



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TEMA:

“PARTO VAGINAL EN RELACIÓN CON
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS, EN
EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
HOSPITAL ISIDRO AYORA- LOJA.”

*TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL*

DIRECTOR

Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores, Mg. Sc

AUTOR

Sonick Gabriel Samaniego Armijos

LOJA – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores, Mg. Sc

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo titulado: **“PARTO VAGINAL EN RELACION CON PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS, EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL ISIDRO AYORA- LOJA.”** de autoría del Sr. Sonick Gabriel Samaniego Armijos, egresado de la carrera de medicina, previa a la obtención del título de Médico General, ha sido elaborada bajo mi dirección y una vez revisado autorizo su presentación final para la evaluación correspondiente.

Atentamente



.....
Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores, Mg. Sc

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Sonick Gabriel Samaniego Armijos, con cédula de ciudadanía 1900575125 declaro ser autor del presente trabajo de tesis y exonero a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en Repositorio Institucional – Biblioteca virtual.

Atentamente,



.....
Sonick Gabriel Samaniego Armijos
CI 1900575125

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN
ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo Sonick Gabriel Samaniego Armijos declaro ser autor de la tesis titulada:
**“PARTO VAGINAL EN RELACION CON PROLAPSO DE ORGANOS
PELVICOS, EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL
ISIDRO AYORA- LOJA.”** como requisito para optar al grado de médico general
autorizo al sistema bibliotecario de La Universidad Nacional de Loja para que
con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la
Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera
en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las
redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la
Universidad.

La Universidad Nacional De Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de
la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 31 días del
mes de octubre del dos mil catorce, firma la autora

Firma:



Autor: Sonick Gabriel Samaniego Armijos

Cedula: 190057512-5

Dirección: cdla “Héroes del Cenepa”; Cbo. Milton Patiño y Tiwintza.

Correo electrónico: soniko.sam@hotmail.com

Teléfono: 2546755 Celular: 0968322547

Datos complementarios

Director de tesis: Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores, Mg. Sc

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Román Hidalgo Benito Vicente Ginecólogo-obstetra.

Vocal: Dra. Karina Yesenia Calva Girón Ginecóloga-obstetra.

Vocal: Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza Ginecólogo-obstetra.

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar, que siempre en su extraña y oculta forma de trabajar, corrigió mi camino en el momento exacto, pare evitar que mi vida tome el rumbo equivocado, me hizo aceptar en las condiciones más duras, lo que una personas por sí sola no comprende, genero paz en mi interior en los momentos en que más la necesitaba y así me permitió ver la meta cada vez más cerca y finalmente alcanzarla.

A mi madre, quien con su invaluable sacrificio diario, apoyo incondicional y amor inagotable, tuvo la sabiduría eficaz para ser rectora de gran cantidad de decisiones y motor fundamental de cada uno de mis triunfos y generadora de la nueva fuerza para levantarme de cada uno de mis fracasos, sin ella sé que esto no habría sido posible.

Al esposo de mi madre, en quien en los momentos donde pensé que ya no podía contar con alguien, y que mi esfuerzo personal no sería suficiente, extendió una mano amiga, y nunca negó el apoyo necesario, sin importar las circunstancias.

A mis hermanos, en quienes sus padres forjan expectativas diarias, que este logro alcanzado sea demostración explícita de que el sacrificio rinde frutos y que los sueños se cumplen.

A mis amigas y amigos, quienes de la manera más sincera y desinteresada, contribuyeron también para hacer este trabajo posible, son memoria imborrable de fraternidad.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud imperecedera al Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, casa de formación y de sabiduría de la ciencia médica; y en especial; y en especial, mi profundo y sincero agradecimiento al Sr. Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores. Mg. Sc, en calidad de maestro formador de juventudes y director de la presente tesis, quien me brindo su invaluable orientación académica en este trabajo de investigación.

Constituye un honor para mí el haber tenido la suerte de contar con tan distinguido catedrático universitario.

1. TÍTULO

**“PARTO VAGINAL EN RELACIÓN CON PROLAPSO DE ÓRGANOS
PÉLVICOS, EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL
ISIDRO AYORA- LOJA.”**

2. RESUMEN

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, el presente estudio es de tipo cuantitativo, analítico y transversal, fue desarrollado en el hospital provincial “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, con la finalidad de obtener datos específicos en nuestra población respecto a histerocele, cistocele y rectocele y su relación con el parto vaginal.

El universo estuvo conformado por 3866 pacientes que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia, la muestra estuvo constituida por 43 pacientes, se aplicó una ficha de recolección de datos a las historias clínicas de cada una, para conocer los datos relevantes en este estudio; concluida la investigación se estableció 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. En el desarrollo del prolapso de órganos pélvicos, el parto vaginal constituye la principal causa, seguida de causas asociadas como edad avanzada con un promedio de 62 años y multiparidad constituyendo el 53,5% de las afectadas. Gracias a esta información se puede tener evidencia de cómo se propicia esta enfermedad a nivel local, y así generar estudios más profundos en nuestra población.

Palabras clave: Parto, Prolapso de órganos pélvicos.

2.1. ABSTRACT

Worldwide it is known that up to 50% of women develop problems pelvic floor, the largest reference the pelvic organ prolapse, this set of conditions causes the affected patients have a lifestyle not for the health because it are prone to symptoms that affect day to day and not allowed to take a normal development; the conditions do not stop only in genital problems, but they carry with them urinary symptoms, problems with sexuality and psychological, social and family thus this study is a quantitative, descriptive and prospective study was developed at the provincial hospital "Isidro Ayora "city of Loja, in order to obtain specific data on our population for histerocele, cystocele and rectocele and its relation to vaginal delivery.

The universe was consisted by 3866 patients admitted to gynecology and obstetrics department, the sample consisted by 43 patients, a record of data collection was applied to clinics each story, to know the relevant data in this study; the investigation established that 100% of patients with pelvic organ prolapse had vaginal deliveries. Patients who are between 30-64 years account for 67.4% of the affected population, making it the largest group with these pathologies, besides being estimated at 62 average age of diagnosis in users organ prolapse pelvic. In the development of pelvic organ prolapse, vaginal birth is the leading cause, followed by causes associated with old age as an average of 62 years and multiparity constituting 53.5% of the affected. With this information you can have evidence of how this disease is favored locally, and generate further study in our population.

Keywords: vaginal delivery, pelvic organ prolapse

3. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la humanidad la mujer se ha caracterizado por tener la más noble misión en este mundo, cual árbol que se planta y crece, regala de sus entrañas al mundo un nuevo ser, maravilloso milagro lleno de momentos con mezclas de emociones, por este noble acontecimiento, durante todo el periodo de gestación y luego en el momento del parto, pueden ocurrir una serie de eventos que pueden poner en riesgo la vida de ella y su producto engendrado, pero los riesgos no quedan solo en esa etapa, se ha documentado que existen complicaciones tardías después de dar a luz. “Es así que 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. El prolapso de órganos pélvicos a menudo no se hace sintomático hasta que el segmento descendido atraviesa el introito, y en otras ocasiones no se reconoce hasta que está en etapa terminal. Existen múltiples factores que favorecen el prolapso entre los que se encuentran el parto, los trastornos del tejido conectivo, neuropatías, factores congénitos y todos aquellos que conduzcan a un aumento de la presión intraabdominal como la obesidad, tos, ejercicio, etc. Cada uno de los componentes del prolapso de órganos pélvicos, bien sea del compartimiento anterior, medio o posterior, se clasifica por etapas o grados y la sintomatología de cada uno de ellos está directamente relacionada con la etapa, siendo más sintomáticos aquellos con un grado más avanzado. La historia clínica, el examen ginecológico y las diversas ayudas diagnósticas se constituyen en la base primordial que darán las pautas para identificar el problema, seleccionar el tratamiento adecuado para cada paciente y lograr el éxito deseado por el médico y esperado por la paciente.”¹

En América latina y el mundo investigadores han basado su trabajo en la búsqueda del porqué de esta patología, es así que estudios concluyen que esta complicación. “Es cada vez más frecuente la consulta ginecológica por problemas resultantes del prolapso genital y mayor las expectativas y exigencias en relación a su tratamiento. El aumento en la esperanza de vida

implica un mayor número de mujeres susceptibles de desarrollar prolapso.”²

Dentro de los resultados del presente trabajo se concluyó que existe una clara relación entre el parto vaginal y el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos ya que el 100% de las pacientes estudiadas tuvieron partos por vía vaginal; El grupo etario afectado con más frecuencia por prolapso de órganos pélvicos se encuentra entre 30 a 64 años de edad con un 67,4%, sin embargo las pacientes mayores de 64 años son más propensas al desarrollo de histerocele más cistocele; las principales causas asociadas para el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos son: el parto vaginal como el más importante, ya que es el factor encontrado en todas las pacientes estudiadas; La edad comprendida entre 30 a 64 años teniendo como promedio 62 años al momento de diagnóstico, y la gran multiparidad teniendo como promedio 6,3 partos; estas tres causas son principales desencadenantes para desarrollo de prolapso de órganos pélvicos.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. PARTO NORMAL

“El parto es el tránsito del contenido de la gestación desde la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno.

El trabajo de parto se caracteriza por la aparición de contracciones uterinas rítmicas y progresivamente intensas que implican:

Dilatación del cuello uterino.

Expulsión del feto a través de la vagina y la vulva.

Expulsión de los anexos fetales.

4.2. Clasificación del parto según duración

4.2.1. Parto a término: es el que ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación.

4.2.2. Parto pretérmino: es el que ocurre entre las 28 y las 37 semanas de gestación.

4.2.3. Parto posttérmino: cuando el parto ocurre después de las 42 semanas de gestación.

4.3. Clasificación del parto según finalización

4.3.1. Parto eutócico: es el parto normal y es el que se dice iniciar de forma espontánea en una gestante con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

4.3.2. Parto distócico: cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.

4.4. Clasificación del parto según el comienzo

4.4.1. Parto espontáneo: cuando el feto presenta diversas variedades de presentación diferentes al vértice y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión.

4.4.2. Parto inducido- estimulado: cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena.

Podemos hacer las variaciones que queramos. Ejemplo: parto pretérmino inducido distócico.

4.5. Elementos que intervienen en la fisiología del parto

4.5.1. Motor

El motor del parto es el útero, que a través de unas contracciones características, provoca la dilatación del cuello uterino (cérvix), desde dentro hacia fuera. Complementariamente, la contracción de la musculatura abdominal de la madre puede contribuir al proceso. La mujer puede reforzar la fuerza expulsiva de la contracción, empujando con la musculatura abdominal, que se conoce con el nombre de "pujo" (voluntarias). La contracción uterina es el resultado de las contracciones acompasadas de las fibras miométricas. Las fibras musculares uterinas van a ser capaces de adquirir una disposición que provoca que se produzcan las contracciones características del parto y además unas van de un sentido a otro y de otro sentido a otro hacen que se expulse el feto. También el segmento inferior influye.

El útero cuando se hace cesárea se hace en el segmento inferior (no es igual que la cicatriz que nosotras vemos por fuera), es la apertura por dentro.

Las fibras miométricas se contraen involuntariamente. En la contracción uterina se produce un acortamiento y engrosamiento transitorio de la fibra muscular lisa uterina. Después de la contracción uterina persiste cierto grado de retracción o acortamiento, ya que la fibra miométrica no se relaja por completo al final de la contracción.

El cuello uterino está formado por fibras musculares, tejido conectivo y colágeno. Con las contracciones, la pared del cuerpo uterino se engrosa y se acorta progresivamente y hace que las fibras del istmo y del cérvix se deslicen hacia arriba y hacia los lados, todo esto hace que esta zona se adelgace y amplíe formándose el segmento inferior (separación entre cuerpo y cuello del útero), lo que provoca el borramiento y la dilatación del cuello uterino.

Las contracciones del parto aumentan en intensidad y frecuencia progresivamente y se presentan de forma rítmica.

Las contracciones del parto se caracterizan por su regularidad dentro de un patrón de frecuencia (ej., dos contracciones cada 10 minutos), los intervalos se acortan de forma gradual y su intensidad y duración aumentan.

Los elementos que hay que valorar en las contracciones uterinas son (parámetros de la contracción):

Duración: tiempo que transcurre desde que se inicia una contracción hasta que finaliza. Se expresa en segundos.

Intensidad: grado de contracción del útero. Es la diferencia entre el tono basal y el tono de acmé de la contracción (que es el periodo de máxima intensidad. Tanto la intensidad como el tono basal se expresa en mm de Hg.

Intervalo: determina ritmo y frecuencia. Desde que acaba una contracción hasta que empieza la siguiente.

Tono basal: es la presión uterina valorada en un momento en que no exista contracción. Es el punto de partida lo consideramos 20 mm de Hg.

Las contracciones del parto son involuntarias e intermitentes.

En la fisiología del parto las contracciones tienen un ascenso de 50 segundos, una máxima intensidad breve, y una relajación de inicio rápido, posteriormente lento.

4.5.2. El canal del parto.

El canal: son las estructuras que delimitan el trayecto que realiza el feto en su salida. Cuando decimos que un feto está encajado es que ha entrado en la pelvis, es la presentación fetal. Decimos que la presentación es libre cuando no se ha encajado. Se distingue:

Canal óseo: es la pelvis. Formada por cuatro huesos: dos huesos iliacos o coxales, el sacro y el cóccix. Están unidos entre sí por ligamentos y se articulan a nivel de la sínfisis del pubis, las articulaciones sacroilíacas, y las articulaciones sacrococcígeas. El canal óseo es irregular en sus dimensiones. La entrada al mismo la constituye el estrecho superior de la pelvis, con un diámetro de 11 cm. Más abajo se encuentra la excavación pélvica, con el estrecho medio. Aquí el diámetro es de 12 cm. Y el estrecho inferior con un diámetro que oscila entre 9-11 cm, según la posición del hueso cóccix. Considerando que el diámetro de la cabeza fetal es de 10 cm, pequeñas variaciones congénitas o adquiridas en la anatomía de la pelvis determinarán distocias mecánicas que habrá que resolver por vía vaginal o abdominal.

Canal blando: consta de los siguientes elementos:

Segmento uterino inferior: se va formando desde el final del embarazo y culmina en el periodo de dilatación.

4.5.3. El cérvix: durante la fase de dilatación se va a producir primero su desplegamiento longitudinal (borramiento) y luego su apertura transversal (dilatación), hasta permitir el paso de la cabeza fetal.

4.5.4. La vagina: a medida que desciende la presentación, la vagina se va distendiendo, permitiendo el paso fetal.

4.5.5. Músculos del periné: ya en el estrecho inferior, la presentación alcanza los músculos del suelo pélvico, ejerciendo sobre ellos un empuje vertical que va a producir tanto su dilatación radical como su elongación axial.³

4.6. MECANISMO DEL PARTO

ASPECTOS GENERALES

“Para que ocurra el parto, es preciso un canal de parto adecuado y una contracción uterina y abdominal normal, ambos analizados en los capítulos 8 y 9. Los otros factores que hay que considerar en el pronóstico del parto son: actitud, situación, presentación y posición fetal, los cuales se pueden determinar clínicamente mediante palpación abdominal, examen vaginal y auscultación del foco fetal. También se pueden determinar por imagenología.

Al inicio del trabajo de parto, la posición del feto con respecto al canal del parto es determinante para la vía por donde va a salir el feto; de tal manera que, si la posición es adecuada lo más probable es que sea parto vaginal, de lo contrario, generalmente, termina en cesárea.

4.6.1. Actitud

Al comienzo del embarazo, la cantidad de líquido amniótico es abundante en relación con el volumen ocupado por el feto, pero a medida que progresa el embarazo y, sobre todo, luego de la semana 32, la relación líquido amniótico - feto se modifica substancialmente con disminución del líquido y aumento del tamaño fetal. Estos cambios traen como consecuencia que el feto debe tomar una actitud especial que le permita acomodarse mejor al limitado espacio con el que cuenta, adoptando una forma ovoidea que corresponde a la forma de la cavidad uterina.

La cabeza se flexiona tanto que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal, los brazos están flexionados sobre el tórax o paralelos a éste, el

cuerpo se flexiona tanto que el dorso adopta una forma convexa, los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. Esta actitud, es la llamada “actitud de flexión”, que es la más frecuente y la que se considera normal. Existen las llamadas actitudes de deflexión, que corresponden a variaciones anormales de la antes mencionada. A medida que la cabeza fetal se extiende de manera progresiva, va pasando de presentación de vértice a las de bregma, frente y cara, que son las llamadas “actitudes de deflexión”.

4.6.2. Situación

Consiste en la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno y son posibles las siguientes situaciones: Longitudinal, transversa y oblicua. La primera es la más frecuente en los embarazos a término y puede ser longitudinal cefálica o longitudinal podálica. La razón por la que la situación longitudinal es la más frecuente, es porque la cavidad uterina tiene un diámetro longitudinal mayor que el transversal lo que permite un mejor acomodo del feto en su eje mayor, que es el longitudinal.

La situación oblicua es la menos frecuente y es aquella en la que el eje longitudinal del feto forma un ángulo de 45° con relación al eje longitudinal del útero. Se observa, más que todo, en el curso del embarazo y constituye una situación transitoria porque al acercarse el final del embarazo suele evolucionar hacia longitudinal o transversa.

4.6.3. Presentación

Es la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis y puede ser: cefálica, de nalga, de hombro, fúnica y compuesta.

4.6.3.1. Cefálica

Es aquella en la que la cabeza es la parte que se presenta en el estrecho superior. Constituye la forma de presentación más frecuente porque la cavidad uterina tiene una forma piriforme, con la parte más amplia hacia el fondo uterino y la más estrecha hacia el segmento uterino inferior.

Aunque la cabeza fetal es mayor que las nalgas, la actitud fetal de las extremidades inferiores flexionadas sobre el abdomen, hace que el polo fetal más voluminoso sea el podálico; de tal manera que, cuando se coloca en cefálica, se adapta mejor a la forma piriforme de la cavidad uterina normal.

Dependiendo del grado de flexión o deflexión de la cabeza se clasifican en: vértice, cara, bregma y frente.

4.6.3.2. Vértice

Es cuando la cabeza se presenta en el estrecho superior completamente flexionada; de tal manera que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal y el punto de referencia cuando se hace el tacto vaginal es la fontanela posterior. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el suboccípito- bregmático que mide como promedio 9,5 cm. Es la forma de presentación cefálica más frecuente.

4.6.3.3. Cara

Es cuando la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma completamente deflexionada y el punto de referencia es el mentón. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el submento-bregmático, que mide como promedio 10 cm. Es una forma de presentación cefálica poco frecuente con una incidencia del 0,15% al 0,54% de los casos.

4.6.3.4. Bregma

En este caso, la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma parcialmente flexionada y el punto de referencia es la fontanela anterior. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el occípito-frontal, que mide como promedio 11,5 cm (fig. 10- 2C). Es una forma muy rara de presentación cefálica con una incidencia del 0,04% a 1%.

4.6.3.5. Frente

En este caso, la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma parcialmente deflexionada y el punto de referencia es la nariz. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el occípito-mentoniano, que mide como promedio 13,5 cm. Al igual que la anterior, suele ser muy rara, con una incidencia del 0,1% al 0,3%. Estas dos últimas presentaciones generalmente son transitorias porque, a medida que progresa el parto, la presentación de bregma suele convertirse en presentación de vértice y la de frente, en presentación de cara, por los mecanismos de flexión o de deflexión que suceden durante el descenso. Otro factor que explica esta transición, es el hecho que los diámetros que ofrecen las presentaciones de bregma y frente, son incompatibles con un parto vaginal, por ser muy superiores a los diámetros normales de la pelvis, mientras que los diámetros de la posición de vértice y cara si son compatibles con los diámetros de la pelvis materna y puede ocurrir el parto vaginal.

4.6.3.6. Nalgas

Es aquella situación longitudinal del feto, en la que las nalgas se presentan en el estrecho superior y el punto de referencia es el sacro. Constituye, aproximadamente, el 3,5% de las presentaciones en embarazos a término; sin embargo, durante el embarazo se puede encontrar una incidencia de hasta 33,3%, entre las semanas 21 y 24; de un 27,8%, entre la 25 y 28; de un 14% entre la 29 y 32 y de un 8,8%, entre la 33 y 36.

A medida que el embarazo progresa esta presentación se convierte espontáneamente, en la mayoría de los casos, en presentación de vértice. Cuando esta versión no ocurre, puede que existan factores fetales que impiden esta transición, como los tumores cervicales, las circulares múltiples de cordón, etc. y factores maternos como los fibromas, las anomalías congénitas de útero. El hecho de que un porcentaje mayor de fetos está en presentación de nalgas antes de que la gestación llegue a su término, explica por qué la presentación de nalgas es más frecuente en prematuros que en fetos a término.

Dependiendo de la posición de las extremidades inferiores, la presentación de nalgas se divide en: franca, completa e incompleta.

4.6.3.7. Franca

Es aquella en la que las piernas extendidas están en flexión sobre el cuerpo; de tal manera que los pies están en contacto con la cara.

4.6.3.8. Completa

Es aquella en la que el muslo está en flexión sobre el cuerpo y la pierna en flexión sobre el muslo.

4.6.3.9. Incompleta

Es aquella en la que existe descenso de una o ambas extremidades inferiores y puede ser modo pie o modo rodilla, dependiendo de la parte fetal que se presente en el estrecho superior.

4.6.3.10. Fúnica

Conocida también como prolapso de cordón, es aquella en la que el cordón umbilical se prolapsa hacia la vagina y se convierte en la parte fetal que se presenta. Es una condición con una elevada mortalidad fetal pero, afortunadamente, ocurre con muy poca frecuencia

4.6.3.11. Compuesta

Es aquella en la que alguna de las extremidades se prolapsa junto con la parte que se presenta, de tal forma que ambas entran en la pelvis al mismo tiempo. La forma más frecuente es la presentación cefálica con descenso de la extremidad superior y, al igual que la anterior, su frecuencia es muy baja.

En estos dos últimos casos, cuando las membranas están intactas, se denominan procúbito de cordón o de brazo y cuando están rotas, procidencia de cordón o de brazo.

4.7. POSICIÓN Y VARIEDAD DE POSICIÓN

La posición es la relación de la parte fetal que se presenta con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. La variedad de posición es la relación de la parte fetal que se presenta, con la posición anterior, transversa o posterior de la pelvis. De acuerdo con esto, se conocen las siguientes variedades de posición.

Debido a lo difícil que resulta determinar, mediante un examen físico, las diferentes variedades de posición en la presentación de hombros y que su determinación no tiene valor práctico, se recomienda referir a todas las situaciones transversas como presentación de hombros.”⁴

4.8. MOVIMIENTOS CARDINALES DEL PARTO

“Con fines didácticos, los movimientos cardinales del mecanismo de trabajo de parto, se han dividido en tres movimientos básicos que a su vez involucran otros movimientos. A continuación se describen:

En una presentación cefálica de vértice, son las siguientes:

El primer movimiento lo constituye el encajamiento, que a su vez incluye:

- Flexión.
- Orientación.
- Asinclitismo.

El segundo movimiento lo constituye el descenso que a su vez incluye la rotación interna.

Por último la expulsión o desprendimiento, está conformada por:

- Extensión.
- Restitución.
- Rotación externa.
- Desprendimiento de los hombros.
- Nacimiento del resto del producto.

4.8.1. Encajamiento

Es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica. Para que ocurra el encajamiento, se requiere flexión, orientación y asinclitismo. Este fenómeno puede ocurrir durante las últimas semanas de la gestación o presentarse ya una vez establecido el trabajo de parto; generalmente el encajamiento ocurre con la sutura sagital transversa con relación a la pelvis materna.

4.8.1.1. Flexión

El objetivo de la flexión, es lograr que el feto descienda en la excavación pélvica; para ello se requiere que la presión de la contracción uterina se transmite a través de la columna vertebral, logrando que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occipitoatloidea, al encontrar resistencia con las paredes de la pelvis, el suelo de la misma o por el cérvix.

Al flexionarse la cabeza fetal se propicia que se ofrezcan los diámetros menores de la cabeza fetal, la cual actúa como palanca de primer grado; así el diámetro occipitofrontal (11.5cm) es sustituido por el suboccipitofrontal (10.5cm). Lo anterior es posible gracias a la Ley de Palancas, en la cual el brazo largo es el hueso frontal y el brazo corto el occipital, y al chocar la cabeza contra el estrecho superior cede el brazo a el estrecho superior cede el brazo de palanca más largo (frontal) y se produce la flexión de la cabeza. La cabeza queda en el primer plano de Hodge o insinuada.

4.8.1.2. Orientación

En el estrecho superior de la pelvis, la cabeza fetal tiende a orientar su diámetro mayor (occipitofrontal - 12cm), con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos); este movimiento obedece a la Ley de Selheim, que refiere que “dos óvalos desiguales únicamente pueden quedar orientados conjugando sus ejes mayores”.

4.8.1.3. Asinclitismo

La sutura sagital del feto frecuentemente se encuentra desviada hacia el promontorio o hacia la sínfisis púbica; esta desviación hacia la parte posterior o anterior de la pelvis recibe el nombre de asinclitismo si la sutura sagital se encuentra más cerca del promontorio, el parietal anterior se presenta hacia los dedos del explorador y este proceso es conocido como asinclitismo anterior.

Si por el contrario, la sutura sagital se aproxima hacia la sínfisis del pubis, lo que se presenta a los dedos del explorador sería el parietal posterior; este proceso es conocido como asinclitismo posterior.

Es importante que durante el trabajo de parto siempre exista un ligero asinclitismo para que de esta manera se aproveche al máximo la cavidad pelviana.

4.8.2. Descenso

El descenso del feto a través de la pelvis materna es como una caída a plomo en la excavación pélvica debido a que es como un tonel con todos sus diámetros proporcionales predominando los de 12cm. Es como si cayera un cilindro (feto) dentro de otro (pelvis). La cabeza puede descender en asinclitismo (primero un parietal que el otro) o en sinclitismo (sutura sagital equidistante del pubis y del sacro). La cabeza queda en segundo plano o encajada. Este movimiento se debe a diferentes fuerzas como son:

La presión ejercida por el líquido amniótico

La presión ocasionada por la dinámica uterina sobre el feto

La contracción que ejercen los músculos abdominales maternos y por la extensión y alineación del cuerpo fetal.

4.8.2.1. Rotación interna.

La rotación interna de la cabeza y la acomodación de los hombros al estrecho superior, ocurre al rotar la cabeza fetal en el interior de la pelvis para orientar

su diámetro mayor (occipitofrontal) con el diámetro anteroposterior de la pelvis materna.

La sutura sagital se coloca en el diámetro anteroposterior de la pelvis materna y el occipucio se va moviendo hacia la sínfisis del pubis (occipitopúbica) o hacia el sacro (occipitosacra) tratando de regresar a su posición original.

Este giro es de 45° en las variedades anteriores, de 90° en las transversas y de 135° en las variedades posteriores. En ese momento el diámetro biparietal del producto coincide con el diámetro biciático de la pelvis materna. La cabeza queda en el tercer plano y se produce el primer tiempo del parto de hombros por acomodación al estrecho superior ubicándose en un diámetro oblicuo.

4.8.3. Expulsión

4.8.3.1. Extensión

Se produce una flexión exagerada ofreciendo el diámetro suboccipitobregmático (9.5), retropulsa el cóxis y el occipital ubicándose debajo del pubis hace de bisagra permitiendo que por una deflexión de la cabeza, se desprenda apareciendo primero el diámetro suboccipitobregmático, luego el suboccipitofrontal y por último el suboccipitomentoniano. Se presenta así también el segundo tiempo del parto de hombros, que es encaje y descenso, similar al segundo tiempo de cabeza.

4.8.3.2. Restitución

Este movimiento es necesario para la acomodación de los hombros al estrecho inferior: es el tercer tiempo del parto de hombros, que consiste en una rotación interna, por la cual, su mejor diámetro el biacromial, pasa de un diámetro oblicuo al anteroposterior. La cabeza tiende a ponerse como estaba dentro de la pelvis o sea en el diámetro oblicuo en el que estaba originalmente, derecho o izquierdo, maniobra llamada restitución.

4.8.3.3. Rotación externa

Es el cuarto tiempo del parto de hombros. Al estar en el diámetro anteroposterior de la pelvis, el hombro anterior se ubica debajo de la sínfisis pubiana y hace de bisagra para el desprendimiento del hombro posterior, saliendo luego el anterior.”⁵

4.9. PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

“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. El prolapso de órganos pélvicos a menudo no se hace sintomático hasta que el segmento descendido atraviesa el introito, y en otras ocasiones no se reconoce hasta que está en etapa terminal. Existen múltiples factores que favorecen el prolapso entre los que se encuentran el parto, los trastornos del tejido conectivo, neuropatías, factores congénitos y todos aquellos que conduzcan a un aumento de la presión intraabdominal como la obesidad, tos, ejercicio, etc. Cada uno de los componentes del prolapso de órganos pélvicos, bien sea del compartimiento anterior, medio o posterior, se clasifica por etapas o grados y la sintomatología de cada uno de ellos está directamente relacionada con la etapa, siendo más sintomáticos aquellos con un grado más avanzado. La historia clínica, el examen ginecológico y las diversas ayudas diagnósticas se constituyen en la base primordial que darán las pautas para identificar el problema, seleccionar el tratamiento adecuado para cada paciente y lograr el éxito deseado por el médico y esperado por la paciente.

4.9.1. PREVALENCIA, INCIDENCIA Y REMISIÓN

El prolapso es la causa más frecuente de histerectomía en mujeres de más de 50 años y constituyó el 13% de las histerectomías en todos los grupos etarios. La razón de operaciones realizadas por prolapso de órganos pélvicos con respecto a las de incontinencia urinaria es de 2:1.

“La incidencia anual de admisión hospitalaria con diagnóstico de prolapso fue de 0.204%, en tanto la correspondiente de cirugía por prolapso fue de 0.162%. Se desconoce el número de mujeres con prolapso de órganos pélvicos 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.”¹

4.9.2. ETIOLOGÍA

“Es compleja y multifactorial. Pero en sí, todo se reúne en la pérdida del soporte fibromuscular de la región pélvica. 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, nervios. Sin embargo se reconoce que una vez afectada la tonicidad y soporte del componente muscular, el rol más importante lo ejercerá la fascia endopélvica, la cual será sometida a tensión y puesta a prueba toda vez que el debilitamiento fibromuscular (superficial o profundo del periné) este comprometido.

Se ha establecido que el parto vaginal y la edad, son factores de riesgo importantes, para el prolapso genital. Los mecanismos específicos por los cuales estos dos factores están relacionados con la falta de soporte a nivel pélvico, se desconocen. Por décadas, los cirujanos, han reconocido que las mujeres con prolapso, exhiben anomalías en el tejido conectivo del piso pélvico. En los últimos años, nueva información se ha recolectado para definir los mecanismos moleculares y celulares, que confieren anomalías estructurales y funcionales a los órganos pélvicos.

Por definición, la remodelación del tejido conectivo envuelve 2 procesos, la síntesis y degradación de la matriz extracelular. En pacientes con prolapso genital, el proceso de remodelación puede tener ciertas aberraciones en cualquiera de los dos procesos. Estudios de Woessner y Brewer, indican que la síntesis de matriz extracelular y la degradación de colágeno y elastina, están regulados dramáticamente en el útero durante el embarazo y en la involución post-parto.

Se han realizado estudios en ratones, y se han encontrado mutaciones en el gen que codifica para la lisil – Oxidasa 1 (LOXL-1), teniendo que en cuenta que esta enzima es codifica proteínas involucradas en la organización y síntesis de las fibras elásticas que se encuentran involucradas en la patogénesis del prolapso de órganos pélvicos.

De la misma forma la Fibulina-5 (Fbln5), y la Fibulina-3 (Fbln3), son proteínas específicas de la matriz extracelular. La Fbln5, se encuentra en órganos ricos en elastina, mutaciones de ésta, van a generar sobreproducción de elastina, llevando a lo que se conoce como “Elastinopatías” dadas por pérdida de firmeza en la piel, anormalidades vasculares y enfisema. A nivel vaginal, el aumento de la concentración de elastina va a producir pérdida del soporte. La Fbln3 está más relacionada con el soporte y la integridad de la fascia.

Alteraciones en el equilibrio entre la síntesis, ensamblaje y degradación de los componentes de la matriz extracelular del piso pélvico, pueden resultar en una lenta, pero progresiva pérdida del soporte de los órganos pélvicos.

4.9.3. FACTORES DE RIESGO

Más que un solo factor, se ha establecido que es más probable que una paciente con prolapso genital tenga combinaciones de factores anatómicos, fisiológicos, genéticos, estilos de vida y factores reproductivos, los cuales interactúan entre sí para producir un desorden en el piso pélvico.

Se ha demostrado que cada uno de estos factores va a actuar de manera independiente y con efectos acumulativos, durante la niñez, adolescencia y la vida adulta.

Los factores de riesgo para desarrollar prolapso genital se han dividido en tres tipos o tres fases: Factores predisponentes, Factores Incitantes y factores intervencionistas.

(Incitantes es un término universal y no puede ser remplazado por otro de los sugeridos pues serian abarcados por el término predisponentes que abarca otro tipo de factores)

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

Dentro de los factores predisponentes, se ha visto que hay variaciones normales en el crecimiento inicial y el desarrollo de todas las partes del cuerpo. El desarrollo del piso pélvico, está influenciado con base al aspecto genético, la nutrición y el medio ambiente. Estos factores son tal vez, los más importantes; ya que una mujer que tenga estos tres factores bien desarrollados, nunca se va a enfrentar a un trastorno del piso pélvico a pesar de someterse en un momento de su vida a los factores incitantes e intervencionistas.

En la Fase II, se menciona al embarazo y el parto como factores que alteran el piso pélvico, especialmente el segundo periodo del parto. Entre menos lesiones se produzcan al momento del parto, se considera que una mujer puede tener recuperación completa de sus tejidos, sin experimentar en un futuro una alteración del piso pélvico. Sin embargo entre más exposición tenga a cualquiera de los factores mencionados en la tabla, más será el riesgo y si además hay problemas también en la Fase I, el riesgo se incrementara aún más. Una mujer en condiciones normales, tiene un riesgo de desarrollar prolapso genital del 48% con 1 a 3 partos, más de 4 partos incrementará el riesgo en un 71.2%. Ya hemos revisado el desarrollo inicial del piso pélvico, así como la recuperación posterior al parto vaginal tanto en las Fases I y II. Es después de esta vida reproductiva, alrededor de los 40-50 años, en donde el soporte del piso pélvico declina (Fase III); en primer lugar por los efectos propios de la edad, dados por el hipoestrogenismo, la atrofia de los tejidos. En segundo lugar por los resultados del estilo de vida propio de la paciente, así como los efectos de la obesidad, enfermedades concomitantes y uso crónico de medicamentos como se mencionó en la tabla anterior.⁶

4.9.4. Componentes y sintomatología del prolapso de órganos pélvicos

“Los síntomas del prolapso de órganos pélvicos son diversos. Con mayor frecuencia, más de un componente participa y aparece más de un síntoma.

Todos, exceptuando el desgarró perineal, presentan la sensación de que algo sale a través de la vagina (masa, bola). Los síntomas del prolapso están en relación directa con la sensación de salida de cada víscera.

4.9.4.1. Uretrocele

El síntoma primario del uretrocele es la incontinencia urinaria de esfuerzo. La gravedad de la incontinencia suele denotar la dificultad de la reparación y puede influir en el método terapéutico.

Los síntomas deben aparecer de modo regular y no obligadamente guardar relación con la vejiga llena o el embarazo. Los síntomas uretrales, para su producción, requieren de alguna pérdida del ángulo uretrovesical posterior, y ello suele entrañar relajación anterior coexistente de la vejiga.

4.9.4.2. Cistocele

Los síntomas son mínimos a menos que la vejiga sobresalga hasta el introito o a través del mismo. La paciente puede señalar que algo se está desprendiendo o saliendo; a menudo siente la propia protrusión. Si un cistocele en etapa 3 o 4 coexiste 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, 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.

4.9.4.3. Histerocele y prolapso de cúpula vaginal (en pacientes con histerectomía)

Además de la sensación de masa producida por la salida de la víscera puede presentarse ulceración de la mucosa con irritación y sangrado de los tejidos al sufrir necrosis.

4.9.4.4. 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 diseca el tabique rectovaginal.

4.9.4.5. Rectocele

Se reconoce por la tendencia del intestino a concentrar las heces cerca al ano, lo que produce disquecia. Muchas pacientes han aprendido a devolver el recto

a su sitio y en esta forma defecar, y otras simplemente usan enemas.

El rectocele se diferencia del estreñimiento en que se ha perdido la urgencia de defecar.

4.9.4.6. Desgarro perineal crónico

El desgarro perineal crónico grado I o II causa pocos síntomas. La lesión del esfínter (grado III) puede producir incontinencia gaseosa o fecal que será más intensa si hay lesión de la mucosa rectal (grado IV).⁷

4.9.5. Clasificación nueva y antigua

“Las clasificaciones guardan relación con él o los órganos afectados y el grado de descenso. Clásicamente, cuando en el prolapso se encuentran involucrados el útero, la vejiga y el recto, se denomina prolapso genital completo.

Según el órgano afectado se utilizan las denominaciones: cistocele, uretrocele, rectocele, enterocele, histerocele y prolapso genital completo. Además, podemos observar el prolapso de cúpula vaginal en pacientes con el antecedente de histerectomía. En 1972 se publicó la clasificación de prolapso de Baden-Walker (24):

Grado 1: el cuello uterino es posible observarlo entre la posición normal y la altura de las espinas isquiáticas.

Grado 2: el cuello desciende entre las espinas isquiáticas y el introito, sin sobrepasarlo.

Grado 3: pasa el introito y se exterioriza. Algunos consideran como un cuarto grado o procidencia a la exteriorización máxima o prolapso total del órgano. Y denominan Grado 0 cuando hay ausencia de prolapso.

En 1991 Raz y colaboradores clasificaron el cistocele en tres tipos:

Tipo I: defecto central de la fascia vesicopelviana. Los ligamentos uretropélvicos y la porción lateral de la fascia no mantienen un adecuado soporte lateral a la base vesical.

Tipo II: defecto de las inserciones laterales de la fascia vesicopelviana y ligamentos uretropélvicos a la pared pelviana lateral.

Tipo III: debido a defectos de inserción lateral, que llevan a una pérdida completa del soporte de la base y cuello vesical.

A partir de octubre de 1995, la Sociedad Internacional de Continencia comienza a utilizar una nueva clasificación llamada POPQ (Pelvis Organ Prolapse Quantification System). Más tarde, es incorporada y validada por la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecólogos. Se trata de un sistema que demora entre dos y tres minutos en aplicar y que tiene alta reproducibilidad independiente de la experiencia de quien lo aplica.

El POPQ utiliza nueve medidas en centímetros. Éstas se realizan desde el himen hasta seis puntos fijos de la pared vaginal (dos en pared anterior, dos en posterior y dos en el fondo de la vagina) y tres mediciones perineales.

Cada medición realizada tiene signo positivo (+), y cuando cae fuera del himen será de signo negativo (-). Una vez obtenidas las medidas, se clasificará en uno de los grados de prolapso resultante, según la parte que más protruye.”⁸

4.9.6. Valoración clínica del prolapso de órganos pélvicos

“Los síntomas del prolapso de órganos pélvicos con frecuencia se relacionan con la protrusión de tejidos, pero más a menudo con la disfunción de los aparatos y sistemas orgánicos afectados. Estos van desde dolor vago dorsal bajo hasta la incontinencia urinaria y fecal importantes. El médico debe realizar un interrogatorio amplio que incluya todos los temas pertinentes.

4.9.6.1. Incontinencia urinaria

Es uno de los síntomas más comunes cuya prevalencia es de 17 a 45 % en la población. La incontinencia urinaria de esfuerzo suele relacionarse con pérdida de sostén de la porción anterior de la vagina con hipermovilidad uretral resultante. Los síntomas suelen presentarse al realizar esfuerzos físicos como levantar objetos pesados, toser, reír, estornudar o hacer ejercicio. A medida que empeora el prolapso de órganos pélvicos la incontinencia urinaria de esfuerzo mejora. La reducción del prolapso durante el examen físico evidencia la incontinencia urinaria.

Este fenómeno se ha denominado incontinencia urinaria de esfuerzo genuina oculta o potencial.

4.9.6.2. Síntomas miccionales irritativos

Polaquiuria, urgencia y nicturia son síntomas asociados al prolapso de órganos pélvicos. Etapas avanzadas del prolapso genital tienen incontinencia de urgencia por inestabilidad del detrusor, aunque se desconoce la causa por la cual se produce dicha inestabilidad; esta inestabilidad se resuelve con la corrección quirúrgica en 17 a 85 % de las pacientes.

4.9.6.3. Retención urinaria

Los grados intensos del prolapso de órganos pélvicos cursan con arrugamiento y obstrucción de la uretra conforme la vejiga se hernia progresivamente. La obstrucción se acentúa durante el pujo. Se presenta disminución del flujo máximo de orina y aumento de la orina residual. Se ha encontrado que no hay relación entre el grado del prolapso y el grado de obstrucción uretral. La micción incompleta puede predisponer a la infección de vías urinarias, hiperactividad del detrusor y disminución de la elasticidad vesical lo que conlleva el riesgo de reflujo ureteral y daño renal.

4.9.6.4. Incontinencia fecal

Es un síntoma raro, la mayoría de las veces subcomunicado por las pacientes y poco estudiado por los médicos. Se acompaña además de prolapso y de incontinencia urinaria. Los grados mayores del prolapso predisponen, con una mayor probabilidad, a la incontinencia fecal. Este trastorno es causado por un mecanismo incompetente del esfínter anal o un defecto en el reservorio rectal, con exceso de heces.

4.9.6.5. Dificultad defecatoria y desimpactación

El vaciamiento difícil del recto, el tenesmo, la necesidad de desimpactación y la estimulación digital rectal son a menudo los síntomas más notables del rectocele. La desimpactación a través de la vagina o del periné se realiza para reducir manualmente el reservorio rectal y se hace colocando los dedos en contra de la pared vaginal posterior y empujando el rectocele en sentido ascendente a través del introito o mediante presión ascendente del periné.

4.9.6.6. Disfunción sexual

Los problemas de la función sexual son frecuentes en mujeres con prolapso de órganos pélvicos pero ésta debe diferenciarse claramente de la disfunción sexual producida por la edad. El rechazo de los médicos a discutir la sexualidad de una manera indulgente sólo refuerza la incomodidad de la paciente. Es vital hablar con la paciente de la función sexual cuando se consideran opciones terapéuticas que pueden obstruir la vagina o reducir su capacidad.

4.9.6.7. Molestias pélvicas

Sensación de que algo sale por la vagina o compresión pélvica con dolor dorsal o inguinal acompañantes en la bipedestación o con la actividad física son los síntomas más frecuentes en el prolapso de órganos pélvicos. La distensión del peritoneo produce dolor o compresión pélvicos, y la distensión de los ligamentos uterosacros provoca dolor dorsal bajo.

4.9.7. Valoración física del prolapso de órganos pélvicos.

Se inicia con la inspección de la vulva. Dermatitis, ardor o dolor originados por alguno de los diversos trastornos pueden producir síntomas urinarios o contribuir a ellos. Ardor y sensación quemante alrededor de la uretra pueden relacionarse con vulvovaginitis crónica. La uretritis infecciosa o atrófica, la vaginitis y la trigonitis pueden producir irritación suficiente para dar por resultado necesidad urgente de orinar, micción frecuente, incontinencia o una combinación de estas manifestaciones. Las tumoraciones suburetrales dolorosas sugieren divertículos.

Se coloca un espéculo de Graves en la vagina hasta llegar a la cúpula de ésta, y se retira mientras la paciente efectúa un esfuerzo. Esto ofrece una impresión general de los defectos presentes como histerocele y prolapso de cúpula en pacientes histerectomizadas. Se retira el tornillo de ajuste del espéculo y se emplea nada más la hoja posterior de este instrumento para rechazar la pared vaginal posterior, de modo que se pueda examinar la pared vaginal anterior y ver la presencia de uretrocele o cistocele; algunos autores utilizan la prueba del hisopo (Q-tip) para ver la etapa del uretrocele o la hipermovilidad uretral mediante la medición del ángulo de desplazamiento dado por el hisopo, colocado en la uretra, luego que la paciente realiza maniobras de valsalva; éste ángulo se considera normal cuando es de 30 grados o menos, y puede ser medido con un transportador o simplemente calculado cuando el examinador tiene mucha experiencia.

Una vez examinada ésta, se gira la hoja para que rechace la pared anterior y se pueda examinar la pared posterior y diagnosticar la presencia de enterocele y rectocele. Para lo anterior, al examinador pide a la paciente que realice la maniobra de valsalva y observa si descienden las porciones cefálica o caudal de la pared posterior. El aspecto de doble protuberancia de la pared sugiere la presencia de enterocele.

Otra forma de distinguir entre el enterocele y el rectocele consiste en que el examinador coloca el dedo medio en el recto y el dedo índice en la vagina y

pide a la paciente que realice la maniobra de valsalva; de ésta manera puede percibir como se desliza el saco de enterocele entre los dedos. Si el defecto se limita a la pared rectal, no podrá percibirse la sensación de deslizamiento.

Por último se observa el periné para realizar el diagnóstico del desgarro perineal crónico de acuerdo a su grado de presentación.”¹

4.9.8. DIAGNÓSTICO

“En el año 1996 la introducción del “Pelvic Organ Prolapse Quantification System” o POP-Q de la International Continence Society (ICS), estandarizó la forma en que se evalúa clínicamente el prolapso Genital [8]. Sin embargo, su introducción en la práctica clínica diaria no fue fácil. En el año 2004, 8 años luego de su introducción, sólo un 40% de los miembros de la ICS y la American Urogynecologic Society (AUGS) lo utilizaban en su práctica clínica habitual y sólo un 60% para el reporte en la investigación [9]. En la actualidad, se estima que existe un importante grupo de especialistas que aún no se sienten familiarizados con esta clasificación. Una explicación a este fenómeno se puede encontrar en lo complejo que inicialmente resulta su aplicación para la mayoría de los ginecólogos, lo que ha motivado el desarrollo de versiones simplificadas del POP-Q (10). A pesar de ello, ésta es la clasificación más utilizada en la actualidad para el reporte clínico de esta condición, la cual ha permitido estandarizar los estadios del prolapso en la literatura internacional.

Un factor muy importante a tener en consideración es que el descenso de los órganos pélvicos puede ser enmascarado o subdiagnosticado si es que la paciente no realiza una maniobra valsalva adecuada (breve y/o de poco esfuerzo), o presenta la coactivación del músculo elevador del ano en el momento en que se evalúa. Lamentablemente la descripción original del POP-Q no repara en estos importantes puntos a tener en cuenta durante la evaluación de estas pacientes. La ultrasonografía 2D puede ayudar a determinar en forma objetiva el grado del descenso de los órganos pélvicos y además permite detectar fácilmente cuando la paciente contrae el piso pélvico

al mismo tiempo que realiza la maniobra de valsalva. Este problema puede ser corregido inmediatamente al realizar biofeedback visual con la paciente, de manera tal que el máximo descenso de los órganos pélvicos pueda ser evidenciado. La estandarización de la maniobra de valsalva no ha sido una tarea sencilla, de hecho, los estudios que han enfocado este problema no han conseguido resultados adecuados. El factor tiempo pareciera ser fundamental en este proceso, es por ello que la paciente debería sostener el pujo por al menos 5 segundos para no enmascarar el desarrollo del prolapso. Mientras que la primera referencia al trauma del elevador del ano data del año 1943, la comprensión de que las anomalías detectadas por estudios de imágenes del piso pélvico se debían al trauma sufrido por este músculo durante el parto tiene menos de 10 años.

Este tipo de trauma del piso pélvico resulta incluso más común que el daño que puede sufrir el esfínter anal durante el parto, y esto podría tener un significado clínico más importante aún en el largo plazo como agente etiológico de las disfunciones del piso pelviano. En el 10 a 30% de las mujeres que tienen un parto vaginal, el haz puborrectal del elevador del ano se desprende traumáticamente del cuerpo y borde inferior del pubis (avulsión), dando como resultado un defecto anatómico que ocasionalmente puede ser identificado durante la misma atención del parto. Este tipo de lesión puede ser detectada clínicamente mediante la palpación digital y demostrado por medio de imágenes a través de la resonancia nuclear magnética y de la ultrasonografía transperineal 2D (20) y 3D /4D.

El diagnóstico de la avulsión del elevador del ano tiene un importante impacto clínico, ya que pareciera jugar un rol fundamental como agente etiológico en el prolapso genital. La primera serie que comparó imágenes del piso pélvico en su estado antenatal y postnatal fue publicada en el año 2005 (22), y la principal consecuencia de estos defectos, prolapso del compartimento anterior y central, fueron descritos a partir del año 2006. Han pasado pocos años desde que el trauma del elevador del ano fuera asociado además como uno de los principales factores de riesgo para la recurrencia del prolapso genital, un hallazgo que ha sido confirmado por al menos 4 otros estudios. Es por este

motivo que el diagnóstico de la “avulsión” del elevador del ano es un hecho clínico muy importante que debería ser considerado al momento de evaluar a este tipo de pacientes y que no se encuentra actualmente incluido en la clasificación POP-Q.

Junto a esto, hoy sabemos que el daño post parto que potencialmente puede sufrir el músculo elevador del ano no sólo incluye desgarros que son macroscópicamente visibles, sino que también incorpora la sobre distensión del hiato genital, y esto pareciera afectar incluso a más mujeres que la misma avulsión del elevador. Si consideramos al hiato urogenital como el mayor potencial portal herniario del cuerpo humano femenino, la excesiva distensión del hiato del elevador o “balonamiento” (término original en inglés “ballooning”) se encuentra directamente asociado al desarrollo del prolapso genital, y su efecto pareciera ser independiente al de la avulsión del elevador. De hecho, la presencia de balonamiento pareciera ser un factor independiente para la recurrencia del prolapso genital (datos personales aún no publicados). Una gran ventaja que tiene la clasificación POP-Q es que con las simple medida de hiato genital (Hg) sumado al cuerpo perineal (Cp), se puede tener una muy buena correlación con la sobre distensión del hiato del elevador. El punto de corte de estas medidas (Hg + Cp) para la normalidad del hiato es de 7 cm (32), lo que pudiera resultar de gran ayuda en el enfrentamiento terapéutico de estas mujeres. De esta manera, al momento de realizar la evaluación clínica del prolapso genital es importante considerar la presencia de avulsión del elevador del ano y de la excesiva distensión del hiato genital. La ultrasonografía del piso pélvico puede ser, en este sentido, una herramienta muy útil para la correlación clínica de estos hallazgos.

La utilidad del estudio urodinámico multicanal en las pacientes que presentan prolapso genital ha sido ampliamente debatido. En la visión del autor, este examen se debería considerar para toda paciente en que se sospeche de disfunción del vaciamiento vesical y en aquellas con prolapso avanzado mayor a estadio II que serán sometidas a cirugía donde pudiera detectarse la presencia de incontinencia de orina de esfuerzo oculta. Sin embargo, para este tipo de evaluación el estudio con una cistometría simple puede ser suficiente.

Si el contexto del estudio de la paciente se enmarca en el área de la investigación, entonces sería recomendable contar con este examen para hacer más objetiva la comparación de los resultados.”⁹

4.10. TRATAMIENTO

“El tratamiento del prolapso depende de la gravedad del mismo y de sus síntomas, así como de la salud general de la mujer y de la preferencia y las habilidades del cirujano. Las opciones disponibles para el tratamiento son conservadoras, mecánicas o quirúrgicas. En general, el tratamiento conservador o mecánico se considera para las mujeres con un grado leve de prolapso, para aquellas que desean tener más hijos y para quienes son débiles o no desean someterse a una cirugía. Las intervenciones conservadoras y mecánicas han sido analizadas en revisiones Cochrane separadas.

Los objetivos de la cirugía en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos incluyen:

La restauración de la anatomía vaginal normal;

La restauración o el mantenimiento de la función vesical normal;

La restauración o el mantenimiento de la función intestinal normal;

La restauración o el mantenimiento de la función sexual normal.

Para el tratamiento del prolapso se encuentra disponible una amplia variedad de técnicas quirúrgicas abdominales y vaginales.

Los abordajes vaginales incluyen la histerectomía vaginal, la reparación de la pared vaginal anterior o posterior, la culdoplastia de McCall, la reparación de Manchester (amputación del cuello uterino con suspensión del útero a los ligamentos cardinales), la colpopexia preespinal y sacroespinal, la ligadura del enterocele, la reparación paravaginal, el procedimiento y la reconstrucción perineal de Le Fortes.

Los abordajes abdominales incluyen la colpopexia sacra, la reparación paravaginal, la suspensión de la bóveda y la plicatura de ligamentos uterosacros, la ligadura del enterocele y la reparación de la pared vaginal posterior. La intervención quirúrgica abdominal puede realizarse por medio de una incisión abierta o con laparoscopia, la cual requiere incisiones pequeñas.

Una combinación de algunos de estos procedimientos puede ser empleada en la corrección quirúrgica del prolapso. Además de la variedad de operaciones de prolapso, el cirujano debe elegir si emplea suturas absorbibles como los materiales cuya base es el ácido poliglicólico (por ejemplo, la poliglactina), suturas de absorción retardada como la polidioxanona o las suturas no absorbibles como el polipropileno. Además, algunas técnicas requieren el uso rutinario de injertos (p.ej., colpopexia sacra, en la cual se pueden utilizar diferentes materiales para cerrar la brecha entre el manguito vaginal y la depresión sacra) mientras que para otras, los injertos son optativos. El material del injerto puede ser sintético (p.ej. malla), autólogo (p.ej. fascia), aloplástico (p.ej. piel de cerdo) u homólogo (p.ej. fascia lata cadavérica).

La elección de la cirugía depende de un número de factores que incluyen la naturaleza, el lugar y la gravedad del prolapso, si hay síntomas adicionales que afectan la función urinaria, intestinal o sexual, la salud general de la mujer y la preferencia y habilidad del cirujano. Para ayudar en la evaluación del éxito de la intervención quirúrgica, se debe registrar una clara clasificación vaginal específica de sitios anteriores y posteriores a la operación y los detalles de la intervención quirúrgica.

El término de incontinencia urinaria de esfuerzo de novo se utiliza para describir la incontinencia de esfuerzo que se desarrolla luego de la corrección quirúrgica del prolapso entre las mujeres que eran continentes antes de la cirugía. La incontinencia urinaria de esfuerzo de novo resulta claramente molesta a las mujeres, y ésta será una de las medidas de resultado consideradas en esta revisión. La incontinencia de esfuerzo oculta es el término empleado para describir la incontinencia urinaria de esfuerzo, que es demostrable sólo cuando se reduce el prolapso en mujeres que, de otra manera, serían continentes.

La amplia variedad de tratamientos quirúrgicos disponibles para el prolapso indica la falta de consenso en cuanto a cuál es el óptimo. Se han publicado normas que utilizan la bibliografía disponible, pero éstas se basan en estudios de tipo y calidad mixta.”¹⁰

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Este estudio es cuantitativo, analítico y transversal.

La presente investigación tiene como Objetivo general conocer la relación existente, entre el parto vaginal con el desarrollo histerocele, rectocele y cistocele, en las pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora, de la ciudad de Loja y como objetivos específicos: determinar la frecuencia y relación entre el parto vaginal con el desarrollo de histerocele, rectocele y cistocele; Identificar el grupo etario con mayor casuística de histerocele, rectocele y cistocele e identificar las causas que se asocian con la patología de histerocele, rectocele y cistocele.

Área de estudio

El estudio se realizó en el hospital provincial “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, ubicado en C.P. Avenida Iberoamericana C.S. Juan José Samaniego.

Universo

El universo estuvo conformado por todas las mujeres ingresadas en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Marzo 2013 a Julio del 2014 en un total de 3866.

Muestra

La muestra estuvo conformada por todas las mujeres con diagnóstico de prolapso genital en un total de 43 pacientes.

Criterios de inclusión

- Mujeres de más de 30 años ingresadas con el diagnóstico de histerocele, rectocele y/o cistocele al servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital regional Isidro Ayora de Loja en el periodo de marzo 2013 a julio 2014.
- Pacientes con antecedentes de parto normal.

Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 30 años.
- Ingresadas con otro diagnóstico diferente a histerocele, rectocele y cistocele.
- Pacientes Que no ingresaron a al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo marzo 2013 a julio del 2014.
- Pacientes nulíparas.
- Pacientes quienes han tenido parto exclusivo a través de cesárea

Técnicas y procedimientos

Se solicitó autorización al director asistencial del Hospital Isidro Ayora de Loja, Dr. Jorge Guapulema para tener acceso al área de archivo, ginecología y obstetricia y datos de centro quirúrgico, que a través del departamento de investigación y docencia permitió el acceso a las áreas antes mencionadas.

En el área de ginecología y obstetricia se determinó la cifra exacta de pacientes que compone el universo indagando cuantas fueron ingresadas al servicio durante el periodo de Marzo 2013 a Julio 2014.

En centro quirúrgico se accedió a los datos registrados de pacientes ginecológicas quienes fueron sometidas a intervenciones quirúrgicas para resolución de prolapso de órganos pélvicos y además en el departamento de estadística se revisaron los registros de egreso de los pacientes desde Marzo 2013 a Julio 2014, de esta manera se obtuvo el número de las historias clínicas de las pacientes que fueron diagnosticadas con prolapso de órganos pélvicos y por ende el número de la muestra a estudiar; reuniendo todos estos datos estadísticos se pudo determinar un universo de 3866 pacientes y una muestra de 43 pacientes.

Posteriormente se procedió a elaborar una ficha de recolección de datos tomando en cuenta los objetivos de la, de esta manera con colaboración del

personal de estadística del hospital, se realizó la recolección de información a partir de las historias clínicas seleccionadas previamente obteniendo los datos específicos que se presentan en el presente estudio.

Análisis y tabulación

Análisis Estadístico: la tabulación análisis y presentación de resultados se realizó utilizando la estadística descriptiva con tablas de frecuencia y gráficos, en el programa operativo Excel.

6. RESULTADOS

TABLA 1

DIAGNÓSTICO DE LAS PACIENTES EN RELACION A PARTO VAGINAL

DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROLAPSO GENITAL	43	1,1%
OTROS DIAGNOSTICOS	3823	98,9%
TOTAL	3866	100,0%

Fuente: Historias clínicas ginecológicas – ficha de recolección de datos
Autor: Sonick Samaniego Armijos



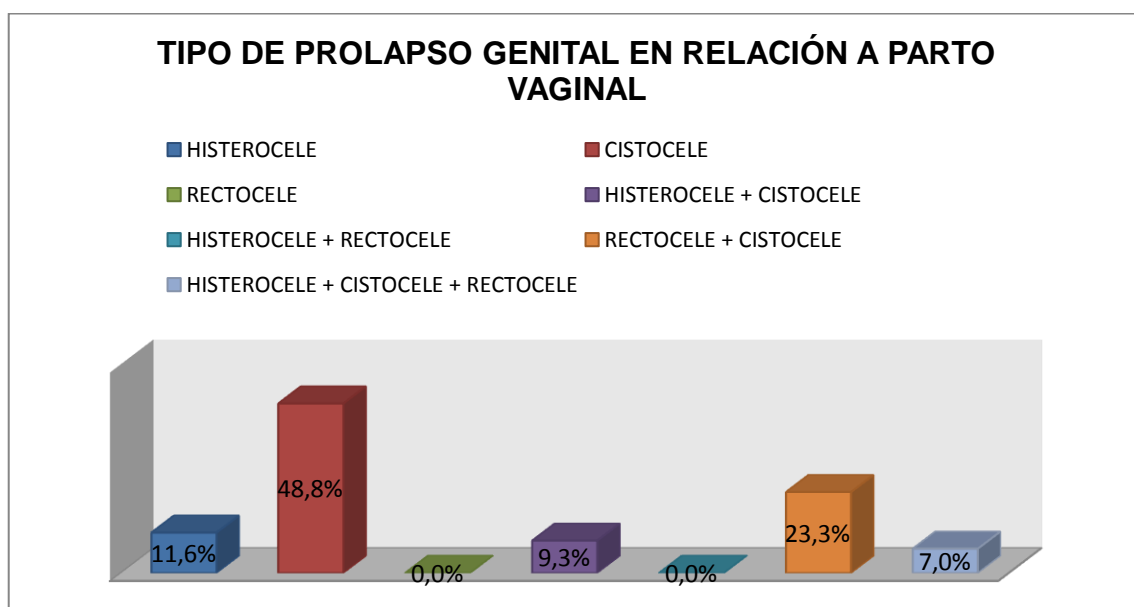
INTERPRETACIÓN: De 3866 pacientes ingresadas al servicio de ginecología y obstetricia, 43 (1,1%) presentaron de prolapso genital, mientras que 3823 (98,9%) tuvieron otros diagnósticos.

TABLA 2

TIPO DE PROLAPSO GENITAL EN RELACIÓN A PARTO VAGINAL

TIPO DE PROLAPSO GENITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HISTEROCELE	5	11,6%
CISTOCELE	21	48,8%
RECTOCELE	0	0,0%
HISTEROCELE + CISTOCELE	4	9,3%
HISTEROCELE + RECTOCELE	0	0,0%
RECTOCELE + CISTOCELE	10	23,3%
HISTEROCELE + CISTOCELE + RECTOCELE	3	7,0%
TOTAL	43	100%

Fuente: Historias clínicas ginecológicas – ficha de recolección de datos
 Autor: Sonick Samaniego Armijos



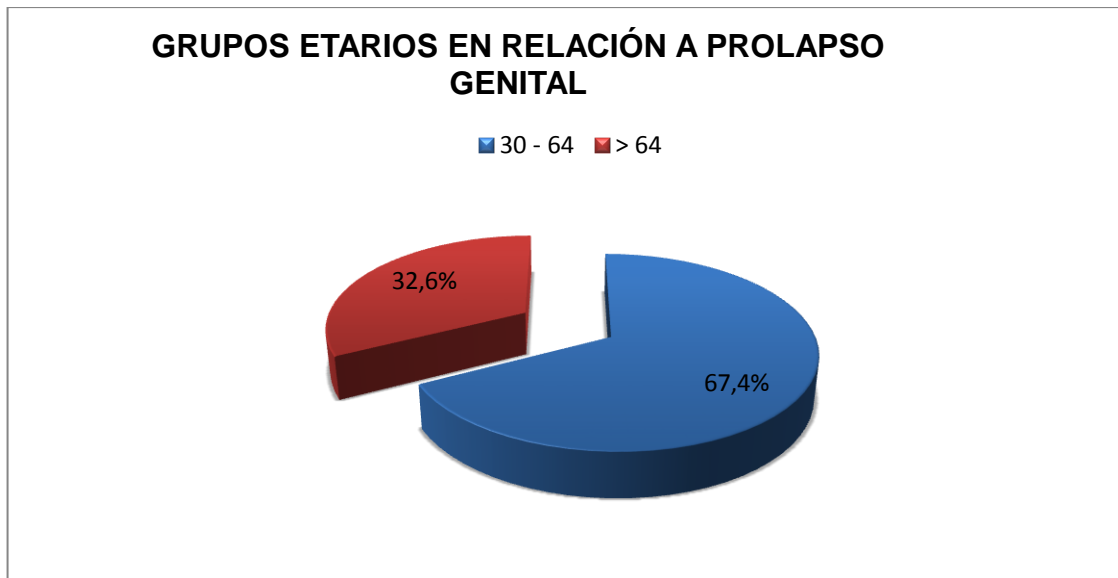
INTERPRETACIÓN: De 43 personas estudiadas, 21 casos (48,8%) presentaron cistocele, seguido de 10 casos (23,3%) que presentaron rectocele + cistocele, de igual manera 5 casos (11,6%) presentaron histerocele. cistocele con 23,3%, no se encuentra combinación de histerocele más rectocele, además se encontró un total de 7,0% con diagnóstico de histerocele, cistocele y rectocele.

TABLA 3

GRUPOS ETARIOS EN RELACIÓN A PROLAPSO GENITAL

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 - 64	29	67,4%
> 64	14	32,6%
TOTAL	43	100%

Fuente: Historias clínicas ginecológicas – ficha de recolección de datos
Autor: Sonick Samaniego Armijos



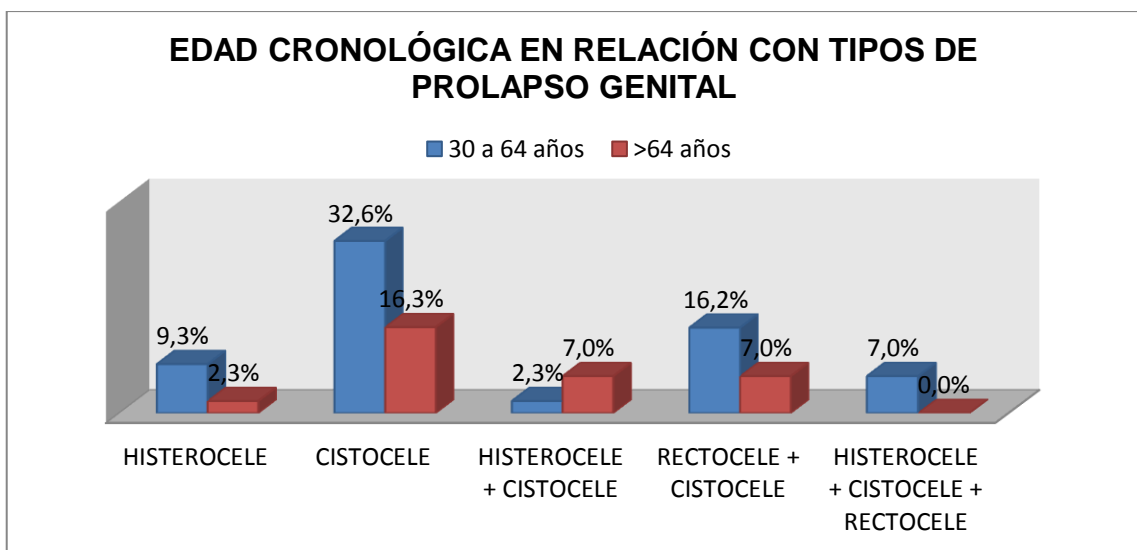
INTERPRETACIÓN: de las 43 pacientes con diagnóstico de prolapso genital 29 (67,4%) se encuentran entre 30 a 64 años, mientras que el 14(32,6%) son mayores a 64 años. La edad promedio de diagnóstico es de 62 años.

TABLA 4

EDAD CRONOLÓGICA EN RELACIÓN CON TIPOS DE PROLAPSO GENITAL

PROLAPSO GENITAL	EDAD			
	30-64 años		>64 años	
HISTEROCELE	4	9,3%	1	2,3%
CISTOCELE	14	32,6%	7	16,3%
HISTEROCELE + CISTOCELE	1	2,3%	3	7,0%
RECTOCELE + CISTOCELE	7	16,2%	3	7,0%
HISTEROCELE + CISTOCELE + RECTOCELE	3	7,0%	0	0,0%
SUBTOTAL	29	67,4%	14	32,6%
TOTAL	43	100,0%	43	100,0%

Fuente: Historias clínicas ginecológicas – ficha de recolección de datos
 Autor: Sonick Samaniego Armijos



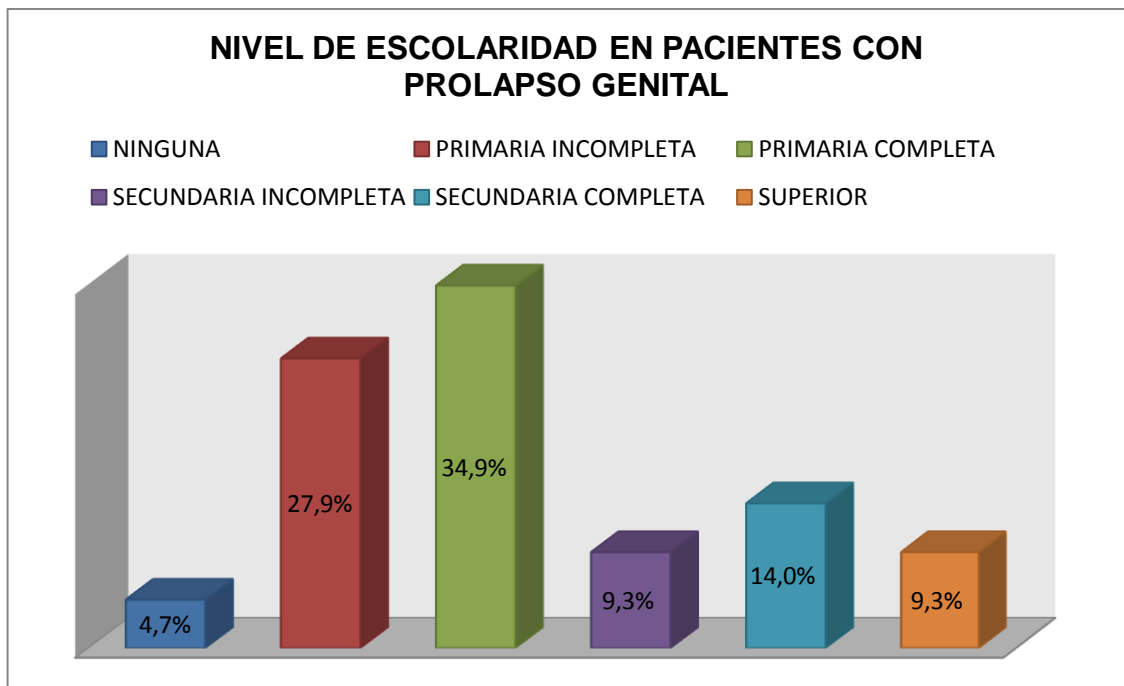
INTERPRETACIÓN: el cistocele es la patología más común tanto en mujeres de 30 a 64 años (32,6%), y en mujeres mayores a 64 años (16,3%); la combinación más frecuentes de patologías es rectocele más cistocele tanto en mujeres de 30 a 64 años (16,2%), y en mujeres mayores a 64 años (7,0%).

TABLA 5

NIVEL DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	2	4,7%
PRIMARIA INCOMPLETA	12	27,9%
PRIMARIA COMPLETA	15	34,9%
SECUNDARIA INCOMPLETA	4	9,3%
SECUNDARIA COMPLETA	6	14,0%
SUPERIOR	4	9,3%
TOTAL	43	100%

Fuente: Historias clínicas ginecológicas – ficha de recolección de datos
 Autor: Sonick Samaniego Armijos



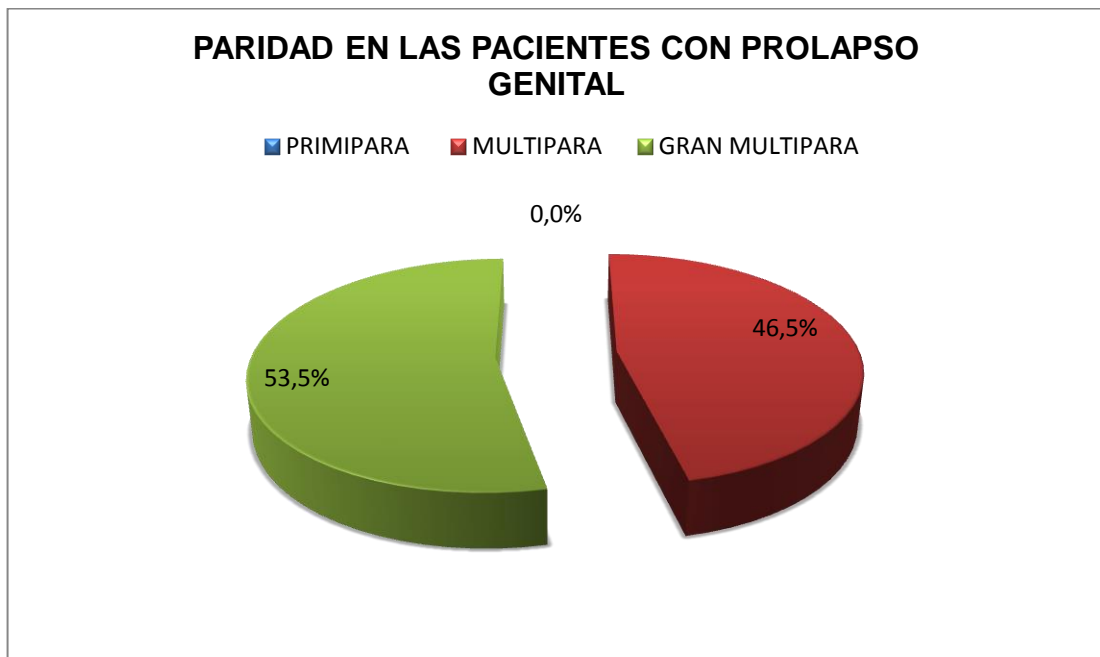
INTERPRETACIÓN: 15 pacientes (34,9%) tienen instrucción de primaria completa, seguidas de 12 (27,9%) con instrucción primaria incompleta.

TABLA 6

PARIDAD EN LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIPARA	0	0,0%
MULTIPARA	20	46,5%
GRAN MULTIPARA	23	53,5%
TOTAL	43	100%

Fuente: Historias clínicas ginecológicas – ficha de recolección de datos
Autor: Sonick Samaniego Armijos



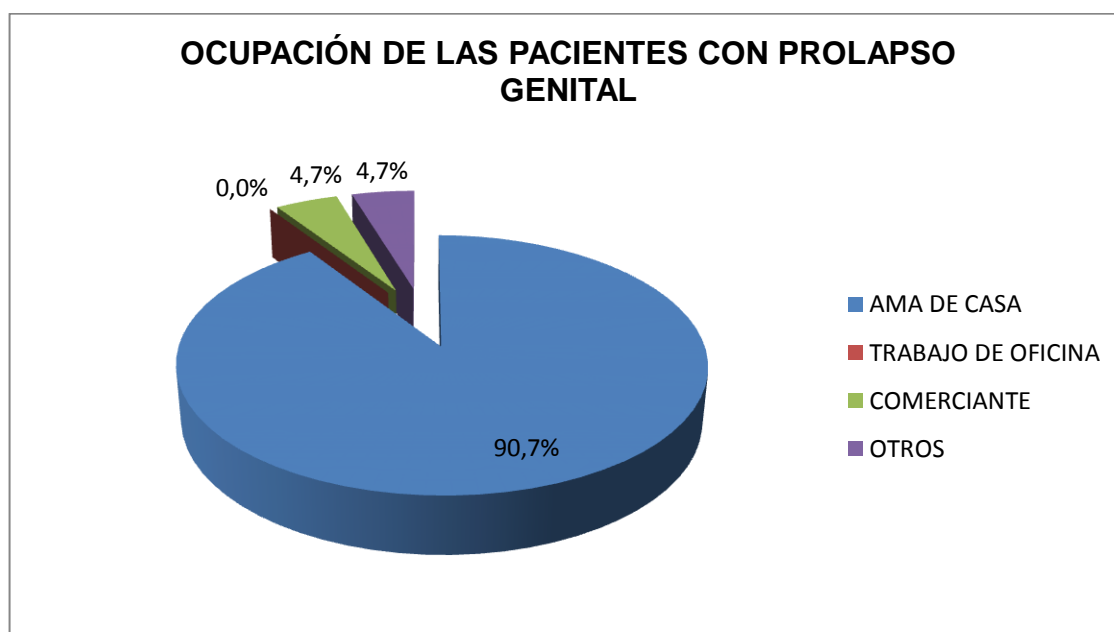
INTERPRETACIÓN: De las pacientes estudiadas 23 (53,5%) son gran multíparas, mientras que 20 (46,5%) son multíparas, no se encontraron mujeres primíparas con prolapso de órganos pélvicos.

TABLA 7

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	39	91%
TRABAJO DE OFICINA	0	0%
COMERCIANTE	2	4,70%
OTROS	2	4,70%
TOTAL	43	100%

Fuente: Historias clínicas ginecológicas – ficha de recolección de datos
 Autor: Sonick Samaniego Armijos



INTERPRETACIÓN: 39 pacientes en este estudio (90,7%) son amas de casa, seguida de 2 pacientes (4,7%) comerciantes y que realizan otras actividades, dentro del estudio ninguna de las pacientes realiza trabajo de oficina.

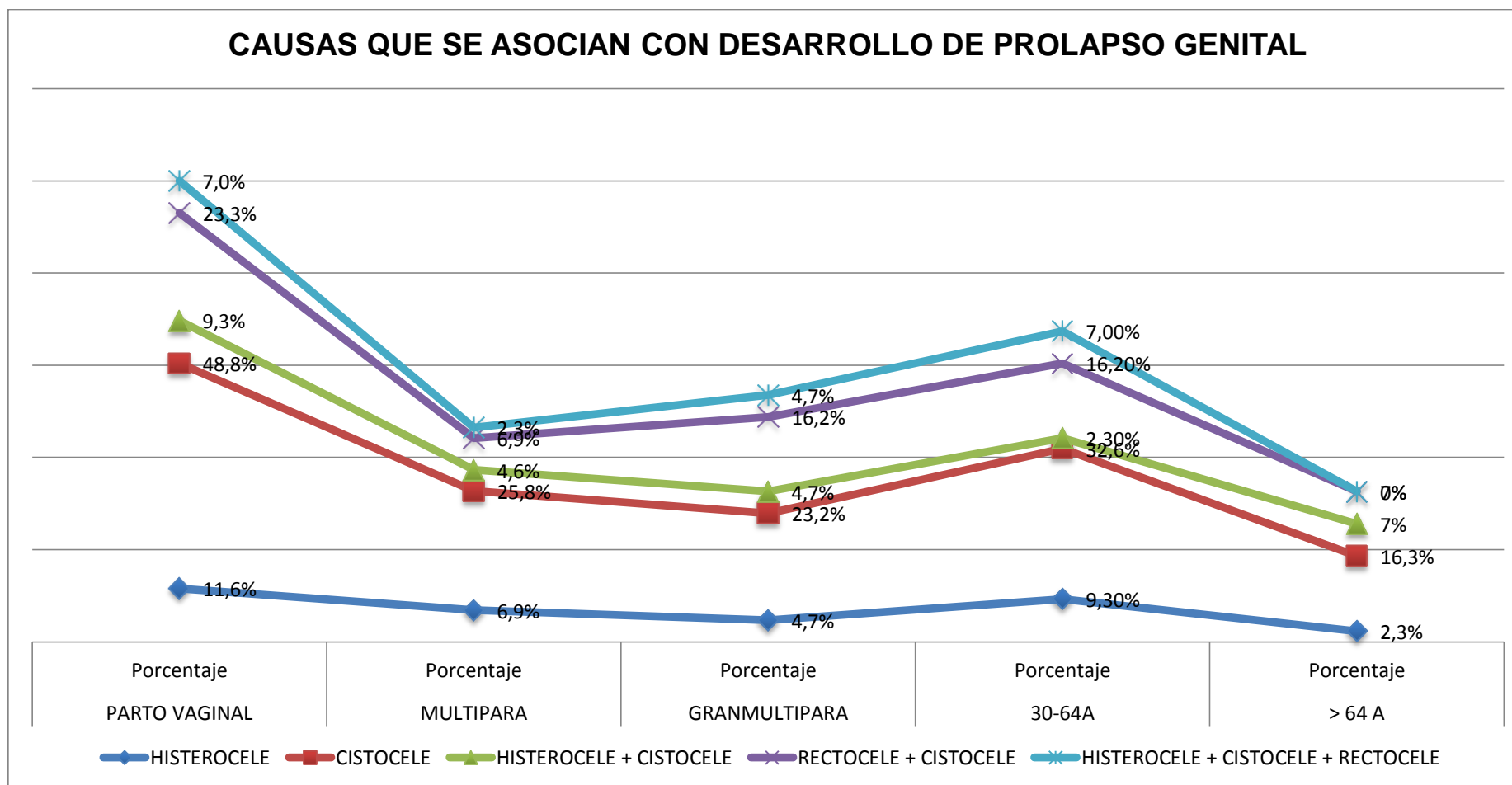
TABLA 8

CAUSAS QUE SE ASOCIAN CON DESARROLLO DE PROLAPSO GENITAL

CAUSAS	PARTO VAGINAL		PARIDAD				EDAD			
			múltipara		gran múltipara		30-64a		mayor 64	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
TIPO DE PROLAPSO										
HISTEROCELE	5	11,6%	3	6,9%	2	4,7%	4	9,3%	1	2,3%
CISTOCELE	21	48,8%	11	25,8%	10	23,2%	14	32,6%	7	16,3%
HISTEROCELE + CISTOCELE	4	9,3%	2	4,6%	2	4,7%	1	2,3%	3	7,0%
RECTOCELE + CISTOCELE	10	23,3%	3	6,9%	7	16,2%	7	16,2%	3	7,0%
HISTEROCELE + CISTOCELE + RECTOCELE	3	7,0%	1	2,3%	2	4,7%	3	7,0%	0	0,0%
SUBTOTAL	43	100,0%	20	46,5%	23	53,5%	29	67,4%	14	32,6%
TOTAL	43	100,0%	43			100,0%	43			100%

Fuente: Historias clínicas ginecológicas – ficha de recolección de datos
 Autor: Sonick Samaniego Armijos

CAUSAS QUE SE ASOCIAN CON DESARROLLO DE PROLAPSO GENITAL



INTERPRETACIÓN: El cistocele, la patología más común (48,8%), se presenta en un 25,8% en multíparas, y es más frecuente con un 32,6% en mujeres entre 30-64 años, este patrón se repite en casi todos los prolapsos; siendo distinto en el diagnóstico tripe de histerocele más cistocele más rectocele (7%), donde se presenta en un 4,7% en gran multíparas y 6,9% entre los 30 a 64 años.

7. DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos respecto al parto vaginal y el prolapso de órganos pélvicos, se encuentran datos concretos, determinando una clara relación entre ambos aspectos, ya que el 100% de personas afectadas con la patología, tuvieron partos vía vaginal; esto es ratificado por el estudio en 2005 de Alvarado, A., Calero, M., Medrano, A., & Briones, C. T. del Hospital Naval de Guayaquil, donde se encontraron 65 casos durante 6 años de estudio, concluyendo, que del total de pacientes diagnosticadas con prolapso de órganos pélvicos un 80% concluyeron su embarazo por vía vaginal.¹¹

En un estudio realizado en 2014 por Benites Medina, C. E. en el Hospital Abel Gilbert Pontón en Guayaquil en el que Se utilizó el odds ratio, Se encontró: partos vaginales OR 1.35 p de 0.04, y multiparidad OR 1.21 p de 0.043. (Entre otras variables); concluyendo que los partos vaginales y multiparidad fueron un factor de riesgo para el prolapso genital total.¹²

La obra en 2002 de García López, A. J. "Prolapso de órganos pélvicos" de la Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia, expresa que tradicionalmente se ha considerado al trabajo de parto y el parto vía vaginal como factores importantes de inicio para la aparición del prolapso de órganos pélvicos, pruebas inequívocas de la participación del parto vaginal como suceso incitante del prolapso de órganos pélvicos son el efecto protector que se obtiene como resultado de la cesárea.¹³

Tanto el estudio realizado localmente como en los traídos a discusión se correlacionan en datos cercanos y específicos, llegando a la conclusión de que el parto vaginal esta en estrecha relación al desarrollo de prolapso de órganos pélvicos; además también dentro de nuestra población de estudio se puede agregar que no se encontraron mujeres que hayan tenido prolapso de órganos pélvicos y cesáreas como método único de parto, estableciendo así un punto más de acuerdo entre estos estudios.

Referente a la edad; el prolapso de órganos pélvicos en la población en estudio encontró mujeres desde los 32 – 85 años, resultando mucho más frecuente en mujeres mayores a 50 años de edad, con un promedio de 62 años al ser diagnosticadas, demostrando que la patología se asocia a grupos etarios de edad avanzada, esto tiene una similitud con el estudio en 2005 de Alvarado, A., Calero, M., Medrano, A., & Briones, C. T. del Hospital Naval de Guayaquil, donde refleja que la edad media de presentación de prolapso de órganos pélvicos fue 57 años 8 meses.¹⁴

En un estudio realizado en 2008 por Cedillo Villamagua, A. G., Cedillo Villamagua, C. K., Coronel Aguilar, D. E., Vega Crespo, B., & Ortíz Segarra, J. en los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca genera como resultado que existe un riesgo 6.3 veces mayor en mujeres mayores a 35 años y que el climaterio incrementa el riesgo en 5.7 veces a las mujeres que no han empezado o superado esta etapa.¹⁵

Además un estudio realizado en 2006 por Leyes, S., Sonia-Kusmiruc, A., Cherey, G., Facundo-Franco, J., & Angel. M en la Universidad Nacional del Nordeste, en Argentina indica que en el diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos la edad media fue de 63.3 años con un rango de 50 a 81 años y 40 % de las pacientes tuvo entre 61 a 70 años.¹⁶

También en 2012 González Zúñiga Guillermo., C. Fuenzalida Y., Ferrada., O, Aguayo T. a través de los protocolos de derivación en ginecología del prolapso genital del servicio salud Araucanía sur en Chile manifiestan que cierto grado de descenso y relajación de la pared vaginal es considerado normal en la gran mayoría de las mujeres y el 50% de quienes tienen algún grado de relajación pélvica tendrán un prolapso, siendo más frecuente en mujeres de mayor edad, lo que determina que será más frecuente con el aumento de la expectativa de vida de la mujer.¹⁷

Todos estos datos expresados permiten avalar los resultados en la población estudiada localmente, y genera una idea clara de la edad más común para el desarrollo de estas patologías.

Concerniente a las causas asociadas; en el estudio efectuado en nuestra población, el parto (100% de las pacientes estudiadas), seguido de la edad avanzada (67,4% entre 30 – 64 años) y de la multiparidad (53,5% gran múltipara, promedio 6 partos), se convierten en los principales factores o causantes asociados para prolapso de órganos pélvicos, esto se relaciona con un estudio realizado en 2008 por Cedillo Villamagua, A. G., Cedillo Villamagua, C. K., Coronel Aguilar, D. E., Vega Crespo, B., & Ortíz Segarra, J. en los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca que determina como resultados respecto al desarrollo de prolapso de órganos pélvicos que existe un riesgo 6.3 veces mayor en mujeres mayores a 35 años. La multiparidad es un factor de riesgo 2 veces superior a la primiparidad. El parto eutócico resultó un factor de riesgo 2 veces superior para prolapso genital con respecto a la cesárea quien resultó un factor protector en comparación con el parto eutócico. El climaterio incrementa el riesgo en 5.7 veces a las mujeres que no han empezado o superado esta etapa.¹⁸

En Colombia en 1996 Monterrosa, A., Llinás, N., & Marrugo, D. registró que 102 pacientes que fueron ingresadas al Hospital Universitario de Cartagena con prolapso genital son estudiadas determinando que Edades: 32-80 años. 74.5% tenían prolapso. La paridad promedio fue de 7 partos y ninguna era nulípara.¹⁹

Además este año en las jornadas internacionales de investigación en educación y salud, llevadas a cabo en España, se socializo el estudio de Sánchez Guisado, M., Guedes Arbelo, C., Martos López denominado “patología del suelo pélvico: cómo evitar el prolapso”, dando como resultado los siguientes factores de riesgo. Paridad: El riesgo aumenta 1.2 veces por cada parto; Parto vaginal complicado: Parto gemelar, uso de fórceps, desgarro perineal, episiotomía; Edad, (menopausia), entre otras.²⁰

El estudio 2012 de Naser, M., Manríquez, V., & Gómez, M. The Oxford Family Planning en Estado Unidos, un estudio de más de 17.000 mujeres seguidas durante 17 años, encontró que, en comparación con la nuliparidad, el riesgo de ingreso hospitalario para el prolapso de órganos pélvicos aumentaba notablemente para el primer hijo (cuatro veces), el segundo (ocho veces), y

luego aumentaba con menor rapidez para los nacimientos posteriores: 9 veces para el tercero y 10 veces para el cuarto²¹, cabe recalcar, que existen más factores asociados que no se contemplan dentro de este estudio.

Estos resultados en todas las investigaciones coinciden de manera que permiten de una manera más certera especificar las causas asociadas mencionadas previamente.

8. CONCLUSIONES

Se concluye que existe una clara relación entre el parto vaginal y el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos ya que el 100% de las pacientes estudiadas tuvieron partos por vía vaginal, siendo el tipo de prolapso más frecuente el cistocele con 48.8%; de las patologías combinadas la más común es rectocele más cistocele con 23,3%.

El grupo etario afectado con más frecuencia por prolapso de órganos pélvicos se encuentra entre 30 a 64 años de edad con un 67,4%, sin embargo las pacientes mayores de 64 años son más propensas al desarrollo de histerocele más cistocele.

En base a los resultados obtenidos, se puede concluir que las principales causas asociadas para el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos son: el parto vaginal como el más importante, ya que es el factor encontrado en todas las pacientes estudiadas; La edad comprendida entre 30 a 64 años teniendo como promedio 62 años al momento de diagnóstico; y la gran multiparidad teniendo como promedio 6,3 partos; estas tres causas son principales desencadenantes para desarrollo de prolapso de órganos pélvicos.

9. RECOMENDACIONES

Se sugiere a todo el personal de salud, en especial a los médicos, que mantengan una preparación continua y eficiente para que de esta manera con el mayor conocimiento científico, médico y técnico de la atención del parto prevenir complicaciones tempranas y tardías del parto vaginal y lograr disminuir estas afecciones en nuestra población.

Se recomienda al personal de salud que impulse la actividad física y se exhorta a la población en general, a generar hábitos saludables sobre todo el ejercicio diario, para así lograr disminuir y/o atenuar problemas relacionados con el envejecimiento; a las pacientes de edad avanzada con los factores de riesgo descritos se propone realizar ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico, previniendo así el prolapso genital.

Se incentiva al personal especialista en ginecología a ofrecer tratamiento no quirúrgico como ejercicios Kegel para fortalecimiento de los músculos pélvicos y cambios en estilo de vida a pacientes con prolapsos iniciales, para evitar de la mejor manera cuadros graves de prolapso con sintomatología que interfiera con la vida diaria y finalizar en intervenciones quirúrgicas, que en la mayoría de los casos se realizan a personas de edad avanzada.

10. BIBLIOGRAFIA

1. García López, A. J. (2002). Prolapso de órganos pélvicos. *Iatreia*, 15(1), pág. 5
2. Braun, H., Rojas, I., González, F., Fernández, M., & Ortiz, J. A. (2004). Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(2), 149-156.
3. (2009). El parto - Monografias.com. Retrieved October 22, 2014, from <http://www.monografias.com/trabajos65/parto/parto.shtml>.
4. Aller, A., & PAGES, Q. (1999). Cesárea y Parto Vaginal. *Obstetricia Moderna. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 3ra. Edición;*
5. Caracas. Angelina Rivera Montiel (2011). MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO - ENEO - UNAM.
6. Roger Capmartín Salinas, Mariana Celemin GUÍA DE MANEJO PROLAPSO GENITAL PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO.
7. García López, Antonio José. "Prolapso de órganos pélvicos." *Iatreia* 15.1 (2002): pág. 56-67
8. Sola, V., Pardo, J., Ricci, P., & Guiloff, E. (2005). Mallas protésicas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital en la mujer. *Rev Med Clin Condes*, 16(3), 168-79
9. Hans Peter Dietz, MD, PhD, Rodrigo Guzmán Rojas, MD. (2013) "Diagnóstico y manejo Del prolapso de órganos pélvicos presente y futuro" Sydney Medical School Nepean, University of Sydney, Nepean Hospital, Penrith, Australia. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(2) 210-217]

10. Maher, C., Baessler, K., Glazener, C., Adams, E., & Hagen, S. (2007). Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres
11. Alvarado, A., Calero, M., Medrano, A., & Briones, C. T. (2005). Prolapso genital incidencia y casuística: Hospital Naval de Guayaquil 1995-2000. *Revista Medicina*, 10(1), 56-60.
12. Benites Medina, C. E. (2014). Factores de riesgo asociados a prolapso genital total en pacientes atendidas en Hospital Abel Gilbert Pontón entre enero del 2012 a marzo 2014.
13. García López, A. J. (2002). Prolapso de órganos pélvicos. *Iatreia*, 15(1), pág. 56-67.
14. Alvarado, A., Calero, M., Medrano, A., & Briones, C. T. (2005). Prolapso genital incidencia y casuística: Hospital Naval de Guayaquil 1995-2000. *Revista Medicina*, 10(1), 56-60.
15. Cedillo Villamagua, A. G., Cedillo Villamagua, C. K., Coronel Aguilar, D. E., Vega Crespo, B., & Ortíz Segarra, J. (2008). Factores de riesgo relacionados con distopía del piso pélvico en mujeres atendidas en los hospitales Vicente Corral y José Carrasco.
16. Leyes, S., Sonia-Kusmiruc, A., Cherey, G., Facundo-Franco, J., & Angel. M. (2006). Abordaje terapéutico de los grandes prolapsos genitales.
17. González Zúñiga Guillermo., C. Fuenzalida Y., Ferrada., O, Aguayo T. (2012). PROLAPSO GENITAL.pdf - Servicio de Salud Araucanía Sur. Retrieved October 22, 2014, from https://www.araucaniasur.cl/uploads/media/PROLAPSO_GENITAL.pdf.

18. Cedillo Villamagua, A. G., Cedillo Villamagua, C. K., Coronel Aguilar, D. E., Vega Crespo, B., & Ortíz Segarra, J. (2008). Factores de riesgo relacionados con distopía del piso pélvico en mujeres atendidas en los hospitales Vicente Corral y José Carrasco.
19. Monterrosa, A., Llinás, N., & Marrugo, D. (1996). Prolapso genital en el Hospital Universitario de Cartagena. *Rev. colomb. obstet. ginecol*, 47(4), 231-5.
20. Sánchez Guisado, M., Guedes Arbelo, C., Martos López, I. (2014). PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO: CÓMO EVITAR EL PROLAPSO. Retrieved October 22, 2014, from <http://www.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUCACIONYSALUD/Pato.pdf>.
21. Naser, M., Manríquez, V., & Gómez, M. (2012). Efectos del embarazo y el parto sobre el piso pélvico. *Medwave*, 12(03).

11. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.-Edad

30 a 64 años		> 64 años	
--------------	--	-----------	--

2.-Estado Civil:

Soltera		Unión libre		Casada		Divorciada		Viuda	
---------	--	-------------	--	--------	--	------------	--	-------	--

3.-Nivel de escolaridad

Ninguna	Primaria incompleta		Secundaria incompleta		Superior incompleta	
	Primaria completa		Secundaria completa		Superior completa	

4.-tipo de partos

Parto vaginal	
---------------	--

5.-Número de partos

Primípara		Multípara		Gran multípara	
-----------	--	-----------	--	----------------	--

6.- Presencia de prolapso de órganos pélvicos

Histerocele		Cistocele		Rectocele		Histerocele + Cistocele	+	
Histerocele + Rectocele		Rectocele + Cistocele		Histerocele + Cistocele + Rectocele				

7.- Ocupación

Ama de casa		Trabajo de oficina		Comerciante		Otros.		¿Cuál?.....
-------------	--	--------------------	--	-------------	--	--------	--	-------------

Loja, 18 de septiembre del 2014


Dr. Jorge Guapulema.

DIRECTOR ASISTENCIAL DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA

De mi consideración.

Por medio de la presente, yo **Sonick Gabriel Samaniego Armijos** con número de cédula 1900575125, egresado de la carrera de medicina humana, le solicito de la manera más comedida se me autorice el acceso a los servicios de estadística, centro quirúrgico, ginecología y obstetricia, para llevar a cabo el desarrollo de mi proyecto de tesis con el tema de: **"PARTO VAGINAL EN RELACION CON PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS, EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA, HOSPITAL ISIDRO AYORA – LOJA"** el mismo que servirá para mi titulación como profesional de la salud.

Por su amable y favorable atención a la presente anticipo mi agradecimiento.



Atentamente

Sonick Gabriel Samaniego Armijos

1900575125



**HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA
RECIBIDO**

Loja, a 18/09/2014 Hora: 18:00

Firma: Ximera T.
SECRETARIA GENERAL

Abastado
17/09/2014
AMPLIAR: 536 727-11.
Dr. Javier Cárdenas
Log. Edgar Sarango
Log. Ana Sofía
Dr. Daniel Pacheco M.
MEDICINA INTERNA
Libro 1-UM/Loja N° 1309
Esc. INSM N° 11-08-00438-0

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	2
AUTORÍA	3
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
2.1. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
4.1. PARTO NORMAL	6
4.2. Clasificación del parto según duración	6
4.2.1. Parto a término.	6
4.2.2. Parto pretérmino.	6
4.2.3. Parto postérmino.....	6
4.3. Clasificación del parto según finalización	6
4.3.1. Parto eutócico.	6
4.3.2. Parto distócico.....	7
4.5. Elementos que intervienen en la fisiología del parto	7
4.5.1. Motor	7
4.5.2. El canal del parto.....	9
4.5.5. Músculos del periné	10
4.6. MECANISMO DEL PARTO	10
4.6.1. Actitud	10
4.6.2. Situación.....	11
4.6.3. Presentación.....	11
4.7. POSICIÓN Y VARIEDAD DE POSICIÓN.....	15
4.8. MOVIMIENTOS CARDINALES DEL PARTO	15
4.8.1. Encajamiento.....	16
4.8.2. Descenso	17
4.8.3. Expulsión	18
4.9. PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	20
4.9.1. PREVALENCIA, INCIDENCIA Y REMISIÓN.....	20

4.9.2.	ETIOLOGÍA	21
4.9.4.	Componentes y sintomatología del prolapso de órganos pélvicos.....	24
4.9.4.1.	Uretrocele.....	24
4.9.4.2.	Cistocele	25
4.9.4.3.	Histerocele y prolapso de cúpula vaginal	25
4.9.4.4.	Enterocele	25
4.9.4.5.	Rectocele	25
4.9.4.6.	Desgarro perineal crónico	26
4.9.5.	Clasificación nueva y antigua.....	26
4.9.6.	Valoración clínica del prolapso de órganos pélvicos.....	27
4.9.6.1.	Incontinencia urinaria.....	28
4.9.6.2.	Síntomas miccionales irritativos	28
4.9.6.3.	Retención urinaria	28
4.9.6.4.	Incontinencia fecal.....	29
4.9.6.5.	Dificultad defecatoria y desimpactación.....	29
4.9.6.6.	Disfunción sexual.....	29
4.9.6.7.	Molestias pélvicas.....	29
4.9.7.	Valoración física del prolapso de órganos pélvicos.	30
4.9.8.	DIAGNÓSTICO.....	31
4.10.	TRATAMIENTO.....	34
5.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	37
6.	RESULTADOS	40
7.	DISCUSIÓN.....	49
8.	CONCLUSIONES	53
9.	RECOMENDACIONES	54
10.	BIBLIOGRAFIA.....	55
11.	ANEXOS	58
	ÍNDICE	60