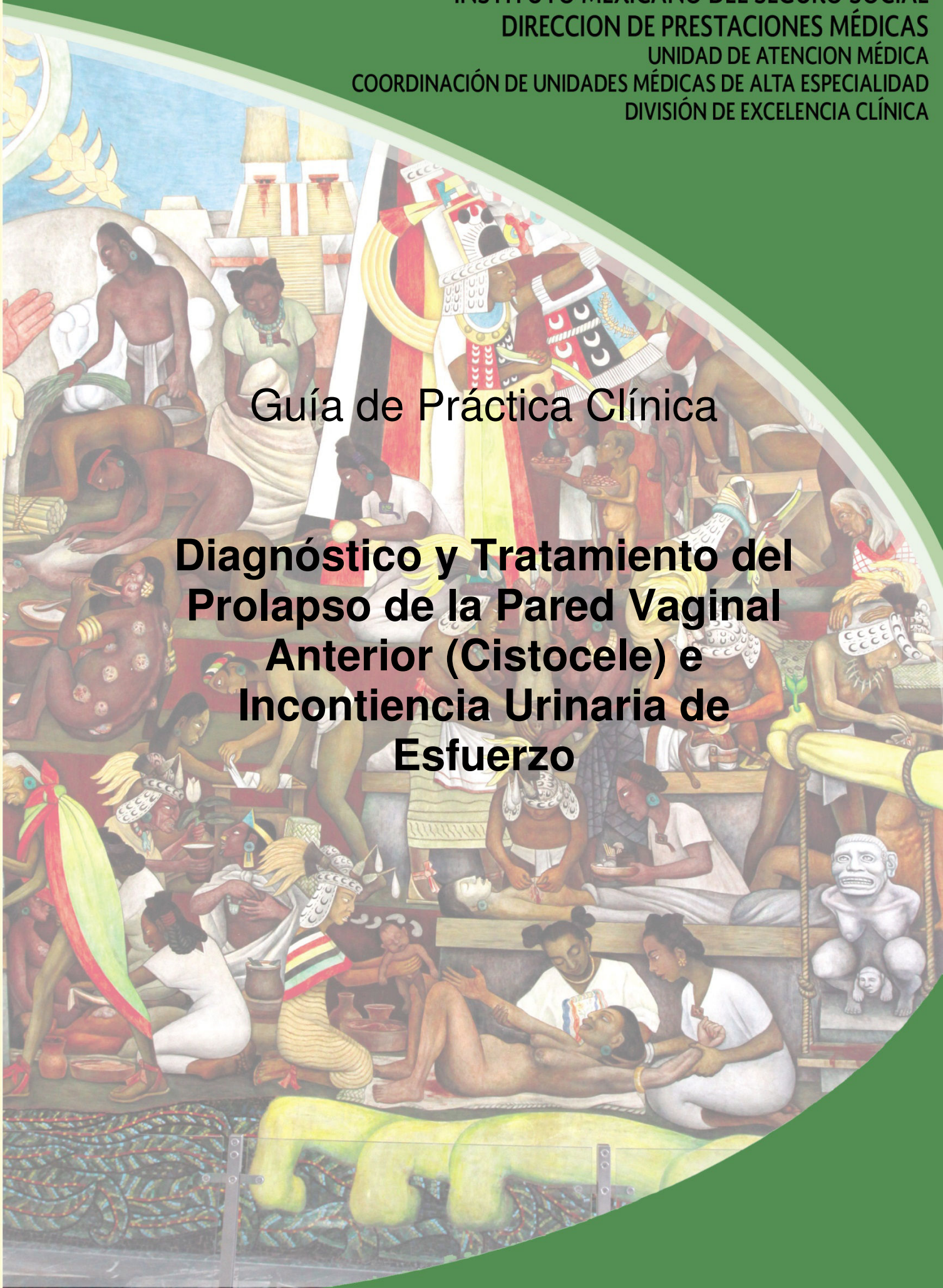


Guía de Práctica Clínica

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





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

**MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH**

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. SANTIAGO ECHEVARRÍA ZUNO**

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**DR. FERNANDO JOSÉ SANDOVAL CASTELLANOS**

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. MARIO MADRAZO NAVARRO**

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

**DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

**DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS**

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG**

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

**DR. JAVIER DAVILA TORRES**

COORDINADORA DE EDUCACIÓN

**DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ (ENCARGADA)**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ (ENCARGADO)**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

**LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE**

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

**DR. ÁLVARO JULIÁN MAR OBESO**

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

**DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE**

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

**DR. VICTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA**

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por IMSS  
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
División de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

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 de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y 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.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos. obra a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social y de los autores que participaron en su elaboración.

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; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en:  
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

**ISBN 978-607-8270-86-6**

## 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

<b>Autores:</b>			
Luis Antonio Caballero Leal	Médico Gineco Obstetra	<b>Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Coordinador Auxiliar de Salud Reproductiva Delegación Veracruz Norte
Edna Cortés Fuentes	Médico Gineco Obstetra		Médico no Familiar UMAE HGO No. 4
Julio García Baltazar	Médico Gineco Obstetra		Jefe de Área División de Apoyo a la Gestión CUMAE
Edgar Alfonso Herrerías Alfaro	Médico Gineco Obstetra		Médico no Familiar HGZ No. 2-A
María Dolores Palacios Goitia	Médico Familiar		Médico Familiar UMF No. 2 Chihuahua, Chih.
<b>Validación :</b>			
María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Médico Gineco Obstetra	<b>Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Médico no familiar HGO 3. Centro Médico La Raza. D.F.
Carlos Ramón Jimenez Vieyra	Médico Gineco Obstetra		Médico no familiar HGO 3. Centro Médico La Raza. D.F.

## Índice

1. Clasificación .....	6
2. Preguntas a Responder por esta Guía .....	7
3. Aspectos Generales .....	8
3.1 Antecedentes .....	8
3.2 Justificación .....	10
3.3 Propósito.....	10
3.4 Objetivo de esta Guía .....	11
3.5 Definición .....	11
4. Evidencias y Recomendaciones.....	12
4.1 Prevención secundaria .....	13
4.1.1 Detección y factores de riesgo .....	13
4.2 Diagnóstico .....	14
4.2.1 Diagnóstico clínico .....	14
4.2.2 Pruebas diagnósticas .....	16
4.3 Tratamiento.....	18
4.3.1 Tratamiento conservador .....	18
4.3.2 Tratamiento quirúrgico .....	19
4.4 Criterios de referencia.....	21
4.4.1 Técnico-Médicos de referencia .....	21
4.4.2 Técnico-Médicos de contrarreferencia .....	21
4.5 Vigilancia y seguimiento .....	22
4.6 Días de incapacidad en donde proceda.....	22
Algoritmos .....	23
5. Definiciones Operativas .....	25
6. Anexos .....	27
6.1 Protocolo de Búsqueda.....	27
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación.....	28
6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad .....	30
6.4 Medicamentos .....	32
7. Bibliografía .....	35
8. Agradecimientos.....	37
9. Comité Académico .....	38

# 1. Clasificación

Registro <b>IMSS-263-10</b>	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Medicina Familiar y Gineco Obstetricia.
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>N81.1 Cistocele</b> <b>N39.3 Incontinencia urinaria por tensión</b>
<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	Primero, Segundo y Tercer nivel de atención
<b>CATEGORÍA DE LA GPC</b>	Diagnóstico Tratamiento
<b>USUARIOS</b>	Personal para la salud en formación y servicio social. Médico General, Médico Familiar, Médico no Familiar (Gineco Obstetra, Urólogo, Cirujano General)
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Mujeres con síntomas de prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) y/o incontinencia urinaria de esfuerzo.
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Diagnóstico clínico. Tratamiento médico. Tratamiento quirúrgico
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Referencia oportuna y efectiva. Prescripción adecuada del tratamiento médico y quirúrgico. Disminución en el índice de subsecuencia en consulta externa. Disminución de los días de estancia hospitalaria. Reducción de cuadros de recurrencia. Disminución de complicaciones. Satisfacción con la atención médica. Mejoramiento de la calidad de vida
<b>METODOLOGÍA</b>	Adaptación, adopción de recomendaciones basadas en las guías de referencia.
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN</b>	Se llevará a cabo una validación externa por pares.
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	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
<b>Registro</b>	<b>IMSS-263-10</b>
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación: 30/06/2010. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la División de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 2º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 52 86 29 95.

## 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  $\leq$  a  $30^\circ$ . 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.

## **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).

## **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:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
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++ (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:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
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 [E: Shekelle] Matheson, 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

	<b>Evidencia</b>
	<b>Recomendación</b>
	<b>Buena Práctica</b>

## 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) y tosedoras crónicas.</p>	<p>III [E: Shekelle] Jae JM et al, 2008</p> <p>III [E: Shekelle] McLennan MT et al, 2008</p> <p>III [E: Shekelle] Patel PD et al, 2007</p>
	<p>Interrogar sobre la presencia de uno o más de los factores de riesgo y tratar de controlarlos y/o evitarlos.</p>	<p>C [E: Shekelle] Jae JM et al, 2008</p> <p>C [E: Shekelle] McLennan MT et al, 2008</p> <p>C [E: Shekelle] Patel PD et al, 2007</p>

## 4.2 Diagnóstico

### 4.2.1 Diagnóstico Clínico

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
<b>E</b>	El único síntoma específico para el prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) es la sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal.	Ia (ACOG, 2007)
<b>R</b>	Interrogar acerca de sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal.	A (ACOG, 2007)
<b>E</b>	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.	III [E: Shekelle] Bordman R et al, 2007
<b>R</b>	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.	C [E: Shekelle] Bordman R et al, 2007
<b>E</b>	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.	III [E: Shekelle] Guías diagnósticas de Ginecología y Obstetricia, 2008

<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Actualmente el Sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos (<b>CPOP</b>) 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 style="text-align: center;">III [E: Shekelle] Guías diagnósticas de Ginecología y Obstetricia, 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Clasificar y estatificar de acuerdo al sistema CPOP el prolapso de órganos pélvicos</p>	<p style="text-align: center;">C [E: Shekelle] Guías diagnósticas de Ginecología y Obstetricia, 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>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</p>	<p style="text-align: center;">III [E: Shekelle] Keilman LJ, 2005</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>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</p>	<p style="text-align: center;">C [E: Shekelle] Keilman LJ, 2005</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">III [E: Shekelle] Chen S-H, 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">C [E: Shekelle] Chen S-H, 2007</p>

<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">III [E: Shekelle] Chen S-H, 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Realizar un diario miccional en las pacientes con síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo.</p>	<p style="text-align: center;">C [E: Shekelle] Chen S-H, 2007</p>

#### 4.2.2 Pruebas diagnósticas

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
<p style="text-align: center;"><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 style="text-align: center;">III [E: Shekelle] Keilman LJ, 2005</p>
<p style="text-align: center;"><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 style="text-align: center;">III (ACOG, 2005)</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Solicitar a las pacientes con incontinencia urinaria análisis de orina (EGO y cultivo) y volumen residual postmiccional</p>	<p style="text-align: center;">C (ACOG, 2005)</p>
<p style="text-align: center;"><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 style="text-align: center;">III [E: Shekelle] Keilman LJ, 2005</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Realizar análisis de orina con tira reactiva y de acuerdo a resultado solicitar estudios complementarios</p>	<p style="text-align: center;">C [E: Shekelle] Keilman LJ, 2005</p>



<p><b>E</b></p>	<p>Un volumen residual postmiccional de 50 ml o menos es considerado como normal</p>	<p>III [E: Shekelle] Keilman LJ, 2005</p>
<p><b>R</b></p>	<p>Considerar como anormal un volumen residual postmiccional mayor a 50 ml</p>	<p>C [E: Shekelle] Keilman LJ, 2005</p>
<p><b>E</b></p>	<p>La prueba de cistometría no debe estar considerada como un estudio de rutina para la evaluación de la incontinencia urinaria</p>	<p>II-3 (ACOG, 2005)</p>
<p><b>R</b></p>	<p>No solicitar prueba de cistometría como estudio de rutina en las pacientes con incontinencia</p>	<p>B (ACOG, 2005)</p>
<p><b>E</b></p>	<p>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.</p>	<p>III [E: Shekelle] Granjel UJL et al, 2000</p>
<p><b>R</b></p>	<p>Realizar la prueba de Q-tip para diagnosticar incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a hipermovilidad uretral.</p>	<p>C [E: Shekelle] Granjel UJL et al, 2000</p>

## 4.3 Tratamiento

### 4.3.1 Tratamiento conservador

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	La mayoría de las pacientes que cursan asintomáticas no necesitan ningún tipo de tratamiento	III [E: Shekelle] Bordman R et al, 2007
E	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.	Ia [E: Shekelle] Hagen S et al, 2008
E	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.	III [E: Shekelle] Díaz LMA et al, 2008
R	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.	C [E: Shekelle] Díaz LMA et al, 2008
R	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	C [E: Shekelle] Díaz LMA et al, 2008  C [E: Shekelle] Bordman R et al, 2007
E	El fortalecimiento de los músculos del piso pélvico (ejercicios de Kegel) es un tratamiento eficaz para la mujer con incontinencia urinaria de esfuerzo.	Ia (ACOG, 2005)

<b>R</b>	Los ejercicios de Kegel se recomiendan como tratamiento no invasivo en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.	A ACOG, 2005
<b>E</b>	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
<b>R</b>	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
<b>E</b>	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.	Ia (ACOG, 2007)
<b>E</b>	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
<b>R</b>	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	
<b>E</b>	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)

<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>La selección del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo debe basarse en las características de la paciente y la experiencia del cirujano.</p>	<p style="text-align: center;">B (ACOG, 2005)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>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 leve</p>	<p style="text-align: center;">IIb [E: Shekelle] Liapis A et al, 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">B [E: Shekelle] Liapis A et al, 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>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).</p>	<p style="text-align: center;">Ib [E: Shekelle] Maher C et al, 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>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</p>	<p style="text-align: center;">A [E: Shekelle] Maher C et al, 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">IIa (ACOG, 2005)</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>No realizar colporrafía anterior, uretropexia con aguja y reparación del defecto paravaginal como tratamiento quirúrgico anti-incontinencia.</p>	<p style="text-align: center;">B (ACOG, 2005)</p>



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


#### 4.4.1.2 Referencia al tercer nivel de atención

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



### 4.4.2 Técnico-Médicos de contrarreferencia

#### 4.4.2.1 Contrarreferencia al primer nivel de atención



Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	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.	✓ Buena Práctica

	<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 style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>
---	---	---

#### 4.5 Vigilancia y seguimiento

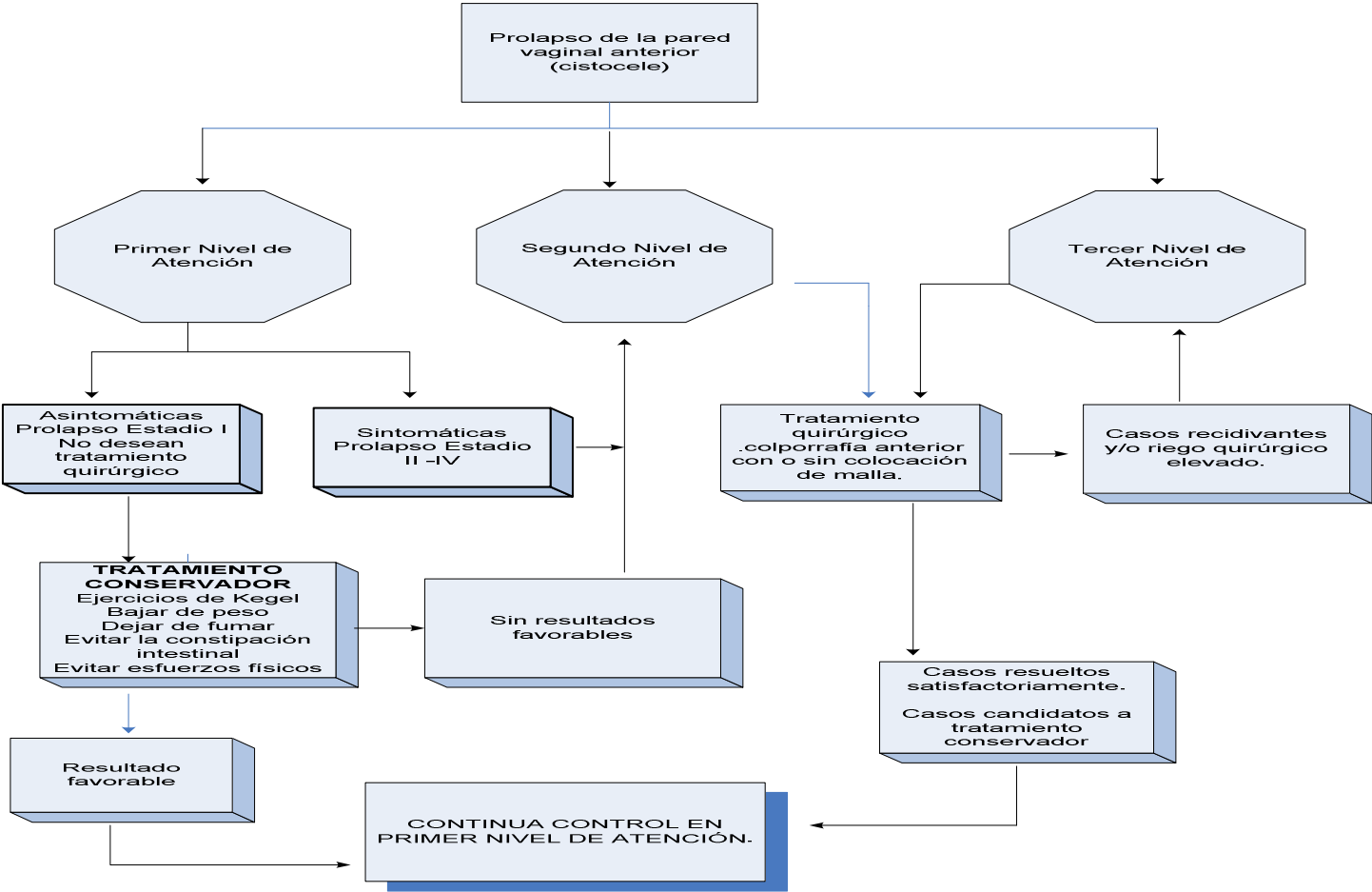
Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>Las pacientes con prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) que estén asintomáticas o tengan síntomas leves, pueden vigilarse regularmente.</p>	<p style="text-align: center;">III (ACOG, 2007)  III [E: Shekelle] Bordman R et al, 2007</p>
	<p>Vigilar 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 style="text-align: center;">C (ACOG, 2007)  C [E: Shekelle] Bordman R et al, 2007</p>

#### 4.6 Días de incapacidad en donde proceda

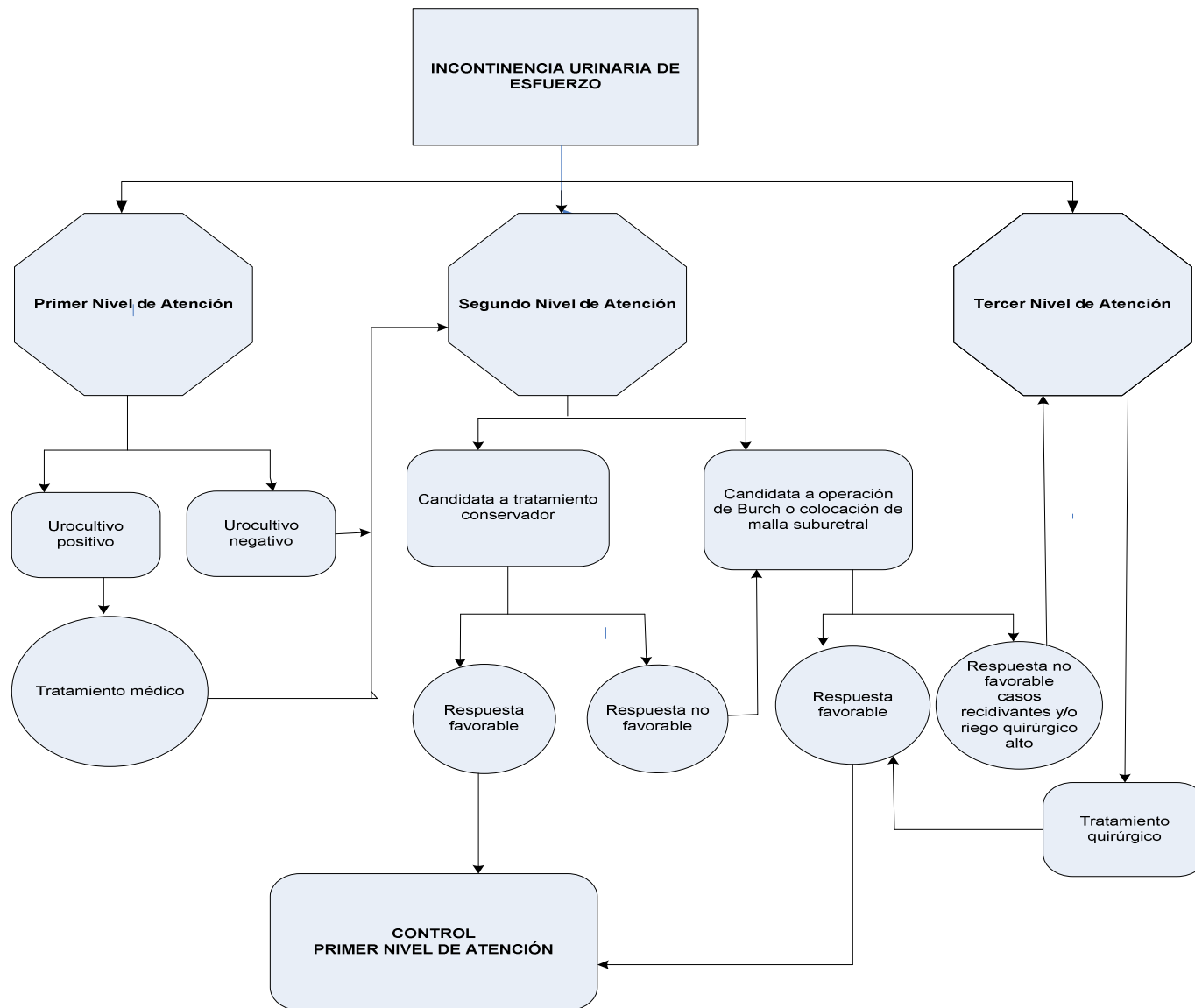
Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>En caso de realizar operación de Burch, colporrafia anterior con o sin colocación de malla, expedir incapacidad temporal para el trabajo por un período de 21 días, con individualización de la paciente.</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>
	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>

# 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<sup>1</sup>. 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>
la. Evidencia para meta análisis de estudios clínicos aleatorizados	A. Directamente basada en evidencia categoría I.
lb. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado	
Ila. 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>
<b>Ia.</b> Evidencia obtenida de por lo menos un ensayo clínico aleatorizado.	<b>A.</b> Recomendaciones basadas en las evidencias científicas más consistentes
<b>II-1.</b> Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad.	<b>B.</b> Recomendaciones basadas en evidencias científicas limitadas o inconsistentes
<b>II-2</b> Evidencia obtenida de un estudio analítico: cohorte o casos y controles, preferentemente de más de un centro o grupo de investigadores	
<b>II-3.</b> 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	
<b>III.</b> Opinión de autoridades en el tema basados en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comité de expertos	<b>D.</b> Recomendaciones basadas principalmente en consenso y opinión de expertos

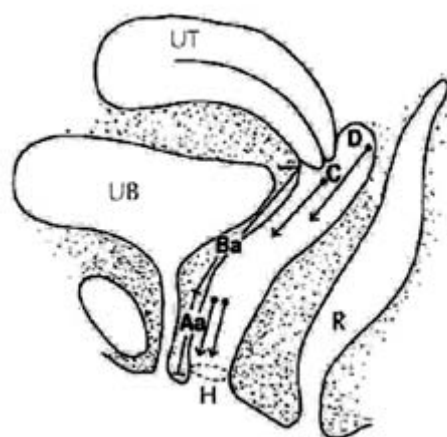
National Guideline Clearinghouse. Pelvic Organ Prolapse. 2007  
 National Guidelinje Clearinghouse. Urinary incontinente in women. 2005

### 6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad

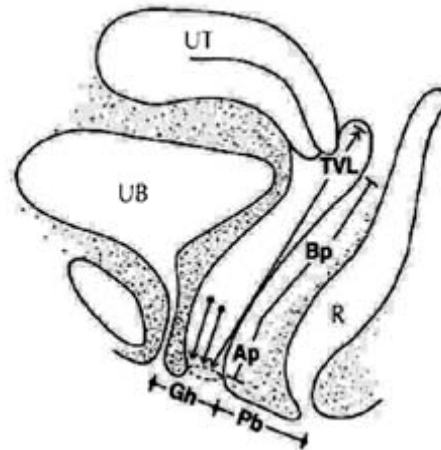
**Cuadro 1. Clasificación de acuerdo al sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos**

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

## 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 Cada capsula contiene: Ciprofloxacino 250 mg.  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 Cada capsula contiene: diclofenaco 100 mg.  Envase con 20 cápsulas.	Durante 3 a 5 días.	Náusea, vómito, irritación gástrica, diarrea, dermatitis, depresión, cefalea, vértigo, dificultad urinaria, hematuria.	Ácido acetil salicílico, otros AINE, anticoagulantes se incrementan los efectos adversos.  Puede elevarse el efecto tóxico del metotrexato, litio y digoxina. Inhibe el efecto de los diuréticos e incrementa su efecto ahorrador de potasio.  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.



Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1506*	Estrógenos conjugados*	Tres veces a la semana.	CREMA VAGINAL Cada 100 g contienen: estrógenos conjugados de origen equino 62.5 mg  Envase con 43 g y aplicador.	6 meses	Ninguna.	Ninguna.	Hipersensibilidad al fármaco.
531.829.0714*	Malla Sistema para corrección de la incontinencia urinaria*	1	Envase con 1 sistema.	Indefinido	Hipersensibilidad a los componentes del sistema.	Ninguna	Infección del tracto genitourinario, terapia anticoagulante, embarazo e hipersensibilidad conocida.
109	Metamizol sódico	1g cada 6 u 8 horas por vía intramuscular profunda.  1 a 2 g cada 12 horas por vía intravenosa.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Metamizol sódico 1 g.  Envase con 3 ampolletas con 2 ml.	De 3 a 5 días	Hipersensibilidad : agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica.	Con neurolépticos puede ocasionar hipotermia grave.	Hipersensibilidad al fármaco y a pirazolona. Insuficiencia renal o hepática, discrasias sanguíneas, úlcera duodenal. Precauciones: No administrar por periodos largos. Valoración hematológica durante el tratamiento. No se recomienda en niños.
132	Nalbufina	10 a 20 mg cada 4 a 6 horas.  Dosis máxima 160 mg/día.  Dosis máxima por aplicación: 20 mg.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Clorhidrato de nalbufina 10 mg.  Envase con 3 ó 5 ampolletas de 1 ml.	24 horas	Cefalea, sedación, náusea, vómito, estreñimiento, retención urinaria, sequedad de la boca, sudoración excesiva, depresión respiratoria.	Con benzodiazepinas produce depresión respiratoria. Los inhibidores de la monoaminoxidasa potencian los efectos de la nalbufina.	Hipersensibilidad al fármaco, hipertensión intracraneal, insuficiencia hepática y renal, inestabilidad emocional.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
3407	Naproxeno	500 a 1500 mg en 24 horas.  Vía oral: 1-2 tabletas cada 12 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Naproxeno 250 mg.  Envase con 30 tabletas.	Durante 3 a 5 días.	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas.  Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
<u>104</u>	Paracetamol	250-500 mg cada 4 ó 6 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Paracetamol 500 mg.  Envase con 10 tabletas.	De 3 a 5 días	Reacciones de hipersensibilidad : erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulorrenal e hipoglucemia.	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina.	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave.  Precauciones: No deben administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni durante más de 5 días.

\* Medicamentos usados solo en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

NO QUEDA CLARO SI ESTA EN CUADRO BASICIO LA MALLA PUES EN TABLA DE MEDICAMENTOS ESTA OTRA CLAVE. EN CUADRO DE MEDICAMENTOS, NO QUEDA CLARO SI LA MALLA SE ENCUENTRA EN EL CUADRO BASICO INTRA A INTERINSTITUCIONAL

## 7. Bibliografía

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.

Bordman R, Telner D, Jackson B, Little DA. Step by step approach to managing pelvic organ prolapse. *Canadian Family Physician* 2007;53:485-7.

Chen S-H. Differential diagnosis of urinary incontinence. *Tzu Chi Med J* 2007;19:53-59.

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.

Diokno AC, Borodulin G. A new vaginal speculum for pelvic organ prolapse quantification (POPQ). *Int Urogynecol J* 2005;16:384-8.

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.

Granjel UJL, Fillol CM. Manejo de la incontinencia en pacientes con prolapso pélvico. *Clínica urológicas de la Complutense* 2000;8:473-85.

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).

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.

Hott A. Reparación del prolapso vaginal anterior con malla de prolene. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72(2):120-4.

<http://www.mayoclinic.com/health/kegel-exercises/WO00119>.

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.

Keilman L. Urinary incontinence. Basic evaluation and management in the primary care office. *Prim Care Clin Office Pract* 2005;32:699-722.

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.

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.

McLennan MT, Harris JK, Kariuki B, Meyer S. Family history is a risk factor for pelvic organ prolapse.

National Guideline Clearinghouse. Pelvic organ prolapsed. *American College of Obstetricians and Gynecologist . ACOG* 2007;110:717-29

National Guideline Clearinghouse. Urinary incontinence in women. *American College of Obstetricians and Gynecologist . ACOG* 2005;105:1533-45

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

Ragué JM. Trastornos del suelo pélvico. *Cir Esp* 2005;77(5):254-7.

Rodríguez Sánchez O. Incontinencia urinaria. *Manual de normas y procedimientos en Ginecología. HGO "Luis Castelazo Ayala".* 2005:120-9.

Sand PK, Dmochowski R. Analysis of the standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction. *Neurourol Urodynam* 2002;21:167-78.

Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. *BMJ* 1999;3(18):593-659.

United Nations, Population Division, Department of Economics & Social Affairs. "World Population Prospects: The 2000 Revision" Feb., 2001.

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.

## 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.

<b>Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS</b>	
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ADSCRIPCIÓN</b>
Dr. Gilberto Tena Alavez	Director General Hospital de Gineco Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" D.F
Dr. Guillermo Jiménez Solís	Director Médico Hospital de Gineco Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" D.F
C.P. José Antonio García Aguirre	Delegado Delegación Estatal Chihuahua
Dr. Julio Mercado Castruita	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Chihuahua
Dr. Luis Raúl González Alvarado	Director UMF No 2 Chihuahua
Lic. Salvador Enrique Rochin Camarena	Delegado Delegación Sur D.F.
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sur D.F
Dr. Thomas de la Mora Chávez	Director HGZ No 2-A Troncoso, Delegación Sur. D.F
Lic. Juan Antonio García Aburto (encargado)	Delegado Delegación Regional Veracruz Norte
Dr. Mario Ramón Muñoz Rodríguez	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Regional Veracruz Norte
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionada UMAE HE CMN La Raza)

## 9. Comité Académico

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

Dr. Mario Madrazo Navarro	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. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dr. Gonzalo Pol Kippes	Comisionado a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador