

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared Vaginal Anterior (Cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

## Evidencias y Recomendaciones

Número de Registro  ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENTEC

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared Vaginal Anterior (Cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, México: Secretaría de Salud; 2009.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

N-81.1 Cistocele  
N-39.3 Incontinencia Urinaria por Tensión

Guía de Práctica Clínica  
Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared Vaginal Anterior  
(cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

**Autores :**

|                                |                        |   |
|--------------------------------|------------------------|---|
| Luis Antonio Caballero Leal    | Médico Gineco Obstetra | Coordinador Auxiliar de Salud Reproductiva<br>Delegación Veracruz Norte |
| Edna Cortés Fuentes            | Médico Gineco Obstetra | Médico no Familiar<br>UMAE HGO No. 4                                    |
| Julio García Baltazar          | Médico Gineco Obstetra | Jefe de Área<br>División de Apoyo a la Gestión CUMAE                    |
| Edgar Alfonso Herrerías Alfaro | Médico Gineco Obstetra | Médico no Familiar<br>HGZ No. 2-A                                       |
| María Dolores Palacios Goitia  | Médico Familiar        | Médico Familiar<br>UMF No. 2 Chihuahua, Chihuahua.                      |

**Validación :**

|   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| María Antonia Basavilvazo Rodríguez       | Gineco Obstetricia                   | Médico no familiar<br>HGO 3. Centro Médico La Raza. D.F.                         |
| Carlos Ramón Jiménez Vieyra               | Gineco Obstetricia                   | Médico no familiar<br>HGO 3. Centro Médico La Raza. D.F.                         |
| Oscar Enrique Jiménez Hernandez           | Gineco Obstetricia                   | Médico no Familiar<br>UMAE HGO No. 3 CMNR  |
| Dr. Rene Marcelo Fernando Márquez Allegre | Gineco Obstetricia<br>Uroginecología | Médico no familiar<br>UMAE HGO CMN Occidente<br>Guadalajara Delegación ,Jalisco. |

## ÍNDICE:

|  |    |
|--|----|
| 1. Clasificación .....   | 5  |
| 2. Preguntas a Responder por esta Guía .....                                     | 6  |
| 3. Aspectos Generales .....  | 7  |
| 3.1 Antecedentes .....   | 7  |
| 3.2 Justificación .....  | 8  |
| 3.3 Propósito .....  | 9  |
| 3.4 Objetivo de esta Guía .....  | 9  |
| 3.5 Definición .....   | 10 |
| 4. Evidencias y Recomendaciones .....  | 11 |
| 4.1 Prevención Secundaria .....  | 12 |
| 4.1.1 Detección y Factores de Riesgo .....                                       | 12 |
| 4.2 Diagnóstico .....  | 13 |
| 4.2.1 Diagnóstico Clínico .....  | 13 |
| 4.2.2 Pruebas Diagnósticas .....   | 15 |
| 4.3 Tratamiento .....  | 17 |
| 4.3.1 Tratamiento Conservador .....  | 17 |
| 4.3.2. Tratamiento Quirúrgico .....  | 18 |
| 4.4 Criterios de Referencia .....  | 21 |
| 4.4.1 Técnico-Médicos de Referencia .....  | 21 |
| 4.4.2 Técnico-Médicos de Contrarreferencia .....                                 | 22 |
| 4.5 Vigilancia y Seguimiento .....   | 22 |
| 4.6. Días de Incapacidad en Donde Proceda .....                                  | 23 |
| Algoritmos .....   | 24 |
| 5. Definiciones Operativas .....   | 26 |
| 6. Anexos .....  | 28 |
| 6.1 Protocolo de Búsqueda .....  | 28 |
| 6.2 Sistemas de Clasificación de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación ..... | 29 |
| 6.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad .....                               | 31 |
| 6.4 Medicamentos .....   | 33 |
| 7. Bibliografía .....  | 36 |
| 8. Agradecimientos .....   | 38 |
| 9. Comité Académico .....  | 39 |
| 10. Directorio .....   | 40 |
| 11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica .....                              | 41 |

## 1. CLASIFICACIÓN

| Registro :                                |  |
|---|--|
| PROFESIONALES DE LA SALUD                 | Medicos Familiares, Ginecólogos y Obstetras  |
| CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD            | N81.1 Cistocele<br>N39.3 Incontinencia urinaria por tensión  |
| NIVEL DE ATENCIÓN                         | Primero, Segundo y Tercer nivel de atención  |
| CATEGORÍA DE LA GPC                       | Diagnóstico<br>Tratamiento   |
| USUARIOS                                  | Personal para la salud en formación y servicio social.<br>Médico General, Médico Familiar, Médico no Familiar (Gineco Obstetra, Urólogo, Cirujano General)   |
| POBLACIÓN BLANCO                          | Mujeres con síntomas de prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y/o incontinencia urinaria de esfuerzo.  |
| INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS | Diagnóstico clínico.<br>Tratamiento médico.<br>Tratamiento quirúrgico  |
| IMPACTO ESPERADO EN SALUD                 | Referencia oportuna y efectiva.<br>Prescripción adecuada del tratamiento médico y quirúrgico.<br>Disminución en el índice de subsecuencia en consulta externa.<br>Disminución de los días de estancia hospitalaria.<br>Reducción de cuadros de recurrencia.<br>Disminución de complicaciones.<br>Satisfacción con la atención médica.<br>Mejoramiento de la calidad de vida  |
| METODOLOGÍA                               | Definición del enfoque de la GPC<br>Elaboración de preguntas clínicas<br>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia<br>Protocolo sistematizado de búsqueda<br>Revisión sistemática de la literatura<br>Búsquedas de bases de datos electrónicas<br>Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores<br>Búsqueda manual de la literatura<br>Número de Fuentes documentales revisadas: 31<br>Guías seleccionadas: _6_ del período 1999-2009_ ó actualizaciones realizadas en este período<br>Revisiones sistemáticas: 3<br>Revisiones Clínicas:20<br>Consensos: 2<br>Adopción de guías de práctica clínica Internacionales:<br>Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia<br>Construcción de la guía para su validación<br>Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías<br>Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional<br>Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones<br>Emisión de evidencias y recomendaciones |
| MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN         | Validación del protocolo de búsqueda<br>Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos<br>Validación: Instituto Mexicano del Seguro Social  |
| CONFLICTO DE INTERES                      | Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica  |
| REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN                  | REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>a partir del registro 2 a 3 años</b>  |

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo que se han asociado a la presencia del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y a la incontinencia urinaria de esfuerzo?
2. ¿Cuáles son los datos clínicos más confiables para establecer el diagnóstico del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y de la incontinencia urinaria de esfuerzo?
3. ¿Cuál es la técnica quirúrgica que da menor frecuencia de recurrencia en el prolapso de de la pared vaginal anterior (cistocele) y de la incontinencia urinaria de esfuerzo?
4. ¿Cuál es la efectividad de la fisioterapia en el alivio de los síntomas en el prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y de la incontinencia urinaria de esfuerzo?
5. ¿Cuáles son las indicaciones para el manejo conservador del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele)?
6. ¿Cuáles son los elementos clínicos para realizar el diagnóstico diferencial entre incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia urinaria de urgencia?
7. ¿Cuáles son los criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención médica de las pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y con incontinencia urinaria de esfuerzo?
8. ¿Cuáles son los criterios de contrarreferencia a segundo y primer nivel de atención médica de las pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y con incontinencia urinaria de esfuerzo?
9. ¿Cuántos días serían los recomendables para otorgar incapacidad a las pacientes sometidas a un procedimiento quirúrgico para el prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y para la incontinencia urinaria de esfuerzo?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 ANTECEDENTES

Durante los últimos años se ha producido un cambio en la filosofía del manejo del piso pélvico, con la aparición de un concepto integrador y transversal, que afecta a la fisiología, la fisiopatología y la propia definición de estas enfermedades, como una estructura integrada, que incluye la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal, el prolapso de los órganos pélvicos, las alteraciones de la percepción y del vaciamiento del tracto urinario, el estreñimiento crónico, las disfunciones sexuales y varios síndromes de dolor crónico del área vulvar y anal (Ragué JM, 2005).

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es el descenso de uno o más de los órganos pélvicos (útero, uretra, vagina, vejiga e intestino). Al prolapso de la pared vaginal anterior, dependiendo del órgano que descienda, se le conoce como cistocele cuando involucra la vejiga, uretrocele cuando se trata de la uretra y defecto paravaginal cuando incluye a la fascia pélvica (Maher C, et al, 2008).

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, clasificándose en tres tipos: de urgencia, de esfuerzo y mixta.

La incontinencia urinaria de urgencia se define como la pérdida involuntaria de orina asociada al deseo imperioso de miccionar.

La incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo, objetivamente demostrable y capaz de ocasionar un problema higiénico-social (Abrams P, et al, 2002).

La incontinencia urinaria mixta es la pérdida involuntaria de orina, asociada a esfuerzo y al deseo imperioso de miccionar.

El prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y la incontinencia urinaria de esfuerzo pueden coexistir, pero cada una presenta sintomatología específica. Sensación de cuerpo extraño en el caso de prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y pérdida involuntaria de orina al esfuerzo en el caso de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Los factores de riesgo para el prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) e incontinencia urinaria de esfuerzo incluyen: predisposición genética, multiparidad, menopausia, edad avanzada, cirugía pélvica previa, ejercicios de alto impacto, alteraciones de los tejidos conectivos, factores asociados con incremento de la presión abdominal (obesidad, constipación) y tosedoras crónicas (ACOG Practice Bulletin, 2007).

La clasificación de la severidad del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) se realiza mediante la escala propuesta por Bump (Anexo 2 y 3), durante la maniobra de Valsalva.

El diario miccional es el registro del comportamiento de la micción realizado por la paciente, es la mejor forma de obtener datos objetivos de los síntomas y los signos. En él se registran los episodios de incontinencia y/o las condiciones asociadas con éstos. La Sociedad Internacional de la Continencia, recomienda la inclusión de los diarios miccionales dentro del estudio de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, teniendo una duración promedio de 3 días (Ghoniem G, et al, 2008).

La incontinencia urinaria de esfuerzo puede deberse a dos causas: hipermovilidad uretral y deficiencia intrínseca del esfínter uretral.

El diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo se integra al demostrar la salida de orina durante la maniobra de Valsalva con vejiga llena, una vez que se haya descartado un proceso infeccioso con un urocultivo ( $<100,000$  UFC/ml); y se complementa con la prueba de Q-tip y con la medición del volumen de orina residual postmiccional.

La prueba de Q-tip consiste en introducir un hisopo estéril a través de la uretra a nivel del ángulo uretrovesical, se le dice a la paciente que puje y registra su desplazamiento en grados, siendo lo normal  $\leq 30^\circ$ . Cuando el desplazamiento es  $>30^\circ$ , se hará el diagnóstico de hipermovilidad uretral.

En ausencia de hipermovilidad uretral y presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo deberá pensarse en deficiencia intrínseca del esfínter de la uretra.

Los ejercicios de Kegel tienen como finalidad fortalecer los músculos del piso pélvico, dando un mayor soporte a la uretra, útero, vejiga e intestino. El primer paso es orientar a la paciente en cómo realizarlos; se le pide que contraiga éstos músculos en forma similar como si quisiera interrumpir el chorro de la orina. Se le dice que los realice inicialmente en sesiones de 10, manteniendo la contracción por 10 segundos, seguidos de 10 segundos de relajación. Una vez que la paciente ha podido realizar el esquema anterior, realizará sesiones de 10 a 20 contracciones rápidas intercaladas, realizando al menos 100 contracciones diarias. Realizando un tacto se localiza el musculo pubococcigeo enseñando a la paciente que es lo que debe de contraer; lo cual ayudara mediante una valoración con escala de Oxford modificada, tener una bioretroalimentación de la mejoría de la paciente por parte del medico, con mínimo de 6-8 semanas y revalorar a la paciente)

La mayoría de las pacientes que cursan asintomáticas no necesitan ningún tipo de tratamiento<sup>Bordman R, et al, 2007</sup>

### 3.2 JUSTIFICACIÓN

La finalidad de la realización de esta Guía Clínica se basa en la alta incidencia del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres de nuestro país.

La prevalencia de estas alteraciones es extremadamente alta, se ha estimado que alguna de las tres entidades más frecuentes, la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso de alguno de los órganos pélvicos puede afectar hasta un tercio de las mujeres adultas.

La prevalencia de la incontinencia urinaria parece aumentar gradualmente durante la vida adulta joven, tiene un pico amplio a la mediana edad y aumenta de manera constante en las personas de edad avanzada (ACOG Practice Bulletin, 2005).

La Organización de Naciones Unidas, estimó que en el año 2009, existirían aproximadamente 11.4 millones de mujeres en México entre 40 y 60 años, de las cuales 5.7 millones tendrían diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, ameritando el 15% tratamiento quirúrgico, lo que representaría 257,000 casos anuales (ONU, 2001).

El riesgo a lo largo de la vida de que una mujer sea operada por prolapso es de 11%, y aproximadamente un tercio requiere reintervención quirúrgica (Hott HA, 2007). Se ha estimado que los costo directos de la incontinencia urinaria en mujeres en los Estados Unidos es de 12.43 millones de dólares anualmente (ACOG Practice Bulletin, 2005); por lo anterior un diagnóstico y tratamiento oportuno en mujeres en edad y condiciones clínicas idóneas genera menor mortalidad y morbilidad quirúrgica en edades más avanzadas o en la posmenopausia la cual por deficiencia estrogénica genera mayor prevalencia de IUE . Perotta 2008, Smith 2007

### 3.3 PROPÓSITO

Establecer criterios clínicos estandarizados para un diagnóstico, tratamiento, referencia y contrarreferencia oportunos con la finalidad de disminuir la incidencia de complicaciones, el número de consultas adicionales y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

### 3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

Esta guía pone a disposición del personal del primero, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Estandarizar y difundir la clasificación internacional para el prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria.
2. Identificar las características clínicas que orientan el diagnóstico etiológico del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) e incontinencia urinaria de esfuerzo en el primer nivel de atención y su referencia oportuna a segundo y tercer nivel de atención.
3. Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica y el consenso de expertos sobre el tratamiento del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y la incontinencia urinaria de esfuerzo.

4. Contar con recomendaciones que logren disminuir la presencia de recidivas.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.5 DEFINICIÓN

**Cistocele:** prolapso de la vejiga urinaria a través de la pared vaginal anterior

**Incontinencia urinaria de esfuerzo:** pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo, objetivamente demostrable y capaz de ocasionar un problema higiénico-social

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma alfanumérica o numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

| <b>Evidencia / Recomendación</b>   | <b>Nivel / Grado</b> |
|--|----------------------|
| E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud | 2++<br>(GIB, 2007)   |

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

| <b>Evidencia / Recomendación</b>   | <b>Nivel / Grado</b>                        |
|--|---|
| E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada | la<br>[E: Shekelle]<br>Matheson et al, 2007 |

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



**EVIDENCIA**



**RECOMENDACIÓN**



**BUENA PRÁCTICA**

## 4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.1.1 DETECCIÓN Y FACTORES DE RIESGO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado  |  |
|---------------------------|--|--|
|                           | <p>Los factores de riesgo para el prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) e incontinencia urinaria de esfuerzo incluyen: predisposición genética, multiparidad, menopausia, edad avanzada, cirugía pélvica previa, ejercicios de alto impacto, alteraciones de los tejidos conectivos, factores asociados con incremento de la presión abdominal (obesidad, constipación), tosedoras y fumadoras crónicas.</p> | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Jae JM et al, 2008</p>      |
|                           | <p>Interrogar sobre la presencia de uno o más de los factores de riesgo y tratar de controlarlos y/o evitarlos.</p>  | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>McLennan MT et al, 2008</p> |
|                           |  | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Patel PD et al, 2007</p>    |
|                           |  | <p>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Jae JM et al, 2008</p>        |
|                           |  | <p>C<br/>[E: Shekelle]<br/>McLennan MT et al, 2008</p>   |
|                           |  | <p>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Patel PD et al, 2007</p>      |

## 4.2 DIAGNÓSTICO

### 4.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado   |  |
|---------------------------|---|--|
| <p><b>E</b></p>           | <p>El único síntoma específico para el prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) es la sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal.</p>   | <p>Ia<br/>(ACOG, 2007)</p>   |
| <p><b>R</b></p>           | <p>Interrogar acerca de sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal.</p>  | <p>A<br/>(ACOG, 2007)</p>  |
| <p><b>E</b></p>           | <p>La exploración física consiste en una revisión bimanual en posición ginecológica, evidenciando la protrusión de la pared vaginal anterior (cistocele) con la maniobra de Valsalva, realizándola de pie en caso de no visualizar el prolapso.</p>   | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Bordman R et al, 2007</p>                                 |
| <p><b>R</b></p>           | <p>Realizar exploración ginecológica con maniobra de Valsalva para la detección del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), repitiéndola de pie en caso de no visualizar el prolapso.</p>  | <p>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Bordman R et al, 2007</p>                                   |
| <p><b>E</b></p>           | <p>La clasificación de Baden y cols, denominada sistema de media distancia ha probado no ser del todo eficaz, se han encontrado diferencias importantes en la confiabilidad intra e interobservador.</p>  | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Guías diagnósticas de Ginecología y Obstetricia, 2008</p> |
| <p><b>E</b></p>           | <p>Actualmente el Sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos (CPOP) es más aceptado. Este sistema emplea referencias anatómicas definidas como puntos fijos de referencia y desalienta el empleo de términos imprecisos. El himen se considera el punto 0 de medición. Requiere medir 8 sitios para crear un perfil vaginal antes de asignar etapas ordinales. Se realiza bajo maniobras de esfuerzo máximo, semi-sentada en mesa de exploración ginecológica (45°) y realizando tracción de órganos (cérvix). (anexo 6.3, cuadros 1 y 2)</p> | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Guías diagnósticas de Ginecología y Obstetricia, 2008</p> |

R

Clasificar y estatificar de acuerdo al sistema CPOP el prolapso de órganos pélvicos

C  
[E: Shekelle]

Guías diagnósticas de Ginecología y Obstetricia, 2008

E

El síntoma principal de la incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina secundaria al aumento de la presión intra-abdominal ocasionada al toser, estornudar, ponerse de pie, sentarse o realizar un esfuerzo con los músculos abdominales

III  
[E: Shekelle]

Keilman LJ, 2005

R

Interrogar a las pacientes sobre la pérdida involuntaria de orina al realizar un esfuerzo y diferenciar ésta de la pérdida de orina relacionada a la urgencia miccional

C  
[E: Shekelle]

Keilman LJ, 2005

E

La exploración física de la incontinencia urinaria de esfuerzo consiste en buscar la salida de orina durante la maniobra de Valsalva o la prueba de toser.

III  
[E: Shekelle]

Chen S-H, 2007

R

Se considera un resultado positivo cuando la paciente en posición ginecológica y con vejiga llena evidencia la salida de orina a través de la uretra con la maniobra de Valsalva o al toser.

C  
[E: Shekelle]

Chen S-H, 2007

E

El diario miccional se considera un método práctico y confiable de obtención de información sobre el comportamiento de la micción, que nos ayuda a diferenciar entre incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia urinaria de urgencia.

III  
[E: Shekelle]

Chen S-H, 2007

R

Realizar un diario miccional en las pacientes con síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo.

C  
[E: Shekelle]

Chen S-H, 2007

#### 4.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado  |   |
|---------------------------|--|---|
| <p><b>E</b></p>           | <p>Las pruebas diagnósticas en las pacientes con incontinencia no solo ayudan a establecer el diagnóstico, ayudan también a decidir el tratamiento y determinar el pronóstico</p>          | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Keilman LJ, 2005</p>   |
| <p><b>E</b></p>           | <p>Los pacientes con incontinencia urinaria deberán tener una evaluación inicial con análisis de orina (EGO y cultivo) y volumen residual postmiccional</p>                                | <p>III<br/>(ACOG, 2005)</p>   |
| <p><b>E</b></p>           | <p>El volumen residual postmiccional se determina a través de la medición de la orina posterior a la micción introduciendo con una sonda urinaria a través de la uretra.</p>               | <p>III<br/>Tarnay, 2007</p>   |
| <p><b>R</b></p>           | <p>Solicitar a las pacientes con incontinencia urinaria análisis de orina (EGO y cultivo) y volumen residual postmiccional</p>   | <p>C<br/>(ACOG, 2005)</p>   |
| <p><b>E</b></p>           | <p>El análisis de orina puede realizarse por medio de tira reactiva, lo que permitirá identificar presencia de infección, glucosa, proteínas, hemoglobina u otros elementos anormales.</p> | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Keilman LJ, 2005</p>   |
| <p><b>R</b></p>           | <p>Realizar análisis de orina con tira reactiva y de acuerdo a resultado solicitar estudios complementarios</p>  | <p>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Keilman LJ, 2005</p>   |
| <p><b>E</b></p>           | <p>Un volumen residual postmiccional de 50 ml o menos es considerado como normal (&lt; 20% del volumen total de orina) referencia incontinencia urinaria</p>                               | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Keilman LJ, 2005</p>   |
| <p><b>R</b></p>           | <p>Considerar como anormal un volumen residual postmiccional mayor a 50 ml ml&lt; 20% del volumen total de orina) referencia incontinencia urinaria</p>                                    | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Montserrat España ,2004<br/>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Keilman LJ, 2005</p> |
|                           |  | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Montserrat España ,2004</p>  |

E

La prueba de cistometría no debe estar considerada como un estudio de rutina para la evaluación de la incontinencia urinaria

II-3  
(ACOG, 2005)

R

No solicitar prueba de cistometría como estudio de rutina en las pacientes con incontinencia

B  
(ACOG, 2005)

E

La prueba del Q-tip es un examen que se utiliza para orientar el diagnóstico de hipermovilidad uretral. Se realiza introduciendo en la uretra un hisopo lubricado con gel estéril y midiendo el ángulo de la uretra con el plano horizontal en reposo y ante la maniobra de valsalva. El test se considera positivo para hipermovilidad uretral cuando la excursión del ángulo es de 30° o más.

III  
[E: Shekelle]  
Granjel UJL et al, 2000

R

Realizar la prueba de Q-tip para diagnosticar incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a hipermovilidad uretral.

C  
[E: Shekelle]  
Granjel UJL et al, 2000

E

En los casos de incontinencia urinaria recidivante posterior a cirugía antiincontinencia, incontinencia asociada a dolor, hematuria, infección urinaria recurrente, síntomas asociados a disfunción de vaciamiento, irradiación pélvica, cirugía pélvica radical, sospecha de fístula, o presencia de otras anomalías tales como elevada orina residual postmiccional, prolapso de órganos pélvicos significativo, o masa pélvica la incontinencia se considera compleja y las pacientes deben de ser estudiadas mas ampliamente mediante la realización de estudios especializados (Uretrocistoscopia, Urodinamia multicanal, Videourodinamia, Electromiografía etc)

IV  
[E: Shekelle]  
Viktrup, 2005

R

Enviar a las pacientes con incontinencia urinaria compleja a estudios especializados en tercer nivel que cuente con Uretrocistoscopia, Urodinamia multicanal, Electromiografía, Videourodinamia etc.

D  
[E: Shekelle]  
Viktrup, 2005

## 4.3 TRATAMIENTO

### 4.3.1 TRATAMIENTO CONSERVADOR

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado   |  |
|---------------------------|---|--|
| <p><b>E</b></p>           | <p>La mayoría de las pacientes que cursan asintomáticas no necesitan ningún tipo de tratamiento</p>   | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Bordman R et al, 2007</p> |
| <p><b>E</b></p>           | <p>Las pruebas limitadas disponibles de Ensayos Clínicos Aleatorizados no son suficientes para proporcionar una base segura para la evaluación del valor del tratamiento conservador en mujeres con prolapso de órganos pélvicos.</p>   | <p>Ia<br/>[E: Shekelle]<br/>Hagen S et al, 2008</p>    |
| <p><b>E</b></p>           | <p>El tratamiento conservador del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) esta indicado para las pacientes con grados leves de prolapso, sin paridad satisfecha, con problemas médicos, con alto riesgo quirúrgico y para las que no desean tratamiento quirúrgico.</p>   | <p>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Díaz LMA et al, 2008</p>  |
| <p><b>R</b></p>           | <p>Considerar el tratamiento conservador en pacientes con grados leves de prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), sin paridad satisfecha, con alto riesgo quirúrgico y para las que no desean tratamiento quirúrgico.</p>  | <p>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Díaz LMA et al, 2008</p>    |
| <p><b>R</b></p>           | <p>El tratamiento conservador consiste en intervenciones físicas (ejercicios del suelo pelviano (Kegel), la estimulación eléctrica y la biorretroalimentación) e intervenciones en el estilo de vida que incluyen perdida de peso, reducción de ejercicios violentos, tratamiento del estreñimiento y disminuir el tabaquismo</p> | <p>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Díaz LMA et al, 2008</p>    |
| <p><b>E</b></p>           | <p>El fortalecimiento de los músculos del piso pélvico (ejercicios de Kegel) es un tratamiento eficaz para la mujer con incontinencia urinaria de esfuerzo.</p>   | <p>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Bordman R et al, 2007</p>   |
|                           |   | <p>Ia<br/>(ACOG, 2005)</p>                             |

**R**

Los ejercicios de Kegel se recomiendan como tratamiento no invasivo en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

A  
ACOG, 2005

**E**

La asociación del tratamiento quirúrgico del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) con los ejercicios de Kegel, proporcionan un mejor resultado que cuando se realiza únicamente el tratamiento quirúrgico.

Ila  
E: Shekelle]  
Hagen S et al, 2008

**R**

A todas las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), se les debe indicar los ejercicios de Kegel.

B  
E: Shekelle]  
Hagen S et al, 2008

**E**

El uso de un pesario es una alternativa no quirúrgica que puede considerarse en pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), principalmente cuando existe prolapso genital.

Ia  
(ACOG, 2007)

**E**

El pesario esta indicado en pacientes con prolapso sintomático que no aceptan cirugía, con problemas quirúrgicos o médicos, previa a cirugía y si existe necesidad temporal para conseguir un embarazo

III  
[E: Shekelle]  
Díaz LMA et al, 2008

**R**

Indicar un pesario a pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), que no sean candidatas a tratamiento quirúrgico.

A  
(ACOG, 2007)

#### 4.3.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

El tratamiento quirurgico se reserva para los prolapso sintomáticos

III  
(E= Shekelle)  
Elizabeth B, et Al,

**R**

Hay que pensar en tratamiento quirúrgico cuando la paciente refiere presencia evidente de un bulto vaginal con o sin incontinencia que ocasiona molestia significativa .

C  
(E= Shekelle)  
Elizabeth B, et Al,

E

Datos a largo plazo sugieren que la operación de Burch y la malla suburetral libre de tensión tienen porcentajes similares de mejoría de manera objetiva, para la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Ila  
(ACOG, 2005)

R

La selección del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo debe basarse en las características de la paciente, de la experiencia del cirujano y del grado de incontinencia.

B  
(ACOG, 2005)

E

En un estudio de seguimiento a 7 años se encontró que la colocación de malla suburetral libre de tensión con abordaje transobturador es un procedimiento efectivo y menos invasivo en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo moderada con cistocele estadios I y II

Ilb  
[E: Shekelle]  
Liapis A et al, 2008

R

Algunos autores recomiendan como tratamiento quirúrgico de elección de la incontinencia urinaria de esfuerzo moderada con cistocele estadios I y II es la colocación de malla suburetral libre de tensión con abordaje transobturador.

B  
[E: Shekelle]  
Liapis A et al, 2008

✓/R

La operación de Burch con sus modificaciones sigue siendo en la práctica clínica de primera línea en el tratamiento quirúrgica

Buena Práctica

E

El uso de un injerto de malla de poliglactina o piel de cerdo absorbible para la reparación de la pared vaginal anterior reduce el riesgo de recurrencia de prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele).

Ib  
[E: Shekelle]  
Maher C et al, 2008

R

El uso de mallas para la reparación del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) debe utilizarse en pacientes con factores de riesgo para tener recidiva de prolapso

A  
[E: Shekelle]  
Maher C et al, 2008

E

La colporrafía anterior, la uretropexia con aguja y la reparación del defecto paravaginal tienen rangos de curación menores en la incontinencia urinaria de esfuerzo que la operación de Burch.

Ila  
(ACOG, 2005)

**R**

No realizar colporrafia anterior, uretropexia con aguja y reparación del defecto paravaginal como tratamiento quirúrgico anti-incontinencia.

B  
(ACOG, 2005)

**E**

Otras alternativas quirúrgicas de mínima invasión para la IUE como lo son:

- La Uretropexia retropúbica laparoscópica y robótica
- El Sistema de Cabestrillo
- Inyecciones periuretrales (Agentes para abultar la uretra)
- Esfinter urinario artificial.

III  
[E: Shekelle]  
Takacs E. et al, 2008

III  
[E: Shekelle]  
Robinson D, et al, 2007

**E**

La Uretropexia retropúbica laparoscópica y robótica en comparación a la técnicas abiertas muestran misma eficacia clínica, sin embargo presentan menor tiempo para integrarse a sus actividades cotidianas, aunque las técnicas laparoscópicas resusltan más costosas que las técnicas abiertas.

III  
[E: Shekelle]  
Robinson D, et al, 2007

**E**

El Sistema de Cabestrillo incluye varias modalidades:

- Suspensión uretral media (SPARC)
- Procedimientos de cabestrillos Transobturadores

III  
[E: Shekelle]  
Robinson D, et al, 2007

**E**

La suspensión uretral media (SPARC) es un procedimiento en donde se reporta una tasa de curación de 90.4%, con una incidencia de perforación vesical del 10.5%

III  
[E: Shekelle]  
Robinson D, et al, 2007

**E**

Los procedimientos de cabestrillos Transobturadores (TVT-O) reportan menor eficacia para el control de la IUE en comparación con TVT retropúbica. Dentro de las complicciones de esta técnica están: Daño al nervio y vasos obturadores, lesión vesical y erosión vaginal

III  
[E: Shekelle]  
Robinson D, et al, 2007

**E**

Los agentes para abultar la uretra tiene son útiles en mujeres de edad avanzada o no candidatas de cirugía de mayor invasión, tiene como fin abultar el cuello de la vejiga para comprimirlo y evitar fuga urinaria, reportándose tasas de mejoría entre el 50 al 81% reportando bajas tasa de complicaciones.

III  
[E: Shekelle]  
Robinson D, et al, 2007

**E**

El esfínter urinario artificial está indicado cuando la cirugía convencional ha fallado. Este procedimiento se encuentra con fallas técnicas esperando mejorarla en el futuro

III  
[E: Shekelle]  
Robinson D, et al, 2007

**R**

Los procedimientos con mínima invasión son una opción útil en pacientes con alto riesgo médico quirúrgico o que no acepten los de mayor invasión.

C  
[E: Shekelle]  
Robinson D, et al, 2007

#### 4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

##### 4.4.1 TÉCNICO-MÉDICOS DE REFERENCIA

##### 4.4.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

| Evidencia / Recomendación   | Nivel / Grado               |
|---|-----------------------------|
|  <p>Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria con urocultivo negativo.</p>   | <p>✓<br/>Buena Práctica</p> |
|  <p>Pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) estadios II-IV, y aquellas con estadio I que no respondieron al tratamiento conservador.</p> | <p>✓<br/>Buena Práctica</p> |

##### 4.4.1.2. REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

| Evidencia / Recomendación  | Nivel / Grado               |
|--|-----------------------------|
|  <p>Pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante y/o con alto riesgo quirúrgico.</p>                | <p>✓<br/>Buena Práctica</p> |
|  <p>Pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) recidivante y/o con alto riesgo quirúrgico.</p> | <p>✓<br/>Buena Práctica</p> |

#### 4.4.2 TÉCNICO-MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA

##### 4.4.2.1 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

| Evidencia / Recomendación   | Nivel / Grado   |                             |
|---|---|-----------------------------|
|  | <p>Pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), con diagnóstico realizado en el segundo o tercer nivel de atención que sean candidatas a manejo conservador.</p> | <p>✓<br/>Buena Práctica</p> |
|  | <p>Pacientes que hayan sido intervenidas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), con evolución satisfactoria.</p>                                     | <p>✓<br/>Buena Práctica</p> |

#### 4.5 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

| Evidencia / Recomendación   | Nivel / Grado  |  |
|---|--|--|
|  | <p>Las pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) que estén asintomáticas o tengan síntomas leves, pueden vigilarse regularmente.</p>   | <p>III<br/>(ACOG, 2007)<br/><br/>III<br/>[E: Shekelle]<br/>Bordman R et al, 2007</p> |
|  | <p>Vigilar en forma trimestral o semestral a las pacientes que se mantienen asintomáticas o con síntomas leves de prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) en la consulta del primer nivel de atención.</p> | <p>C<br/>(ACOG, 2007)<br/><br/>C<br/>[E: Shekelle]<br/>Bordman R et al, 2007</p>     |

#### 4.6. DÍAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA

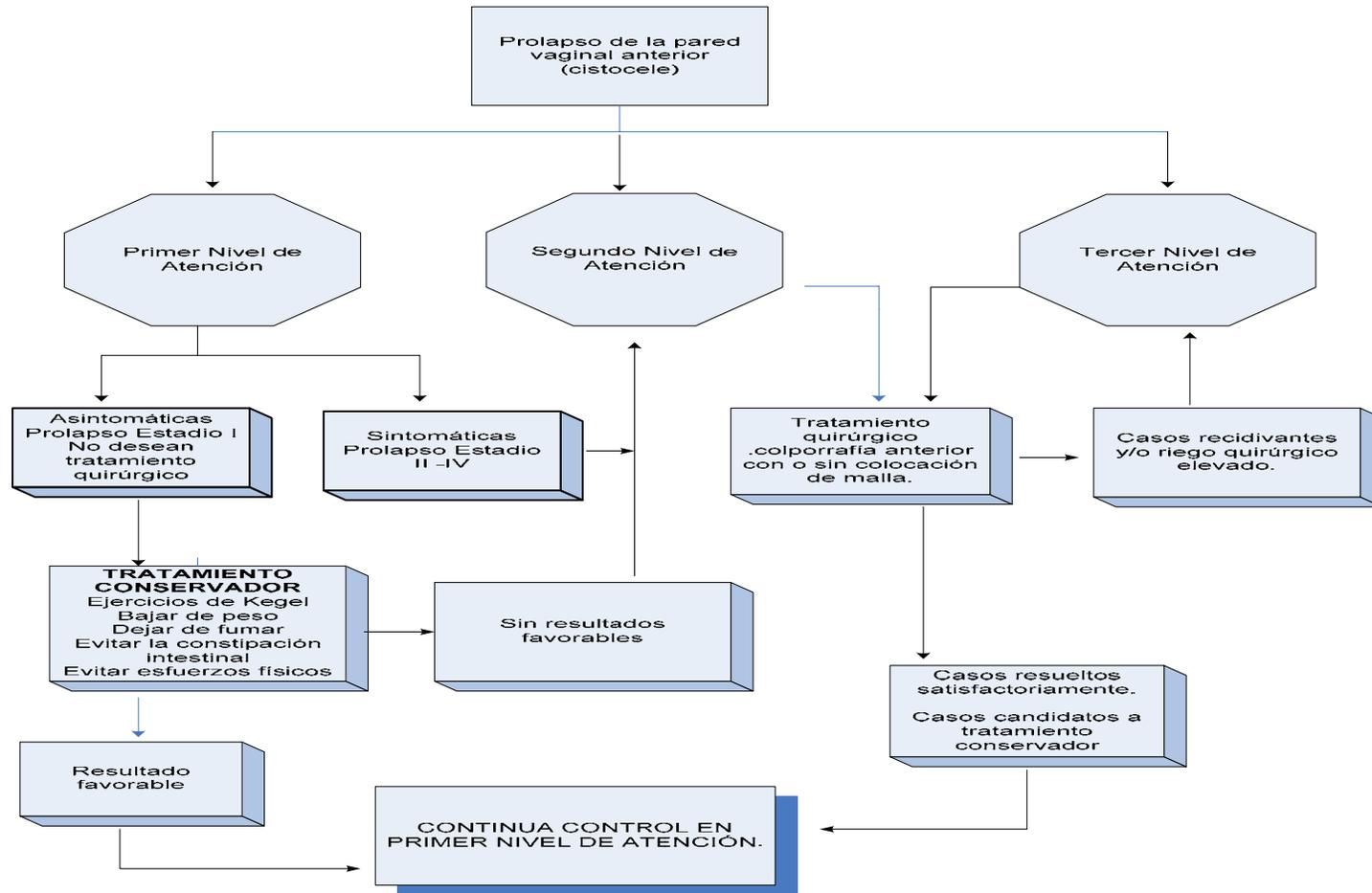
| Evidencia / Recomendación   | Nivel / Grado       |
|---|---------------------|
|  ✓/R | ✓<br>Buena Práctica |
|  ✓/R | ✓<br>Buena Práctica |

En caso de realizar operación de Burch, colporrafia anterior con o sin colocación de malla, expedir incapacidad temporal para el trabajo por un período de 21 días, con individualización de la paciente.

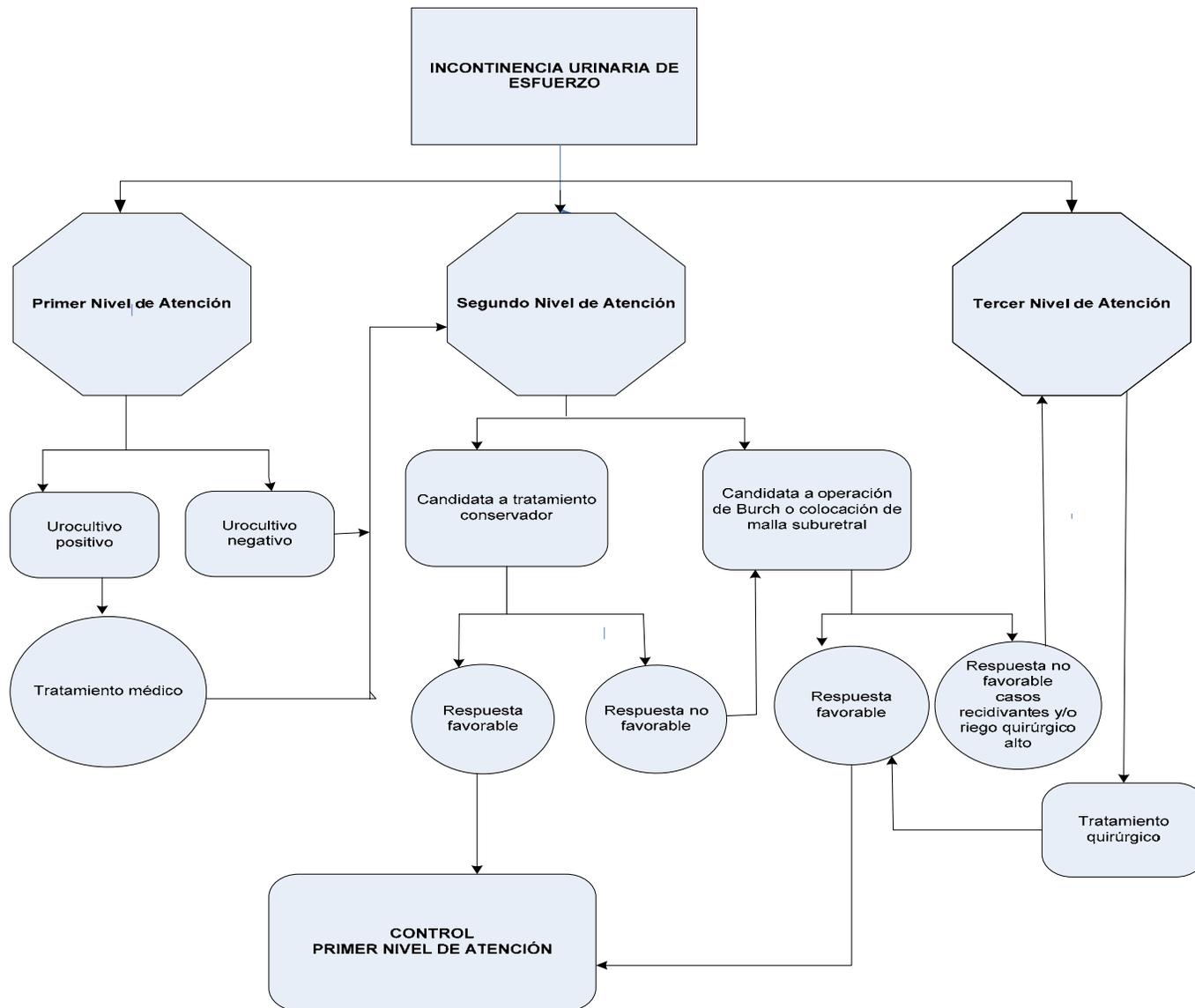
En caso de colocar una malla suburetral libre de tensión con abordaje transobturador, expedir incapacidad temporal para el trabajo por un período de 7 días.

## ALGORITMOS

### Algoritmo 1. Manejo de la paciente con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele)



Algoritmo 2. Manejo de la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo



## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Clasificación de Bump:** Escala actual para el prolapso de los órganos pélvicos aceptada por la Sociedad Internacional de Uroginecología.

**Colporrafia anterior:** Cirugía correctiva del prolapso de la pared vaginal anterior, que se realiza por vía vaginal, cuya finalidad es la plicatura de la fascia vesicovaginal para dar soporte a ésta.

**Deficiencia intrínseca del esfínter uretral:** Causa de incontinencia urinaria de esfuerzo en la cual la presión de cierre uretral en reposo es menor de 20 cm de H<sub>2</sub>O.

**Diario miccional:** Es el registro del comportamiento miccional realizado por la paciente por 3 días.

**Ejercicios de Kegel:** Serie de contracciones para el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico.

**Factor de riesgo:** Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

**Hipermovilidad uretral:** Causa de incontinencia urinaria de esfuerzo en la que la prueba de Q-tip es >30°.

**Incontinencia urinaria:** Se define como la pérdida involuntaria de orina.

**Incontinencia urinaria de esfuerzo:** Es la pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo objetivamente demostrable capaz de ocasionar un problema higiénico-social.

**Incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante:** Pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo que persiste posterior a una cirugía anti-incontinencia.

**Incontinencia urinaria de urgencia:** Es la pérdida involuntaria de orina asociada al deseo imperioso de miccionar.

**Malla suburetral libre de tensión con abordaje transobturador:** Sistema para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo vía vaginal, con abordaje transobturador con malla de polipropileno.

**Maniobra de Valsalva:** Consiste en un aumento de la presión intra abdominal en forma voluntaria (pujo).

**Operación de Burch:** Cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo por vía abdominal en la que se realiza una uretrosuspensión retropúbica.

**Prolapso de órganos pélvicos:** Es el descenso de uno o más de los órganos pélvicos (útero, vagina, vejiga, uretra e intestino) a través de la vagina.

**Prolapso de la pared vaginal anterior:** Es el descenso de la vejiga (cistocele), uretra (uretrocele) y la fascia pélvica (defecto paravaginal) en mayor o menor grado a través de la pared vaginal anterior.

**Prolapso de la pared vaginal anterior recidivante:** Es el descenso de la pared vaginal anterior que persiste posterior a una cirugía correctiva.

**Prueba de Bonney:** Maniobra que consiste en la corrección de la hipermovilidad uretral durante la maniobra de Valsalva, colocando la uretra entre los dedos índice y medio. Se considera positiva cuando se logra la continencia.

**Prueba de Q-tip:** Consiste en introducir un hisopo estéril a través de la uretra a nivel del ángulo uretro vesical, pidiéndole a la paciente que puje y registrando su desplazamiento en grados, siendo lo normal  $\leq$  a 30°.

**Tratamiento conservador:** Tratamiento no quirúrgico ni farmacológico.

**Volumen residual postmicción:** Es la cantidad de orina que permanece en la vejiga después de su vaciamiento espontáneo. Su valor normal es menor al 25% de la capacidad vesical total.

## 6. ANEXOS

### 6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y tratamiento del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) e incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) e incontinencia urinaria de esfuerzo en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron 4 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Clinical practice guidelines for the inicial management of urinary incontinence in women: a European-focused review. BJU International 2004.
2. National Guideline Clearinghouse. Pelvic organ prolapsed. American College of Obstetricians and Gynecologist . ACOG 2007.
3. National Guideline Clearinghouse. Urinary incontinence in women. American College of Obstetricians and Gynecologist . ACOG 2005.
4. Guías diagnósticas de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de órganos pélvicos. 2008

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria de esfuerzo, pelvic organ prolapsed, urinary incontinence in women, dianostic, treatment.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## 6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

### Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

**Escala de evidencia y recomendación utilizada en la guía clínica para la atención de la dispepsia funcional IMSS (shekelle).**

| <b>Categorías de la evidencia</b>  | <b>Fuerza de la recomendación</b>  |
|--|--|
| Ia. Evidencia para meta análisis de estudios clínicos aleatorizados  | A. Directamente basada en evidencia categoría I.   |
| Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado   |  |
| IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización  | B. Directamente basada en evidencia categoría II ó recomendaciones extrapoladas de evidencia I.                      |
| IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte   |  |
| III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas | C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías I ó II.  |
| IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas  | D. Directamente basada en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas, de evidencias categoría II ó III |

**Escala de evidencia y recomendaciones de la American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)**

| <b>Categoría de la evidencia</b>   | <b>Fuerza de la recomendación</b>   |
|--|---|
| Ia. Evidencia obtenida de por lo menos un ensayo clínico aleatorizado.   | A. Recomendaciones basadas en las evidencias científicas más consistentes       |
| II-1. Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad.  | B. Recomendaciones basadas en evidencias científicas limitadas o inconsistentes |
| II-2 Evidencia obtenida de un estudio analítico: cohorte o casos y controles, preferentemente de más de un centro o grupo de investigadores  |   |
| II-3. Evidencia obtenida de múltiples series de casos con o sin intervención. Deben ser considerados dentro de este tipo de evidencias resultados importantes de experimentos no controlados |   |
| III. Opinión de autoridades en el tema basados en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comité de expertos   | D. Recomendaciones basadas principalmente en consenso y opinión de expertos     |

National Guideline Clearinghouse. Pelvic Organ Prolapse. 2007

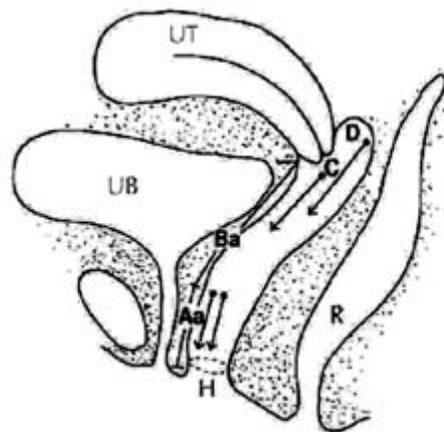
National Guidelinje Clearinghouse. Urinary incontinente in women. 2005

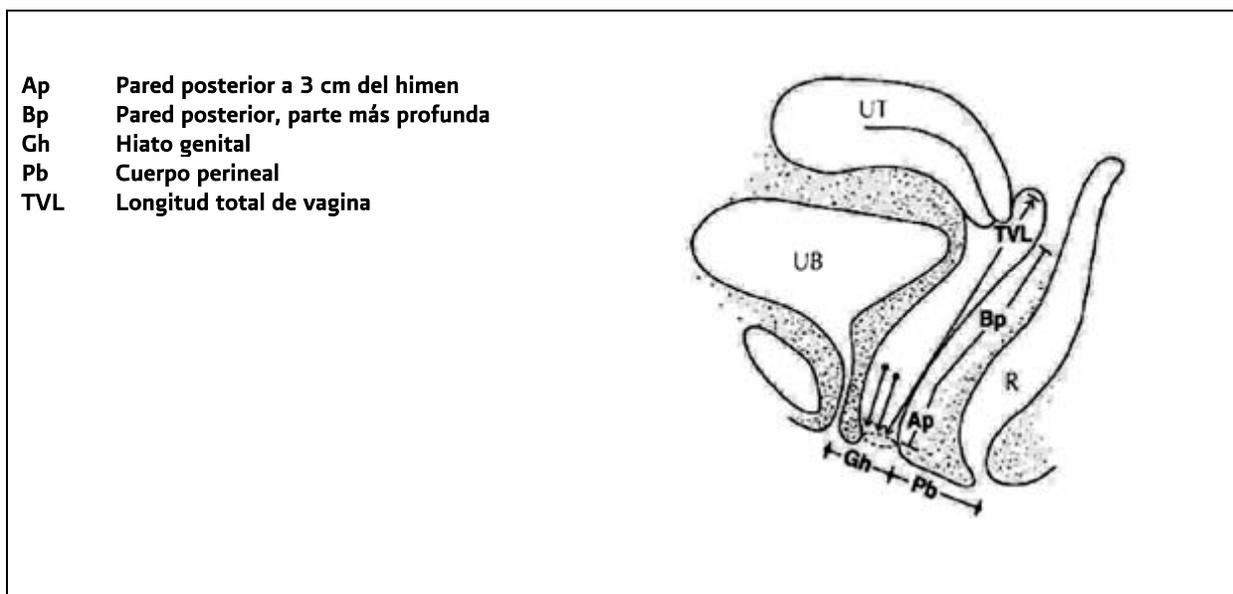
### 6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**Cuadro 1. Clasificación de acuerdo al sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Aa</b><br><br>3 cm del meato uretral sobre la línea media (-3 cm es normal) (unión uretrovesical) | <b>Ba</b><br><br>Porción más distal o inclinada de la pared vaginal anterior                      | <b>C</b><br><br>Borde más distal del cuello uterino o manguito vaginal              |
| <b>Hg</b><br><br>De la mitad del meato uretral externo a la línea media posterior del himen.         | <b>Cp</b><br><br>Distancia entre la línea media posterior himeneal al centro de la abertura anal. | <b>LVT</b><br><br>Distancia desde el himen hasta el fondo de saco vaginal posterior |
| <b>Ap</b><br><br>3 cm del himen sobre la línea media de la pared posterior vaginal                   | <b>Bp</b><br><br>Porción más distal o inclinada de la pared posterior vaginal                     | <b>D</b><br><br>Fondo de saco posterior o de Douglas.                               |

- Aa** Pared anterior a 3 cm del himen
- Ba** Pared anterior, parte más profunda
- C** Cerviz o cúpula vaginal
- D** Fondo de saco posterior
- UT** Útero
- UB** Vejiga
- H** Himen
- R** Recto





Fuente: Guías diagnósticas de ginecología y obstetricia. Prolapso de órganos pélvicos. Hospital General,

### Cuadro 2. Estadios del Prolapso de Órganos Pélvicos Propuesta por la Sociedad Internacional de Continencia de acuerdo al punto de máximo descenso (ICS)

|   |   |
|---|---|
| Los estadios se otorgan, de acuerdo al punto que presenta mayor prolapso con relación al himen. |   |
| Estadio 0   | No hay prolapso, los puntos anteriores y posteriores están en -3 cm.  |
| Estadio I   | El punto de mayor prolapso esta a 1 cm por arriba del himen (-1 cm).  |
| Estadio II  | El punto de mayor prolapso esta entre 1 cm por arriba y 1 cm por debajo del himen (entre -1 y +1 cm).                               |
| Estadio III   | El punto de mayor prolapso se localiza a más de 1 cm por debajo del himen, pero no es mayor que la longitud total de vagina - 2 cm. |
| Estadio IV  | El punto de mayor prolapso, protruye al menos la longitud total de vagina - 2 cm.   |

Fuente: Guías diagnósticas de ginecología y obstetricia. Prolapso de órganos pélvicos. Hospital General,

## 6.4 MEDICAMENTOS

**CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR (CISTOCELE) Y DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**

| Clave | Principio Activo       | Dosis recomendada                                | Presentación   | Tiempo (período de uso) | Efectos adversos   | Interacciones   | Contraindicaciones  |
|-------|------------------------|--|--|-------------------------|--|---|---|
| 4255  | Ciprofloxacino         | 500 mg cada 12 horas.                            | CAPSULA<br>Cada capsula contiene:<br>Ciprofloxacino 250 mg.<br><br>Envase con 8 tabletas.                                    | 5-7 días                | Cefalea, convulsiones, temblores, náusea, diarrea, exantema, candidiasis bucal, superinfecciones.                      | Los antiácidos reducen su absorción oral. El probenecid aumenta los niveles plasmáticos de ciprofloxacino. Con teofilina se aumentan los efectos neurológicos.  | Hipersensibilidad a quinolonas. Lactancia. Niños.   |
| 3417  | Diclofenaco            | 100 mg cada 24 horas, dosis máxima 200mg al día. | CAPSULA capsula<br>Cada capsula contiene:<br>diclofenaco 100 mg.<br><br>Envase con 20 cápsulas.                              | Durante 3 a 5 días.     | Náusea, vómito, irritación gástrica, diarrea, dermatitis, depresión, cefalea, vértigo, dificultad urinaria, hematuria. | Ácido acetyl salicílico, otros AINE, anticoagulantes se incrementan los efectos adversos.<br><br>Puede elevarse el efecto tóxico del metrotexato, litio y digoxina. Inhibe el efecto de los diuréticos e incrementa su efecto ahorrador de potasio.<br><br>Altera los requerimientos de insulina e hipoglucemiantes orales. | Hipersensibilidad al fármaco, trastornos de la coagulación, asma, úlcera péptica, insuficiencia hepática y renal, hemorragia gastrointestinal, enfermedad cardiovascular. |
| 1506* | Estrógenos conjugados* | Tres veces a la semana.                          | CREMA VAGINAL<br>Cada 100 g contienen:<br>estrógenos conjugados de origen equino 62.5 mg<br><br>Envase con 43 g y aplicador. | 6 meses                 | Ninguna.   | Ninguna.  | Hipersensibilidad al fármaco.   |

|               |   |  |  |                     |   |   |  |
|---------------|---|--|--|---------------------|---|---|--|
| 531.829.0714* | Malla<br>Sistema para corrección de la<br>incontinencia urinaria* | 1  | Envase con 1<br>sistema.   | Indefinido          | Hipersensibilidad a<br>los componentes del<br>sistema.  | Ninguna   | Infección del tracto genitourinario,<br>terapia anticoagulante, embarazo e<br>hipersensibilidad conocida.  |
| 109           | Metamizol sódico  | 1g cada 6 u 8 horas<br>por vía<br>intramuscular<br>profunda.<br><br>1 a 2 g cada 12<br>horas por vía<br>intravenosa. | SOLUCIÓN<br>INYECTABLE<br>Cada ampolleta<br>contiene:<br>Metamizol sódico 1<br>g.<br><br>Envase con 3<br>ampolletas con 2 ml.              | De 3 a 5 días       | Hipersensibilidad:<br>agranulocitosis,<br>leucopenia,<br>trombocitopenia,<br>anemia hemolítica.   | Con neurolépticos<br>puede ocasionar<br>hipotermia grave.   | Hipersensibilidad al fármaco y a<br>pirazolona. Insuficiencia renal o<br>hepática, discrasias sanguíneas, úlcera<br>duodenal.<br>Precauciones: No administrar por<br>periodos largos. Valoración<br>hematológica durante el tratamiento.<br>No se recomienda en niños. |
| 132           | Nalbufina   | 10 a 20 mg cada 4 a<br>6 horas.<br><br>Dosis máxima 160<br>mg/día.<br><br>Dosis máxima por<br>aplicación: 20 mg.     | SOLUCIÓN<br>INYECTABLE<br>Cada ampolleta<br>contiene:<br>Clorhidrato de<br>nalbufina 10 mg.<br><br>Envase con 3 ó 5<br>ampolletas de 1 ml. | 24 horas            | Cefalea, sedación,<br>náusea, vómito,<br>estreñimiento,<br>retención urinaria,<br>sequedad de la boca,<br>sudoración excesiva,<br>depresión<br>respiratoria.    | Con benzodiazepinas<br>produce depresión<br>respiratoria. Los<br>inhibidores de la<br>monoaminoxidasa<br>potencian los efectos<br>de la nalbufina.  | Hipersensibilidad al fármaco,<br>hipertensión intracraneal, insuficiencia<br>hepática y renal, inestabilidad<br>emocional.   |
| 3407          | Naproxeno   | 500 a 1500 mg en<br>24 horas.<br><br>Vía oral:<br>1-2 tabletas cada 12<br>horas.                                     | TABLETA<br>Cada tableta<br>contiene:<br>Naproxeno 250 mg.<br><br>Envase con 30<br>tabletas.  | Durante 3 a 5 días. | Náusea, irritación<br>gástrica, diarrea,<br>vértigo, cefalalgia,<br>hipersensibilidad<br>cruzada con aspirina<br>y otros<br>antiinflamatorios no<br>esteroides. | Compite con los<br>anticoagulantes orales,<br>sulfonilureas y<br>anticonvulsivantes por<br>las proteínas<br>plasmáticas.<br><br>Aumenta la acción de<br>insulinas e<br>hipoglucemiantes y los<br>antiácidos disminuyen<br>su absorción. | Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia<br>gastrointestinal, úlcera péptica,<br>insuficiencia renal y hepática, lactancia.  |
| 104           | Paracetamol   | 250-500 mg cada 4<br>ó 6 horas.  | TABLETA<br>Cada tableta<br>contiene:<br>Paracetamol 500<br>mg.<br><br>Envase con 10<br>tabletas.   | De 3 a 5 días       | Reacciones de<br>hipersensibilidad:<br>erupción cutánea,<br>neutropenia,<br>pancitopenia,<br>necrosis hepática,<br>necrosis<br>túbulo renal e<br>hipoglucemia.  | El riesgo de<br>hepatotoxicidad al<br>paracetamol aumenta<br>en pacientes<br>alcohólicos y en<br>quienes ingieren<br>medicamentos<br>inductores del<br>metabolismo como:<br>fenobarbital, fenitoína,<br>carbamazepina.                  | Hipersensibilidad al fármaco, disfunción<br>hepática e insuficiencia renal grave.<br><br>Precauciones: No deben administrarse<br>más de 5 dosis en 24 horas ni durante<br>más de 5 días.   |

**MEDICAMENTOS USADOS SOLO EN EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.**

**MATERIAL QUIRUGICO**

|              |   |  |                       |  |  |  |  |
|--------------|---|--|-----------------------|--|--|--|--|
| 060.841.0536 | Malla de poliéster<br>trenzado de 30 x 30<br>cm.                    |  | Envase con 12 piezas. |  |  |  |  |
| 060.603.0013 | Malla de polipropileno<br>anudado de 25 a 35 cm<br>x 25 a<br>35 cm. |  | Envase con 1 pieza.   |  |  |  |  |

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization of Committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynam* 2002;21:167-78.
2. Bordman R, Telner D, Jackson B, Little DA. Step by step approach to managing pelvic organ prolapse. *Canadian Family Physician* 2007;53:485-7.
3. Chen S-H. Differential diagnosis of urinary incontinence. *Tzu Chi Med J* 2007;19:53-59.
4. Díaz LMA, Gallo VJL, Carmona SM, Zuñiga LV. Es mejor mantener el útero en la patología del suelo pélvico? Actualización *Obstetricia y Ginecología* 2008:1-21.
5. Diokno AC, Borodulin G. A new vaginal speculum for pelvic organ prolapse quantification (POPO). *Int Urogynecol J* 2005;16:384-8.
6. Elizabeth B. Takacs, MD, Kathleen C. Kobashi, MD. Tratamiento mínimamente invasivo de la incontinencia urinaria de esfuerzo y del prolapso vaginal. *Clinicas Urológicas de Norteamérica* 35(2008):467-476 <http://elsevierinstituciones.com> el 15/01/2010
7. Ghoniem G, Stanford E, Kenton K, et al. Evaluation and outcome measures in the treatment of females urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *Int Urogynecol J* 2008;19:5-33.
8. Granjel UJL, Fillol CM. Manejo de la incontinencia en pacientes con prolapso pélvico. *Clínica urológicas de la Complutense* 2000;8:473-85.
9. Guías diagnósticas de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de órganos pélvicos. 2008. Disponible en [www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/.../19prolapso\\_organospelvicos.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/.../19prolapso_organospelvicos.pdf).
10. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos en mujeres (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 No. 2.
11. Hott A. Reparación del prolapso vaginal anterior con malla de prolene. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72(2):120-4.
12. <http://www.mayoclinic.com/health/kegel-exercises/W000119>.
13. Jae JM, Min ChS, Joo JH, Kwang KS, Wook BS. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse. *Gynecol Obstet Invest* 2008;66:268-273.
14. Keilman L. Urinary incontinence. Basic evaluation and management in the primary care office. *Prim Care Clin Office Pract* 2005;32:699-722.
15. Liapis A, Bakas P, Creatsas G. Long-term efficacy of tension-free vaginal tape in the management of stress urinary incontinence in women: efficacy at 5- and 7- year follow-up. *Int Urogynecol J* 2008;19:1509-12.
16. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, et al. Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 No. 2.
17. McLennan MT, Harris JK, Kariuki B, Meyer S. Family history is a risk factor for pelvic organ prolapse.
18. Monserrat Espuña Jesus Salinas *Tratado De Uroginecología "Incontinencia Urinaria"* Ed. Ars Medica Autores 2004 Barcelona Esp.
19. National Guideline Clearinghouse. Pelvic organ prolapsed. *American College of Obstetricians and Gynecologist . ACOG* 2007;110:717-29
20. National Guideline Clearinghouse. Urinary incontinence in women. *American College of Obstetricians and Gynecologist . ACOG* 2005;105:1533-45

21. Patel PD, Amrute KV, Badlani GH. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence: A review of etiological factors. *Indian Journal of Urology* 2007;23:135-41
22. Perotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW- Estrógenos para prevenir la infección urinaria recurrente en mujeres postmenopausicas. En la Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2, 2008.
23. Robinson D, Cardozo L. Incontinencia urinaria. En, *En Ginecología y Obstetricia de Dewhurst*. Editado Keith Edm ons. 7a Edición. 2007. Mc Graw Hill:504-559
24. Ragué JM. Trastornos del suelo pélvico. *Cir Esp* 2005;77(5):254-7.
25. Rodríguez Sánchez O. Incontinencia urinaria. Manual de normas y procedimientos en Ginecología. HGO "Luis Castelazo Ayala". 2005:120-9.
26. Sand PK, Dmochowski R. Analysis of the standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction. *NeuroUrol Urodynam* 2002;21:167-78.
27. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. *BMJ* 1999;3(18):593-659.
28. Smith Anthony R.B. Disfunción del piso pélvico I: Prolapso uterovaginal. En *Ginecología y Obstetricia de Dewhurst*. Editado Keith Edm ons. 7a Edición. 2007. Mc Graw Hill: 496-503
29. Takacs Elizabeth B, Kathleen C. Kobashi, MD. Tratamiento mínimamente invasivo de la incontinencia urinaria de esfuerzos y del prolapso vaginal. *Clinicas Urológicas de Norteamérica* 35 (2008):467-476
30. United Nations, Population Division, Department of Economics & Social Affairs. "World Population Prospects: The 2000 Revision" Feb., 2001.
31. Viktrup L, Summers KH, Denett SL. Clinical practice guidelines for the initial management of urinary incontinence in women: a European-focused review. *BJU Int* 2004;Supl.1:14-22.
32. Watlter Mickey M. Karram ,Uroginecología Y Cirugia Reconstructiva De La Pelvis Tercera Edicion Al Español De La Obra Orinal Del Ingles Ed. Elsevier Masson Mosby Autores Mark D.

## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

| Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS<br>NOMBRE | CARGO/ADSCRIPCIÓN  |
|--|--|
| C.P. José Antonio García Aguirre                     | Delegado<br>Delegación Estatal Chihuahua   |
| Dr. Gilberto Tena Alavez                             | Director General<br>Hospital de Gineco Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" D.F                     |
| Dr. Guillermo Jiménez Solís                          | Director Médico<br>Hospital de Gineco Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" D.F                      |
| Dr. Oscar Arturo Marínez Rodríguez                   | Director General<br>Hospital de Gineco Obstetricia No 3 "CMN "La Raza"" D.F                            |
| Dr. Elias Ahumada Ramírez                            | Director Médico<br>Hospital de Gineco Obstetricia No 3 "CMN "La Raza"" D.F                             |
| Dr. Julio Mercado Castruita                          | Jefe de Prestaciones Médicas<br>Delegación Estatal Chihuahua   |
| Dr. Luis Raúl González Alvarado                      | Director<br>UMF No 2 Chihuahua   |
| Lic. Salvador Enrique Rochin Camarena                | Delegado<br>Delegación Sur D.F.  |
| Dr. Evaristo Hinojosa Medina                         | Jefe de Prestaciones Médicas<br>Delegación Sur D.F   |
| Dr. Thomas de la Mora Chávez                         | Director<br>HGZ No 2-A Troncoso, Delegación Sur. D.F   |
| Dr. Samuel Octavio Peñalva Rosales                   | Jefe de Servicio Ginecología<br>Hospital de Gineco Obstetricia No 3 "CMN "La Raza"" D.F                |
| Lic. Juan Antonio García Aburto (encargado)          | Delegado<br>Delegación Regional Veracruz Norte   |
| Dr. Mario Ramón Muñoz Rodríguez                      | Jefe de Prestaciones Médicas<br>Delegación Regional Veracruz Norte                                     |
| Lic. Enrique   | Jefe del Centro de Documentación en Salud<br>Hospital de Gineco Obstetricia No 3 "CMN "La Raza"" D.F   |
| Srita. Laura Fraire Hernández                        | Secretaria<br>División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE                                     |
| Srita. Alma Delia García Vidal                       | Secretaria<br>División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE                                     |
| Sr. Carlos Hernández Bautista                        | Mensajería<br>División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE                                     |
| Lic. Cecilia Esquivel González                       | Edición<br>División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE<br>(Comisionada UMAE HE CMN La Raza)   |
| Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez                       | Edición<br>División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE<br>(Comisionado UMAE HO CMN Siglo XXI) |

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE**  
**División de Excelencia Clínica**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

|  |  |
|--|--|
| Dr. Alfonso A. Cerón Hernández           | Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad                         |
| Dr. Arturo Viniegra Osorio               | Jefe de División   |
| Dra. Laura del Pilar Torres Arreola      | Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica                      |
| Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores   | Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos                              |
| Dra. Rita Delia Díaz Ramos               | Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos                               |
| Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra      | Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. María Luisa Peralta Pedrero         | Coordinadora de Programas Médicos  |
| Dr. Antonio Barrera Cruz                 | Coordinador de Programas Médicos   |
| Dra. Aidé María Sandoval Mex             | Coordinadora de Programas Médicos  |
| Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro    | Coordinadora de Programas Médicos  |
| Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete   | Coordinadora de Programas Médicos  |
| Dra. Yuribia Karina Millán Gámez         | Coordinadora de Programas Médicos  |
| Dr. Carlos Martínez Murillo              | Coordinador de Programas Médicos   |
| Dra. Sonia P. de Santillana Hernández    | Comisionada a la División de Excelencia Clínica                              |
| Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez    | Comisionada a la División de Excelencia Clínica                              |
| Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez | Comisionada a la División de Excelencia Clínica                              |
| Lic. María Eugenia Mancilla García       | Coordinadora de Programas de Enfermería                                      |
| Lic. Héctor Dorantes Delgado             | Analista Coordinador   |

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

#### **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

**Secretario de Salud**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

**Director General**

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

**Director General**

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

**Titular del organismo SNDIF**

#### **Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

**Director General**

#### **Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

**Secretario de Marina**

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván

**Secretario de la Defensa Nacional**

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Secretario del Consejo de Salubridad General**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno

**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

**Titular de la Unidad de Atención Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

**Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez<br><b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>  | Presidenta                        |
| Dr. Mauricio Hernández Ávila<br><b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>  | Titular                           |
| Dr. Julio Sotelo Morales<br><b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>                      | Titular                           |
| Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg<br><b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>  | Titular                           |
| Dr. Jorge Manuel Sánchez González<br><b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>  | Titular                           |
| Dr. Octavio Amancio Chassin<br><b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>   | Titular                           |
| Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes<br><b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>                             | Titular                           |
| Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos<br><b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>     | Titular                           |
| Dr. Santiago Echevarría Zuno<br><b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>  | Titular                           |
| Dr. Carlos Tena Tamayo<br><b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>                         | Titular                           |
| Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate<br><b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>   | Titular                           |
| Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna<br><b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b> | Titular                           |
| Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci<br><b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>   | Titular                           |
| Dr. Jorge E. Valdez García<br><b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>   | Titular                           |
| Dr. Francisco Garrido Latorre<br><b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>  | Titular                           |
| Dra. Gabriela Villarreal Levy<br><b>Directora General de Información en Salud</b>   | Titular                           |
| M. en A. María Luisa González Rétiz<br><b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>  | Titular y suplente del presidente |
| Dr. Franklin Libenson Violante<br><b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>                                    | Titular 2008-2009                 |
| Dr. Luis Felipe Graham Zapata<br><b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>   | Titular 2008-2009                 |
| Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola<br><b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>                                   | Titular 2008-2009                 |
| Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero<br><b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>  | Titular                           |
| Dr. Jorge Elías Dib<br><b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>   | Titular                           |
| Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo<br><b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>   | Asesor Permanente                 |
| Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez<br><b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>                                       | Asesor Permanente                 |
| Mtro. Rubén Hernández Centeno<br><b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>  | Asesor Permanente                 |
| Dr. Roberto Simon Sauma<br><b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>   | Asesor Permanente                 |
| Dr. Luis Miguel Vidal Pineda<br><b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>   | Asesor Permanente                 |
| Dr. Esteban Hernández San Román<br><b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>                 | Secretario Técnico                |