilizamos de forma habitual para corregir el rectocele.
- 3) El enterocele se corrige por vía vaginal o abdominal, según la vía quirúrgica que se utilice para corregir el resto de los defectos. Se valorará la utilización de material de refuerzo (malla) vía vaginal, únicamente en casos de recurrencia después de la cirugía con las técnicas antes mencionadas.
- 4) Prolapso uterino: la histerectomía vaginal es la técnica de elección para el tratamiento del prolapso uterino en la mayoría de mujeres postmenopáusicas y de edad avanzada.
- 5) Histerectomía subtotal por laparoscopia con fijación del cérvix al sacro con una malla en pacientes sexualmente activas y/o jóvenes.
- 6) Elongación cervical: la amputación del cérvix conservando el resto del útero (Manchester) se utiliza en pacientes con deseo de mantener el útero y en las que existe una elongación de cérvix.
- 7) Prolapso de la cúpula vaginal tras histerectomía: colpopexia sacra abdominal por vía laparoscópica. En pacientes en las que la vía abdominal se considere contraindicada (obesidad severa) o que haya fracasado, se valorará la utilización material de refuerzo (malla) vía vaginal.
- 8) Colpectomía parcial y/o cleisis, se indica en las pacientes con prolapso vaginal recidivado sintomático (> II grado), con riesgo quirúrgico importante (por edad o patología asociada) y en las que además no exista deseo de mantener la permeabilidad vaginal.
- 9) En casos seleccionados en los que se ha podido objetivar mediante ECO 3D un defecto lateral del musculo elevador, puede estar indicada la reparación laparoscópica con sutura (reparación de defecto paravaginal), con colposuspensión tipo Burch, si hay incontinencia de esfuerzo asociada.

5.3.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA ASOCIADA AL PROLAPSO GENITAL SEVERO

Está indicada en pacientes cuyo motivo principal de consulta ha sido los síntomas de prolapso genital y en las que se ha indicado tratamiento quirúrgico. Cuando en el estudio urodinámico se detecta una incontinencia urinaria de esfuerzo se indica tratamiento de ambos problemas en un mismo acto quirúrgico.

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS
ÓRGANOS PÉLVICOS EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

6. PARAULES CLAU

Incontinencia urinaria. Diagnóstico. Tratamiento conservador. Tratamiento farmacológico. Cirugía.

7. ANNEXOS

[1.- Cuestionario P-QOL](#)