

Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica

Pelvic organs prolapsed in the women. Bibliographical revision

MSc. Lic. Yahima Abreu Pérez^I, MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres^I, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams^I, MSc. Dra. Alina Alerm González^{II}, MSc. Dr. José Ángel García Delgado^I

^I Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana. Cuba

^{II} Departamento de Fisiología. ICBP "Victoria de Girón. Playa. La Habana. Cuba

RESUMEN

Introducción: la debilidad de los elementos del suelo pélvico predispone a la mujer a una sintomatología múltiple, su fisiopatología es multifactorial, la alteración de los músculos elevadores del ano y del núcleo fibroso del periné es el origen más frecuente de este problema. Los síntomas del prolapso de órganos pélvicos son diversos, en relación directa con la sensación de salida de cada víscera. Coexisten varios factores causales como son: embarazo, parto, edad, obesidad, constipación, tos crónica, levantar cargas pesadas en forma repetitiva, menopausia e hipoestrogenismo, factores genéticos, enfermedades músculo esqueléticas, neuromusculares y del tejido conectivo, pelvis de diámetro largo y cirugías previas. La incidencia de cirugía por este tipo de prolapso aumenta con la edad.

Métodos: se realizaron búsquedas bibliográficas en revistas médicas nacionales y extranjeras indexadas en Scielo, Imbiomed y Pubmed en los últimos 10 años, en idioma español e inglés, así como revisiones de tesis de terminación de estudios y libros de textos con información relacionada con disfunción del suelo pélvico.

Conclusiones: los prolapsos de órganos pélvicos son de frecuente aparición en la población femenina, asociados a factores de riesgo, de etiologías congénitas o adquiridas, modificables en la mayoría de las ocasiones. Se manifiestan con sintomatología genital, urinaria, ano rectal y sexual. Existen posibilidades de tratamiento quirúrgico, conservador o ambos, en dependencia del grado de prolapso y la sintomatología. El manejo conservador rehabilitador debe ser considerado como parte la conducta a seguir entre las posibilidades de tratamiento integral.

Palabras clave: suelo pélvico, prolapso de órganos pélvicos, rehabilitación perineal.

SUMMARY

Introduction: the weakness of the elements of the pelvic floor predisposes the woman to a multiple symptom, being its multifactorial physiopathology, the alteration of the muscles elevators of the anus and of the fibrous nucleus of the perineum it is the most frequent origin in this problem. The symptoms of the pelvic organs prolapsed are diverse, in direct relationship with the sensation of exit of each viscera. Coexistence of several causal factors, associated to pregnancy and childbirth, age, obesity, constipation, chronic cough, to lift loads weighed in repetitive form, menopause and hypoestrogenism, genetic factors, skeletal illnesses muscle, neuromuscular and of the connective tissue, long diameter of the pelvis and previous surgeries. The surgical incidence increase with the age.

Methods. They were carried out electronic searches and in libraries of magazines doctor's national and foreign indexed in Scielo, Imbiomed and Pubmed; in a 10 year horizon in Spanish and English language, as well as revisions of thesis of termination of studies and books of texts with information related with pelvic floor dysfunctions.

Conclusions: the pelvic organs prolapsed is of frequent appearance in the feminine population, associated to risks factors/ etiologies congenital-acquired in most of the occasions. They are manifested with genital, urinary, ano rectal and sexual symptoms. Possibilities of surgical treatment, conservative or both exist, depending on the prolapsed degree and the symptoms. The rehabilitative conservative handling should be considered as part the behavior to continue in the possibilities of integral treatment.

Key words: pelvic floor, pelvic organs prolapsed, perineal rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico (SP) es una compleja unidad anatómica y funcional situada en la parte inferior de la cavidad pélvica.^{1, 2} Además de mantener el equilibrio entre bipedestación, presión intraabdominal y sustentación de los órganos abdomino pelvianos, tiene importantes funciones entre las que destacan su contribución a la respuesta sexual y su gran distensión en el momento del parto. Lejos de ser un fenómeno estático, la disfunción del suelo pélvico es una alteración de la adecuada interacción de todos los elementos que lo forman.³ Por lo que la debilidad de cualquiera de ellos predispone especialmente a la mujer por sus características anatómicas a presentar afecciones a ese nivel, que provocan una sintomatología en ocasiones múltiple por combinarse diferentes problemas como: incontinencias urinaria y fecal, prolapsos genitales, dolor pélvico crónico y disfunción sexual, entre otras.¹

Se define como prolapso vaginal, el descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto,⁴

así como las distrofias vulvares, son expresiones del proceso de envejecimiento y no consecuencias del déficit estrogénico y su frecuencia de aparición es variable.⁵

En la actualidad la teoría de los defectos sitio específicos es la planteada por la mayoría de los cirujanos de piso pélvico para explicar la fisiopatología del prolapso basado en la aparición de desgarros en las paredes fibromusculares de la vagina o en la fascia endopélvica, por lo que su identificación y corrección quirúrgica restablecería la anatomía pélvica normal y su función, teoría no aceptada por todos, ya que en algunas pacientes la disfunción neuromuscular es lo que prima y la corrección quirúrgica no las ayudaría. Otras pacientes necesitan correcciones no anatómicas (uso de mallas sintéticas, por ejemplo), los ejercicios de rehabilitación tienen utilidad y además, tampoco se han identificado histológicamente estos desgarros fasciales.⁶

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera la fisioterapia como el tratamiento de primera elección en los prolapsos simples de primer grado,^{7,8} dado su carácter no invasivo y los resultados de los síntomas en términos de alivio, la posibilidad de combinar fisioterapia con otros tratamientos, el bajo riesgo de efectos secundarios y un coste entre moderado y bajo.⁷⁻⁹

Por todo lo anterior, se realiza una amplia revisión bibliográfica sobre aspectos relacionados con los prolapsos de órganos pélvicos (POP) en la mujer y su abordaje terapéutico.

DESARROLLO

Descripción anatómica funcional

El SP lo forman un conjunto de estructuras musculares y aponeuróticas que se fijan a la pelvis ósea y forman el sostén en el que se apoya el contenido abdominal compensando con sus características elásticas los vectores de presión, además se encuentra ubicado de modo que permite paso de órganos digestivos, urinarios y reproductores. La resistencia y elasticidad de sus distintos componentes que agota progresivamente lo que, unido a la existencia de distintas agresiones como el embarazo, el parto y sobreesfuerzos de la vida cotidiana, condicionan la integridad anátomo funcional de este sostén en forma de hamaca.¹⁰

*Músculos del SP:*¹¹

- *Plano profundo.* Músculo elevador del ano, isquiococcígeos, piramidal de la pelvis. Principal soporte de las vísceras pélvicas y su contracción provoca que se desplacen en sentido antero craneal. Interviene en la continencia anal activa y pasiva. Las inserciones de los elevadores del ano forman la hendidura urogenital donde se emplazan los hiatos pélvicos y con sus expansiones alrededor de la uretra, actúan como un segundo esfínter durante los aumentos de presión abdominal y la interrupción voluntaria del chorro miccional.

- *Plano medio.* Aponeurosis perineal media, músculo transverso profundo y el esfínter externo de la uretra. El esfínter externo mantiene una contracción permanente que permite la continencia urinaria. Su relajación voluntaria desencadena el acto miccional.

- *Plano superficial*. Músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos y transverso superficial.

Estos tres planos se cruzan en el núcleo fibroso central del periné, una zona de tejido conjuntivo muy resistente donde se inserta, al menos de forma parcial, el conjunto de la musculatura pélvica facilitando su trabajo sinérgico.

El SP lo forman básicamente la fascia endopelviana, el diafragma pelviano y el diafragma perineal. La musculatura perineal tiene funciones bien determinadas y cuenta con un sinergismo muy elevado con la musculatura de la pared abdominal.¹⁰ Esta última constituida por los músculos: rectos del abdomen, oblicuos externo e interno y transversos del abdomen.¹¹

Los músculos del SP son clasificados histológicamente como músculos estriados; poseen diferentes tipos de fibras musculares, siendo el elevador del ano y los músculos periuretrales compuestos en el 70 % por fibras de tipo I (fibras lentas) y el 30 % por fibras de tipo II (fibras rápidas).

Las fibras del tipo I son las responsables del mantenimiento del tono constante y de la continencia urinaria en reposo. Las fibras tipo II son reclutadas durante el aumento súbito de la presión intra abdominal, lo que genera un aumento de la presión de cierre uretral. Estos músculos pueden ser entrenados para desarrollar aumento de la fuerza muscular e hipertrofia, con mejora de la función y disminución de los síntomas.²

Tienen funciones muy importantes: dar soporte a las vísceras pélvicas, participar en los mecanismos esfínterianos uretral y anal, intervenir en la progresión del feto durante el parto, se relacionan con los procesos de la sexualidad.¹⁰

La debilidad o la lesión de los elementos que forman el SP predispone a la mujer a una sintomatología en muchas ocasiones múltiple: incontinencia urinaria (IU), incontinencia fecal (IF), disfunción del vaciado vesical, síndrome de defecación obstructiva, disfunción sexual y el POP.¹²

La fisiopatología del prolapso es multifactorial: incompetencia del SP por hipotonía, baja fuerza de contracción o ausencia de automatismo durante un esfuerzo abdominal; incapacidad de la musculatura abdominal para orientar las presiones generadas durante un esfuerzo; ausencia de sinergia entre ambos grupos musculares; hipertonia del diafragma torácico y alteraciones de la estática lumbo-pélvica.¹³

Para Grosse y Sengler, la alteración de los músculos elevadores del ano y del núcleo fibroso del periné es el origen más frecuente de este problema ya que los consideran la piedra angular de la estática pélvica.¹⁴ De hecho, Valancogne G. en su revisión de 2012 señala estudios en los que la recidiva del POP tras cirugía se relaciona con la atrofia del elevador del ano y con el aumento del diámetro del hiato urogenital.¹³

POP o genital. Descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto, debido a un fallo de los medios de sujeción y de soporte que fijan estos órganos a la pelvis. Hay varios tipos de prolapso genital (simple y en la mayoría de los casos combinado).¹⁵

Clasificación según el elemento anatómico prolapsado¹⁵

Uretrocele, cistocele o colpocele anterior, rectocele o colpocele posterior, enterocele o descenso del saco de Douglas, prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal, prolapso rectal.

Los síntomas del POP son diversos, con mayor frecuencia, más de un componente participa y aparece más de un síntoma. Todos, excepto el desgarro perineal, presentan la sensación de que algo sale a través de la vagina (masa, bola). Los síntomas del prolapso están en relación directa con la sensación de salida de cada víscera.¹⁵

Durante muchos años, los ginecólogos utilizaron distintos tipos de clasificaciones para referirse a los tipos de prolapso y sus diferentes magnitudes. En el año 1996 la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) publicó una estandarización en la terminología del POP, la cual es conocida como POP-Q. Su objetivo era que fuese una clasificación reproducible y fácil de aprender, y de esta manera poder extenderla a las unidades de piso pélvico y ginecólogos. En el año 2006, con el fin de simplificar la clasificación, se publicó una modificación. En 2010 la ICS junto con la *International Urogynecological Association* (IUGA) consensuaron la clasificación POP-Q realizada en 1996 definiendo de forma más sencilla los cinco grados.¹⁶

La *Clasificación POP-Q* evita el uso de terminologías como cistocele o rectocele. En su lugar asigna dos puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), dos puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix (C), un punto en relación al fórnix posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (tv), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb). Todos estos valores se llevan a una cuadrícula para un registro adecuado.¹⁶

Registrados estos valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical; estos serán:¹⁶

0: cuando no hay descenso.

I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen.

II: el descenso es +/- 1cm del himen.

III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2 cm de la longitud vaginal.

IV: cuando se está frente a una procidencia completa.

Esta clasificación pretende estandarizar los criterios, sustituir los conceptos de cistocele, rectocele, enterocele y unión uretrovesical, además de mejorar una evaluación del prolapso genital que permita comparar las publicaciones de distintos centros.

Aspectos epidemiológicos

No se conoce con exactitud la frecuencia de esta disfunción; se estima que nueve de diez mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida.¹⁷

Tiene una prevalencia de 5-10 % basándose en el hallazgo de una masa que hace prominencia en la vagina.¹⁶

La incidencia de cirugía por este tipo de prolapso aumenta con la edad. Se estima que el riesgo de tener alguna intervención por esta causa a los 80 años es de un 11,1 % y que el riesgo de reoperación es de un 30 %. Debido al aumento de la expectativa de vida de la población en EE.UU, se estima que el año 2030, el 20 % de la población será mayor de 65 años, por lo tanto el volumen de cirugías por POP aumentaría en forma significativa (45 %). La misma situación se espera que suceda en Chile, donde según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para el año 2025 el 20,1 % de la población será mayor de 60 años.^{16,17}

Se reportan cifras variables en dependencia de la población estudiada y los criterios utilizados para su diagnóstico, pues no se conoce con exactitud el grado de soporte de los órganos pélvicos. En el *Women Health Initiative* (WHI)¹⁸ de la totalidad mujeres incluidas en el estudio el 40 % reportó algún grado de prolapso y se evidenció un 14 % de histeroceles.

En un metaanálisis realizado en Colombia en 2003,¹⁹ dos estudios a nivel hospitalario, uno con 240 pacientes donde el 72, % reportó síntomas de sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en los prolapsos grado II. En los grado III estaban asociados a multiparidad, mayores de 60 años, menopausia y menor número de IUE; el segundo de 102 casos, con un promedio de edad de 60 años y siete partos; el 74,5 % eran prolapsos de III grado y señalan que el 30 % de la cirugías ginecológicas fueron por prolapso.

Factores de riesgo-etilogía:

Es poco frecuente encontrar un único factor etiológico del prolapso, siendo habitual la coexistencia de varios factores causales más o menos evidentes y, con mucha mayor frecuencia, de forma adquirida, casi siempre asociada al embarazo y parto.³

Otros factores son: edad, presión intra abdominal aumentada de modo crónica, obesidad, constipación crónica, tos crónica, levantar cargas pesadas en forma repetitiva, menopausia e hipoestrogenismo, trauma, factores genéticos, raza, enfermedades músculo esqueléticas, neuromusculares (espina bífida) y del tejido conectivo (Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan), hábito de fumar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pelvis de diámetro largo y cirugías previas con disrupción del soporte natural (cirugía de prolapso, histerectomía, etc.). Otras causas con menor evidencia son: la macrosomía, segunda etapa del parto prolongada, episiotomía, laceración del esfínter anal, analgesia epidural, fórceps y uso de oxitocina.⁶

Existen factores de riesgo congénitos como la mala calidad del tejido conjuntivo o las anomalías óseas de la pelvis, que desplazan las fuerzas de presión abdominal hacia la zona anterior del periné, que no está preparada para soportarlas. Entre los factores de riesgo adquiridos se encuentran: la menopausia, herencia genética, cirugías pélvicas, esfuerzos repetidos, el embarazo y el parto, donde el peligro se debe al tipo de pujo, la posición durante el periodo expulsivo, el empleo de episiotomía, fórceps o ventosas, el elevado peso del feto, el perímetro cefálico mayor de 35 cm y el número de embarazos.^{13,14, 20,21}

Síntomas del POP¹⁵

Síntomas genitales. Sensación de cuerpo extraño en el introitovaginal o de tumoración en genitales externos.

Síntomas urinarios. Aumento de la frecuencia y urgencia miccional, dificultad de vaciado, sensación de vaciado incompleto e IUE o asociada a la sensación de urgencia.²²

Síntomas miccionales irritativos.^{22,23} Polaquiuria, urgencia y nicturia. Etapas avanzadas del prolapso genital tienen incontinencia de urgencia por inestabilidad del detrusor, desconociendo la causa por la que se produce; se resuelve con la corrección quirúrgica en 17 a 85 % de las pacientes.

Retención urinaria^{22,23}. Los grados intensos del POP cursan con arrugamiento y obstrucción de la uretra conforme la vejiga se hernia progresivamente. La obstrucción se acentúa durante el pujo. Se presenta disminución del flujo máximo de orina y aumento de la orina residual. La micción incompleta puede predisponer a la infección de vías urinarias, hiperactividad del detrusor y disminución de la elasticidad vesical lo que conlleva el riesgo de reflujo uretral y daño renal.

Síntomas ano rectales. Defecación obstructiva (necesidad de excesivo esfuerzo para defecar, sensación de evacuación incompleta del recto, sensación de bloqueo u obstrucción anal, necesidad de maniobras manuales en vagina, ano o periné para completar la defecación y dolor con la defecación e incluso IF.²⁴

Dificultad defecatoria y desimpactación^{23, 24}. El vaciamiento difícil del recto, el tenesmo, la necesidad de desimpactación y la estimulación digital rectal son a menudo los síntomas más notables del rectocele. La desimpactación a través de la vagina o del periné se realiza para reducir manualmente el reservorio rectal.

Síntomas sexuales. Dispareunia y dificultad coital.

*Disfunción sexual*²⁴. Los trastornos de la función sexual son frecuentes en mujeres con POP pero esta debe diferenciarse claramente de la disfunción sexual provocada por otras causas.

Posibilidades de tratamiento para el manejo del POP²²⁻²⁴

Puede ser tratado de modo conservador y/o quirúrgico. El tratamiento quirúrgico depende de la sintomatología y del trastorno que pueda causar a la vida social de las pacientes. En las etapas I y II, las pacientes no son sintomáticas, no requieren de tratamiento, a excepción de los ejercicios de Kegel.

Tratamiento quirúrgico:

- Las pacientes sintomáticas en etapa II y en las etapas III y IV, requieren tratamiento quirúrgico adecuado.
- Las pacientes con desgarró perineal crónico grado II, rara vez consultan por alguna sintomatología, pero en algunas ocasiones lo hacen por presentar cierto grado de disfunción sexual.
- Las pacientes con desgarró III y IV comprometen el esfínter anal y la mucosa rectal respectivamente, y presentan IF y gases, además de presentar pérdida total de la anatomía del periné.
- Los desgarró grado II sintomáticos, y los de grados III y IV, deben corregirse quirúrgicamente mediante técnicas apropiadas.

Tratamiento conservador: ¹

- Rehabilitación muscular. La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo de la zona perineal no es apreciable por la vista al involucrar un conjunto de músculos internos. ²⁵

La fisioterapia tiene el objetivo de restaurar el reflejo perineal al esfuerzo, promover la concienciación de la contracción muscular del SP y reprogramar el sistema nervioso a través de técnicas que pueden utilizarse de forma aislada o combinadas. ²⁶

En los ejercicios perineales se utilizan técnicas cuyo objetivo es mejorar la fuerza y la resistencia de los músculos del SP. Diversos estudios han demostrado que los ejercicios perineales son un tratamiento efectivo y la motivación y adherencia de la paciente son factores importantes para el éxito. ^{8,27}

Como resultado, se espera desarrollar mayor consciencia en la actividad de los músculos del piso pélvico, lo que aumentará el control activo de las funciones esfinterianas. Aunque muchos sean los protocolos para el entrenamiento del SP, se considera que el tratamiento fisioterapéutico se debe basar en principios fundamentales para ser exitoso. ²⁷

El entrenamiento muscular es adquirido a través de la práctica de los ejercicios específicos para el SP. Sus efectos benéficos incluyen el desarrollo, mejora y restauración o manutención de estos y no solo de la fuerza muscular, sino también de la resistencia, movilidad, flexibilidad, relajamiento, coordinación y habilidad a través de sus movimientos.

El papel de la fisioterapeuta tiene como finalidad mejorar el desarrollo muscular y promover la reeducación del recinto abdomino-lumbo-pélvico. La intervención fisioterapéutica debe ser realizada de manera preventiva o terapéutica. ²

El fortalecimiento muscular perineal tiene como objetivos:

Mejorar el control y las cualidades musculares, enseñar a las pacientes qué actividades generan un incremento de presión abdominal, aprendiendo a contraer la musculatura del SP previamente como forma de protección, aumentar el tono de base de la musculatura, máxime de los elevadores del ano, para evitar la puesta en tensión permanente de los elementos ligamentosos. ^{20, 21}

Preparación preoperatorio de pacientes candidatas a cirugía:

La única limitación que presenta es la necesidad de motivación y perseverancia tanto por parte de la paciente como del fisioterapeuta. ¹⁴

La fisioterapia se considera el abordaje inicial y de preferencia en el tratamiento conservador de las disfunciones del suelo pélvico¹⁴ debido a su amplio campo de actuación, bajo riesgo de efectos secundarios, carácter no invasivo y variedad de recursos de los que dispone: diagnóstico de fisioterapia, educación y recomendaciones a los pacientes, masaje perineal, electroestimulación, *biofeedback*, entrenamiento con balón rectal, conos vaginales, ejercicios de fortalecimiento, entrenamiento de la vejiga, ejercicios hipopresivos, etc. ¹⁴

La puesta en marcha de un programa de rehabilitación requiere tres condiciones imprescindibles, en las que el fisioterapeuta de la unidad juega un papel fundamental para su consecución:

- Que la paciente tenga conciencia de su periné.
- Lograr aislar los grupos musculares que interesa fortalecer.
- Relajar la musculatura parásita, motivación en la mujer para conseguir un buen aprendizaje y adecuado cumplimiento del trabajo encomendado.²⁸

Existen factores que influyen en el éxito de la rehabilitación perineal, como son: grado de incontinencia, edad, integridad esfinteriana, tono perineal, no antecedentes quirúrgicos ni radioterápicos, motivación de la mujer, perseverancia en el trabajo, personal cualificada, seguimiento a corto y medio plazo.

La rehabilitación pasiva se realiza con técnicas de electro estimulación. Entre los activos, la cinesiterapia verbal o gimnasia perineal es la técnica más simple. Requiere un tiempo de aprendizaje individual para que la mujer reconozca y logre aislar los grupos musculares a rehabilitar, para después realizar, de forma repetitiva, una tabla de ejercicios en su domicilio.²⁸ Técnica más económica ideal para su aplicación en atención primaria, en programas de profilaxis de IU para recuperación perineal tras el parto y para casos de IU leve.²⁸

Los ejercicios de Kegel⁷ deben convertirse en un hábito que se realiza durante toda la vida. El aumento de fuerza de cada grupo muscular requiere de tiempo y puede no haber cambios notorios antes de 6 semanas de rehabilitación. Se anima a la paciente a practicar las contracciones de músculos pélvicos en circunstancias funcionales, como por ejemplo, cuando se pone a tensión el piso pélvico por la tos, estornudos, o cuando se levanta algo pesado.^{28,29}

Evidencia científica sobre la eficacia del entrenamiento del SP¹⁴

El primero en crear un sistema de entrenamiento muscular del SP fue Arnold Kegel en 1948, con eficacia demostrada en IU.³⁰ En 1980 surgieron las técnicas hipopresivas ideadas por el Dr. Marcel Caufriez³¹ que se basan en la sinergia entre la musculatura abdominal y la pélvica.

Existen más de 50 ensayos clínicos controlados aleatorizados que demuestran la efectividad del entrenamiento muscular del SP en la IU y los POP.¹⁴ Sin embargo, estos autores apuntan que todavía se desconoce el protocolo de entrenamiento más adecuado, ya que varios han resultado efectivos, idea que corroboran en su revisión de 2011 Hay- Smith y Dumoulin.³²

CONCLUSIONES

- Los POP son de frecuente aparición en la población femenina. Se asocian a factores de riesgo y etiologías congénitas y adquiridas, que pueden ser modificables en la mayoría de las ocasiones.
- Se manifiestan con sintomatología genital, urinaria, ano rectal y sexual.

- Dentro del manejo terapéutico existen posibilidades de tratamiento quirúrgico, conservador o asociación de ambos, según el grado de prolapso y la sintomatología referida por la paciente.
- El manejo conservador rehabilitador debe ser considerado como parte la conducta a seguir en las posibilidades de tratamiento integral a estas pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obregón Y. Luisa E. Saunero O. Arturo F. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2009;69(3):172-8.
2. Bo K. Entrenamiento de los músculos del piso pélvico. Efectos a largo plazo. Incontinencia urinaria. Cap 3. En: Aplicaciones clínicas de técnicas fisioterapéuticas en disfunciones miccionales y de piso pélvico. Paulo César Rodríguez Palma Kari Bo eds. Urofisioterapia, Caracas; 2010. p. 53-8.
3. Rodríguez PC. Pinto HC. Anatomía del suelo pélvico. Conceptos y diagnósticos. Cap 1. En: Aplicaciones clínicas de técnicas fisioterapéuticas en disfunciones miccionales y de piso pélvico. Paulo César Rodríguez Palma, Kari Bo; editores. Urofisioterapia, Caracas; 2010. p. 211-25.
4. Quintana E. Fajardo V. Rodríguez-Antolín J. Aguilera U. Martínez-Gómez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, México. *Salud en Tabasco.* 2009;15(1):839-44.
5. Martínez JC. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Obst Ginecol.* 2014;40(1):102-18.
6. Marambio GA. Prolapso genital. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Unidad de Piso Pélvico Femenino, Dpto. Obstetricia y Ginecología, HCUCH. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2011;22:211-20.
7. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perineal muscle. *Am J Obstet Gynecol.* 1948;56:238-48.
8. VI Reunión Nacional sobre patología del suelo pélvico. 6-8 oct, Madrid; 2010.
9. Alfonso P. Aspectos epidemiológicos de la disfunción de suelo pélvico en un consultorio del médico de la familia. *Invest Médicoquir.* 2008;1(1):37-8.

10. Carneiro EF. Araujo NS. Beuttenmüll L. Las características anatómicas funcionales del suelo pélvico y la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a ejercicios perineales. *Actas Urol Esp.* 2010;34(9).
11. Areces G. Manzano BR. Capote R. Protocolo de actuación del grupo de Suelo Pélvico en el Hospital Ramón González Coro de La Habana. *Rev Cubana Obst Ginecol.* 2010;36(4):646-53.
12. Capote MI. Segredo AM. Gómez O. Climaterio y menopausia. La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011;27(4).
13. Valancogne G. Rôle et efficacité de la rééducation périnéologique dans la prise en charge des prolapsus des organes pelviens. *Réalités en gynécologie-obstétrique.* 2012;159(2):14.
14. Díaz ME. Efectividad de la gimnasia abdominal hipopresiva frente al entrenamiento perineal clásico en el fortalecimiento del suelo pélvico de la mujer: revisión sistemática. Alcalá de Henares; 2012 may.
15. Lacima G. Espuñaba M. Patología del suelo pélvico. Unidad Motilidad Digestiva. Hospital Clínico. Barcelona. España. 2008;31(9):587-95.
16. Mancera A. Jiménez-Huerta J. Prolapso de órganos pélvicos. *Rev Hosp Jua Mex.* 2013;80(40):248-50.
17. Weber AM. Richter HE. Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2005; 106(3):615-34.
18. Hendrix SL. Clark A. Nygaard I. Aragaki A. Barnabei V. McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:160-6.
19. Davis K. Kumar D. Pelvic floor dysfunction a conceptual framework for collaborative patient center. *J Advanced Nursing.* 2003;43:555-68.
20. Botlero R. Bell RJ. Urquhart DM. Davis SR. Prevalence of fecal incontinence and its relationship with urinary incontinence in women living in the community. *Menopause.* 2011;18(6):685-9.
21. Walker GJ. Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *Int Urogynecol J.* 2011;2(2):127-35.
22. Theofrastous J. Swift S. Valoración clínica de la disfunción del piso pélvico. Clínicas de ginecología y obstetricia. Temas actuales. V. 4. McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 745-66.
23. Baden W. Walker T. Diagnóstico físico en la valoración de la relajación vaginal. Clínicas obstétricas y ginecológicas. V. 4. McGraw-Hill Interamericana; 1981. p. 1048-54.
24. Telinde R. Mattingly R. Thompson J. Prolapso de órganos pélvicos. Ginecología quirúrgica. 8ª. Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A. 1998. p. 975-92.

25. Matheus LM. Mazzari CF. Mesquita RA. Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter.* 2006;10:387-92.
26. Rogers R. To mesh or not to mesh. Current debates in prolapse repair fueled by US. Food and drugs administration safety notification. *Rev Obstet Gynecol.* 2011;118:771-2.
27. Sennot L. La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades. En: Gómez E. ed. Género, mujer y salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2003. p. 114-23.
28. Pena JM. Rodríguez AJ. Villodres A. Mármol S. Lozano JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp.* 2007;31(7):719-31.
29. Nascimento G. Santos V. Tahara N. Driusso P. Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico en la calidad de vida de un grupo de mujeres con incontinencia urinaria: Estudio aleatorizado controlado. *Actas Urol Esp.* 2012;36(4):216-21.
30. Bo K. Morkved S. Frawley H. Sherburn M. Evidence for benefit of transverses abdomen is training alone or in combination with pelvic floor muscle training to treat female urinary incontinence: A systematic review. *Neurourol Urodyn.* 2009;28:368-73.
31. Caufriez M. Marzolf A. Place to of gymnasti que abdominale Hypopressivedans la prise en charge des algies pelvi-périnéales. Google académico; 2011 [Consultado en Enero de 2012]. Disponible en: http://alain-marzolf.com/wp-content/uploads/2011/04/15_Marzolf.pdf
32. Hay-Smith E. Herderschee R. Dumoulin C. Herbison G. Comparaciones de los enfoques al entrenamiento muscular del suelo pelviano para la incontinencia urinaria en las mujeres. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011;12:4.

Recibido: 26 octubre 2016

Aceptado: 6 enero 2017

MSc. Lic. Yahima Abreu Pérez. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana. Cuba. Email: yahimabp@infomed.sld.cu