



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO XI – N. 27 – 2017

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/158.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "NARRATIVAS, FUENTE DE EVIDENCIAS CUALITATIVAS" **CUALISALUD 2017 XII Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión digital celebrada del 16 al 17 de noviembre de 2017, organizada por Fundación Index. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Prolapso uterino durante la gestación**

*Autores* Lidia Lucena Prieto, Ana Belén Carmona Romera, Maria Isabel Díaz Domínguez

*Centro/institución* Hospital de Antequera

*Ciudad/país* Málaga, España

*Dirección e-mail* [lidilla81@gmail.com](mailto:lidilla81@gmail.com)

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

El prolapso uterino es una patología frecuente en la mujer que se conoce desde tiempos inmemoriales. Se encuentra descrito en la bibliografía por primera vez en el Papiro de Ebers. Posteriormente Hipócrates describió dicho padecimiento y propuso varios tratamientos. Uno de los más reseñables consistía en colocar a la mujer una especie de pesario vaginal con forma de media granada que se sumergía en vino frío y posteriormente se introducía en la vagina.<sup>1</sup>

La incidencia del prolapso de la población femenina se encuentra entre el 30 y el 38% siendo difícil estimar ya que la mayoría se diagnostican cuando se exterioriza el prolapso fuera del introito. El prolapso uterino asociado a la gestación es una patología poco frecuente que supone un riesgo importante para la evolución de la misma.

En este artículo se pretende explicar las últimas evidencias en relación con el manejo de esta situación excepcional y su abordaje terapéutico con el objetivo de lograr una gestación con buenos resultados tanto para la madre como para el feto.

### Metodología

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones sobre el prolapso uterino asociado a la gestación desde el año 1956 hasta 2017. Se consultaron las bases de datos Scielo, Pubmed, Cochrane, Embase. Los descriptores de salud empleados en español: "Prolapso uterino", "embarazo", en inglés: "Uterine prolapse", "pregnancy". Los criterios establecidos fueron: 1) estudios que describan el prolapso uterino durante la gestación; 2) que aporten datos sobre el tratamiento del mismo; 3) con acceso al texto

completo; 4) escritos en inglés o español. De un total de 42 publicaciones, fueron seleccionadas 23.

## Resultados

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén. Su tratamiento se enfoca desde una perspectiva multidisciplinar (ginecólogo, urólogo, matrona, fisioterapeuta, etc.).

Supone una patología multisistémica ya que puede aparecer asociado a diversos procesos como: disfunción urinaria (incontinencia urinaria, problemas de vaciado vesical, infecciones urinarias de repetición y vejiga hiperactiva), disfunción defecatoria, disfunción sexual y dolor pélvico crónico.<sup>2</sup>

Existen diversos tipos de prolapso según sea de la pared vaginal anterior, del cérvix, de la cúpula vaginal (en mujeres sin útero) o del fondo de Douglas y descenso de la pared vaginal posterior o rectocele. A su vez se aprecian diversos grados de descenso según la clasificación POP-Q simplificada propuesta por la Sociedad Internacional para la Continencia-Asociación Internacional de Uroginecología (ICS-IUGA) que van desde el Estadío I en el que el prolapso no rebasa el himen hasta el IV en el que el prolapso es total.

El prolapso uterino asociado a la gestación es una patología poco frecuente que se observa en extraordinarias ocasiones. Su incidencia se estima en 1 de cada 10-15.000 mujeres.<sup>3</sup> Puede presentarse por primera vez durante el transcurso de la gestación o puede ocurrir que el prolapso ya existiera y se vea agravado por la gestación en sí.

Existen muchos factores causantes de la aparición o agravamiento del prolapso genital. Entre los más destacados están los relacionados con la gestación y tipo de parto: el embarazo, sobre todo en mujeres jóvenes, la multiparidad, feto macrosoma, parto instrumental especialmente con fórceps y periodo expulsivo prolongado. Existe controversia según diferentes autores acerca del efecto de los pujos durante el periodo expulsivo en el suelo pélvico que finalmente no acaba en parto vaginal. La mayoría de estudios sugieren que tiene un efecto insignificante en la aparición del prolapso uterino sin embargo otros autores concluyen en sus estudios resultados opuestos.<sup>4</sup>

Otros factores predisponentes no relacionados con la gestación son: la raza (mayor incidencia en la raza blanca y las hispanas), la genética y determinadas cirugías pélvicas. Otros factores contribuyentes son en general son situaciones que producen un aumento de la presión intraabdominal, incluyendo esfuerzos, estreñimiento, levantamiento de objetos pesados y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.<sup>5,6</sup>

Es difícil encontrar artículos en la bibliografía en los que se describa el prolapso genital coincidente con el embarazo ya que es un hecho casi excepcional.<sup>7-11</sup> Puede persistir o empeorar por el embarazo a consecuencia del aumento fisiológico de la progesterona y cortisol que producen un reblandecimiento y estiramiento de los tejidos pélvicos. Suele acontecer con mayor frecuencia en la segunda mitad del embarazo sobre todo a partir del tercer trimestre siendo lo más habitual que dicho prolapso se corrija en el postparto.

El embarazo asociado al prolapso uterino preexistente supone un aumento en el riesgo de:<sup>12-14</sup>

1. Infertilidad.
2. Aborto espontáneo (hasta un 15%).
3. Amenaza de parto prematuro.
4. Edema de cuello uterino como consecuencia de la obstrucción venosa y la éxtasis.

5. Laceración, ulceración e infección del cuello del útero que sobresale.
6. Infección y retención urinaria.

La principal complicación durante el parto es la dificultad de la dilatación en caso de prolapso estadio III o IV ya que el edema del cuello uterino prolapsado produce una fibrosis en el tejido impidiendo su elongación. También ha sido descrito el riesgo de rotura del segmento inferior uterino.<sup>15</sup>

En lo que respecta al tratamiento, no existe unanimidad de criterios y cada autor propone diferentes actuaciones para abordar esta situación. En la mayoría de la bibliografía se recomienda un tratamiento conservador y expectante hasta el momento del parto, hecho que en todos los casos encontrados llega a buen término en diferentes semanas de gestación. Se debe proporcionar cuidados individualizados en función de la gravedad del prolapso, edad gestacional, etc.

Son pautas de atención generalizadas en todos los casos las siguientes recomendaciones:

- Reposo relativo, restringiendo la actividad física.<sup>16,17</sup>
- Colocar a la paciente en posición de ligero Trendelenburg<sup>18,14</sup>
- Adecuada higiene genital y lavados antisépticos vaginales periódicos sobre todo en el caso de laceraciones, ulceraciones o infección para evitar infecciones o sobreinfecciones.
- Vigilar aparición de posibles infecciones de orina.
- Se considerará siempre la reducción del prolapso y la reposición del útero en la vagina en casos más graves. Posteriormente se colocará un pesario que debe mantener hasta el inicio del parto. Se ha demostrado que el mantenimiento del pesario durante la primera etapa del parto puede prevenir la distocia cervical.<sup>12,14</sup>
- Hay autores que recomiendan la administración de progesterona como profilaxis del parto pretérmino aunque hasta ahora no hay estudios que demuestren su efectividad en las gestantes con prolapso uterino.<sup>19,20</sup>

En lo que respecta a la vía del parto, la mayoría de los autores recomiendan individualizar los casos en función de la gravedad del prolapso, la edad gestacional, paridad y la preferencia de la paciente. Algunos autores recomiendan el parto vaginal aun con un prolapso estadio III o IV y describen partos sin complicaciones.<sup>21</sup>

En el caso de optar por el parto vaginal, los autores no aconsejan la inducción del parto con oxitocina o misoprostol. Tampoco la realización de la maniobra de kristeller lo que podría empeorar la problemática.<sup>22</sup>

Sin embargo otros optan por la realización de una cesárea como opción más segura para evitar una progresión del prolapso y la rotura o lesión uterina.<sup>15</sup>

En caso de cuello uterino muy edematizado y/o elongado si estaría indicada la realización de una cesárea electiva.<sup>15,20</sup>

La realización de una cesarea no esta recomendada ya que no existe evidencia de que prevenga el prolapso<sup>23</sup>

## Conclusiones

El prolapso uterino asociado a la gestación es una patología multisistémica cuyo tratamiento se enfoca desde una perspectiva multidisciplinar. Pese a ser una patología que se diagnostica en extraordinarias ocasiones supone un riesgo importante para la evolución de la gestación.

Es necesario individualizar el tratamiento del prolapso en función del grado del mismo y las características de las pacientes con el objetivo de preservar el embarazo. No

obstante existen medidas generales que proporcionan alivio a la sintomatología y que se han demostrado eficaces para asegurar una adecuada evolución de la gestación.

### **Bibliografía**

- 1.- Van Dongen L. The anatomy of genital prolapse. *S Afr Med J* 1981;60:357 - 9.
- 2.- SEGO. Prolapso genital. *Protocolos Prosego*. 2013.*Prog Obstet Ginecol*. 2015;58(4):205—208.
- 3.- Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al. Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:795 - 806.
- 4.- Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, et al. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol*. 2012;119:233
- 5.- Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007;369:1027 - 38.
- 6.- DeLancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1488 – 95.
- 7.- Ogunbode O, Aimakhu VE. Uterine prolapse with pregnancy. *AJOG* 1973.
- 8.- Rdas RK. Genital prolapse in pregnancy and labor. *International Surgery* 1971.
- 9.- Sepulveda W, Cabrera J. Uterine prolapse in a primigesta. *Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1984.
- 10.- Ogunbode O et al. Uterine prolapse during pregnancy in Ibadan. *Am J Obstet Gynecol* 1973.
- 11.- Schinfeld JS. Prolapse of the uterus during pregnancy: a report of two cases and review of management. *Am J Obstet Gynecol* 1977.
- 12.- Brown HL. Cervical prolapse complicating pregnancy. *J Natl Med Assoc* 1997;89:346 - 8.
- 13.- Behringer FR, Vigilante M. Uterine prolapse at term. *Obstet Gynecol* 1956;8:284 – 6.
- 14.- Piver MS, Spezia J. Uterine prolapse during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1968;32:765 - 9.
- 15.- Daskalakis G, Lymberopoulos E, Anastasakis E, et al. Uterine prolapse complicating pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2007;276:391- 2.
- 16.- Jeng CJ, Lou CN, Lee FK, Tzeng CR. Successful pregnancy in a patient with initially procidentia uteri. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85:501–502.
- 17.- Chun SS, Park KS. Birth of a healthy infant after in vitro for fertilization and embryo transfer in patient of total uterine prolapse. *J Assist Reprod Genet*. 2001;18:346–347.
- 18.- Hill PS. Uterine prolapse complicating pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1984 Aug; 29(8):631-3
- 19.- Yousaf S, Haq B, Rana T. Extensive uterovaginal prolapse during labor. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011;37:264—6.
- 20.- Partsinevelos GA, Mesogitis S, Papantoniou N, Antsaklis A. Uterine prolapse in pregnancy: a rare condition an obstetrician should be familiar with. *Fetal Diagn Ther*. 2008;24:296—8.
- 21.- Un Eddib, Allaf MB, Lele A. El embarazo en una mujer con procidencia uterina:. Un informe del caso . *J Reprod Med*2010; 55 :. 67-70.
- 22.- Tukur J, Omale AO, Abdullahi H, Datti Z. Uterine prolapse following fundal pressure in the first stage of labour: a case report. *Ann Afr Med* 2007;6:194 - 6.
- 23.- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*. 2013;121:904.