

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

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

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENETEC**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

N-81.1 Cistocele

N-39.3 Incontinencia Urinaria por Tensión

GPC

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

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

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.

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

FACTORES DE RIESGO

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.

DIAGNÓSTICO

Prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele)

- El único síntoma específico para el prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) es la sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal.
- 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.
- El tamaño o severidad del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) puede ser medido y registrado utilizando la clasificación de Prolapso de Órganos Pélvicos

Incontinencia urinaria de esfuerzo

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

- La exploración física de la incontinencia urinaria de esfuerzo consiste en buscar la salida de orina durante la maniobra de Valsalva.
- 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.
- Realizar la prueba de Q-tip para diagnosticar incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a hipermovilidad uretral.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los pacientes con incontinencia urinaria deberán tener una evaluación inicial con análisis de orina (EGO y cultivo) y volumen residual postmiccional

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele)

- El tratamiento conservador del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) está indicado para las pacientes con grados leves de prolapso, sin paridad satisfecha, con alto riesgo quirúrgico y para las que no desean tratamiento quirúrgico.
- 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.
- El uso de un pesario es una alternativa no quirúrgica que puede considerarse en pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), sin importar el estadio.

Incontinencia urinaria de esfuerzo

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

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele)

- **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.
- 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.

Incontinencia urinaria de esfuerzo

- El tratamiento quirúrgico de elección de la incontinencia urinaria de esfuerzo moderada con cistocele leve es la colocación de malla suburetral libre de tensión con abordaje transobturador.
- No realizar colporrafia anterior, uretropexia con aguja y reparación del defecto paravaginal como tratamiento quirúrgico anti-incontinencia.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Referencia al Segundo Nivel de Atención

- Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria con urocultivo negativo.
- Pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) estadios II-IV y aquellas con estadio I que no respondieron al tratamiento conservador.

Referencia al Tercer Nivel de Atención

- Pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante y/o con alto riesgo quirúrgico.
- Pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) recidivante y/o con alto riesgo quirúrgico.

Contrareferencia al Primer Nivel de Atención

- 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.
- Pacientes que hayan sido intervenidas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), con evolución satisfactoria.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

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.

INCAPACIDAD

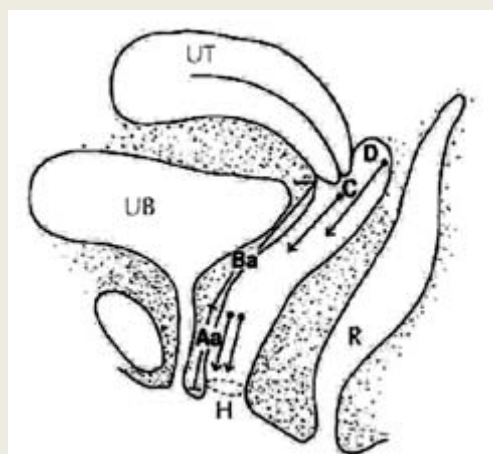
- En caso de realizar operación de Burch, colporrafia anterior con o sin colocación de malla, expedir incapacidad temporal para el trabajo por un período de 21 días, con individualización de la paciente.
- En caso de colocar una malla suburetral libre de tensión con abordaje transobturador, expedir incapacidad temporal para el trabajo por un período de 7 días.

ESCALAS

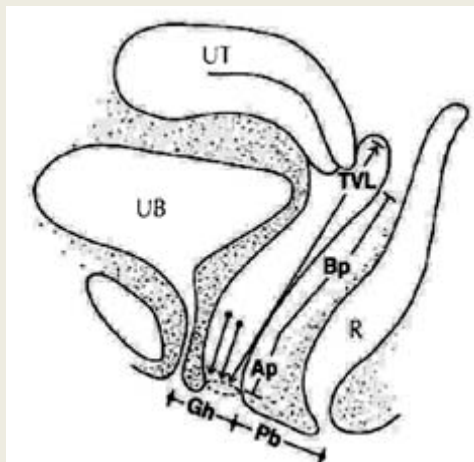
Cuadro 1. Clasificación de acuerdo al sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos

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



Ap Pared posterior a 3 cm del himen
Bp Pared posterior, parte más profunda
Gh Hiato genital
Pb Cuerpo perineal
TVL Longitud total de vagina



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

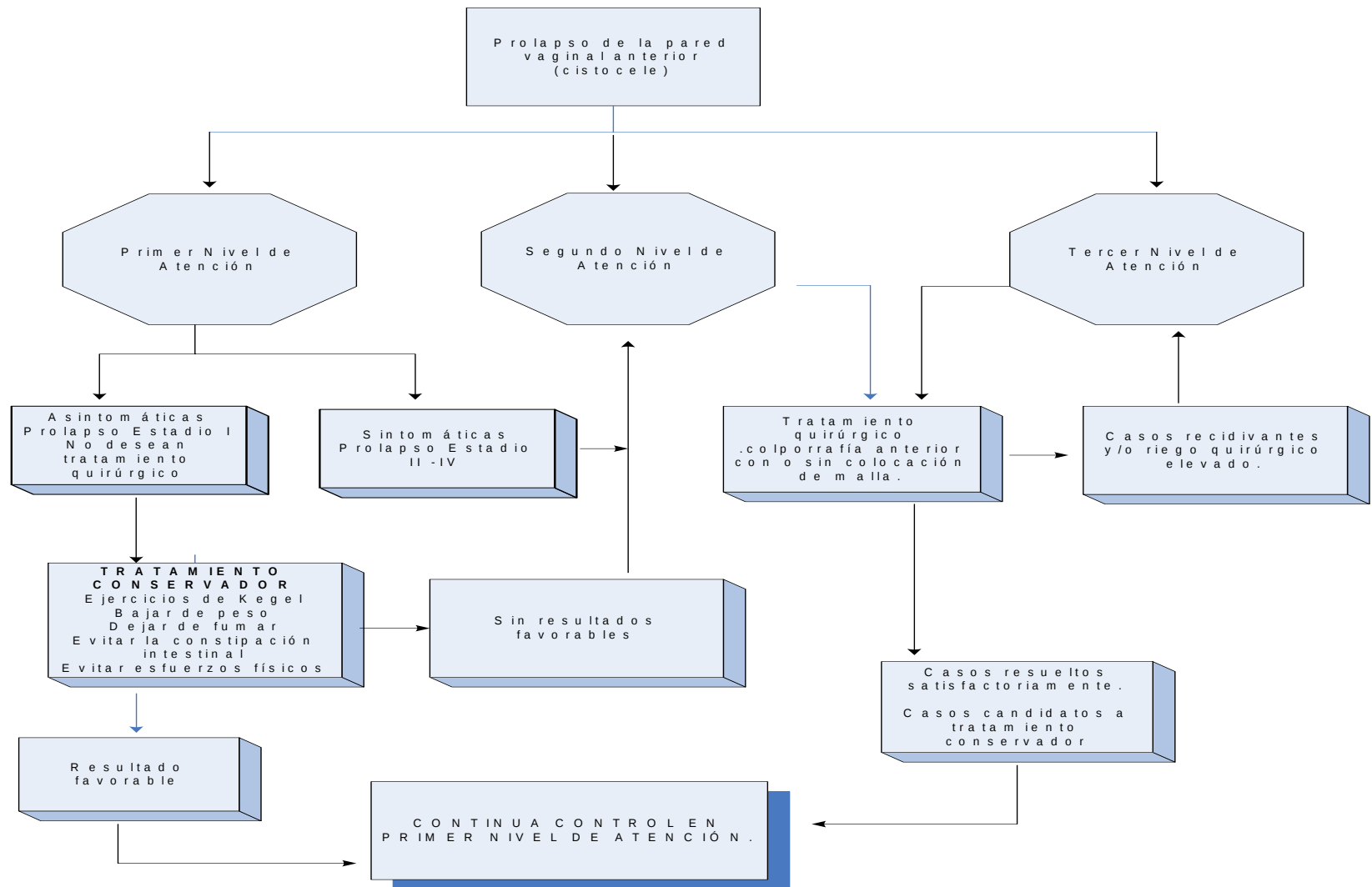
Cuadro 2. Estadios del Prolapso de Órganos Pélvicos Propuesta por la Sociedad Internacional de Continencia de acuerdo al punto de máximo descenso (ICS)

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,

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

