



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

**USO DE PESARIOS EN PACIENTES CON
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA. GEMMA MIRANDA MORALES

Facultad de Medicina



ASESOR DE TESIS

DR. GUILLERMO TULIO ORTIZ MANI

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**USO DE PESARIOS EN PACIENTES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS
PÉLVICOS EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO**

AUTORIZACIONES

Dr. Manuel Álvarez Navarro
Jefe de Enseñanza

Dr. Juan Manuel Medina Lomelí
Profesor Titular del curso

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Arturo Miranda y Georgina Morales

A mis hermanas que adoro, Adriana y Alejandra

A Alejandro Morales

A Gerardo

A mis profesores:

Dr. Guillermo Ortiz Mani

Dr. Gerardo Velázquez Cornejo

Dr. Héctor Mondragón Alcocer

Dr. Jorge Gálvez Muñoz

Dr. Dante Carbajal Ocampo

Dr. Sergio Pedraza Barajas

“No dejes que termine el día sin haber crecido un poco, sin haber sido feliz, sin haber aumentado tus sueños. No te dejes vencer por el desaliento.

No permitas que nadie te quite el derecho a expresarte, que es casi un deber.

No abandones las ansias de hacer de tu vida algo extraordinario. No permitas que la vida te pase a ti sin que la vivas.”

Walt Whitman

ÍNDICE

1. Introducción.....	6
1.1 Definición.....	6
1.2 Epidemiología.....	6
1.3 Factores de riesgo.....	7
1.4 Fisiopatología.....	8
1.5 Cuadro clínico.....	10
1.6 Diagnóstico.....	11
1.7 Gradificación.....	11
1.8 Tratamiento.....	14
1.8.1 Uso de pesarios.....	15
II. Justificación.....	17
III. Objetivo.....	18
IV. Materiales y métodos.....	18
V. Resultados.....	19
VI. Conclusiones.....	22
VII. Referencias bibliográficas.....	22

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN

Se llama prolapso al desplazamiento hacia abajo o hacia delante de algún órgano desde su localización normal.

El prolapso de órganos pélvicos se presenta como descenso de la pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero, cérvix, cúpula vaginal (en paciente con histerectomía) o perineo el cual se puede presentar solo o combinado. Tiene un origen multifactorial y es un trastorno en el que se presentan síntomas y signos específicos que deterioran la función normal del mismo y afecta la calidad de vida de la paciente

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil establecer con exactitud la frecuencia de esta disfunción, en general, se estima que hasta nueve de diez mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida. El riesgo de tener alguna intervención por esta causa a lo largo de la vida es de un 11,1 %. ¹ Se estima que del 3 al 6% de las mujeres pueden desarrollar grados severos de prolapso genital a lo largo de su vida. ²

Se reportan cifras variables en dependencia de la población estudiada y los criterios utilizados para su diagnóstico. Si se utiliza únicamente la clínica de las paciente tiene una

prevalencia baja (2.9-5.7%), sin embargo, si utilizamos la escala POP-Q la prevalencia de prolapso asciende a 30-65%.³ En México, desafortunadamente, las cifras no son claras.

1.3 FACTORES DE RIESGO

En el desarrollo del prolapso genital femenino contribuyen y participan un gran número de factores etiológicos. Se sabe que existen múltiples factores de riesgo para que una mujer presente prolapso de órganos pélvicos, éstos son:⁴

- Número de embarazos
- Parto vaginal: Durante el parto se producen una serie de modificaciones sobre el tejido conectivo, nervioso y muscular. El feto ejerce una distensión y compresión sobre estas estructuras pudiendo condicionar una rotura de las fibras, o incluso una denervación de la rama perineal del nervio pudiendo, ocasionando una lesión.
- Multiparidad: Por cada parto vaginal, el riesgo de prolapso aumenta 1.2 veces. Fritel Xavier et al, demostraron que el riesgo de prolapso se relaciona con el número de partos vaginales de la siguiente manera para mujeres con un parto vaginal el OR fue 1.89 con un IC (0.91–3.96), para las que habían tenido 2 el OR fue de 2.49 con un IC (1.23–5.03) y para las que habían tenido 3 el OR fue de 3.61 con IC (1.68–7.76).
- Otros factores obstétricos: macrosomía, trabajo de parto prolongado (en especial en el segundo periodo), episiotomía, presencia de desgarros, uso de fórceps. Aunque aún no está bien establecida la relación, también se consideran factor de riesgo la aplicación de analgesia peridural y la conducción del trabajo de parto con oxitocina.
- Menopausia o estados hipoandrogénicos: se tiene bien definida la participación de

las hormonas de la reproducción para mantener el tejido conjuntivo y la matriz extracelular necesarios para el soporte de los órganos pélvicos.

- Elevación de la presión intraabdominal (tos crónica, estreñimiento, obesidad, etc.): en lo que a la obesidad y el sobrepeso respecta, el prolapso se presentó en un 31-39% y 40-75% respectivamente
- Trauma del piso pélvico
- Factores genéticos: colagenopatías
- Edad: la incidencia de prolapsos aumenta el doble por cada decenio de vida a partir de los 20 años. Esto es producto de los procesos degenerativos propios de la edad así como los cambios hormonales que se presentan, principalmente el hipoestrogenismo.
- Raza: se ha visto que mujeres de raza negra y asiáticas tienen menor riesgo que las hispanas y caucásicas.
- Tabaquismo: aunque aún no está bien definido, se ha visto que el estrés oxidativo que produce el tabaco puede influir en la aparición de prolapsos.

1.4 FISIOPATOLOGÍA

El suelo pélvico es un sistema dinámico y complejo situado en la parte inferior de la cavidad pélvica cuyas funciones son mantener el equilibrio entre bipedestación, presión intra-abdominal y sustentación de los órganos abdomino-pelvianos, 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.⁵

El suelo pélvico está formado básicamente por 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.

La fisiopatología del prolapso es multifactorial pero en sí, todo se resume en la pérdida del soporte fibro-muscular de la región pélvica que da como resultado: incompetencia del suelo pélvico 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; hipertonía del diafragma torácico y alteraciones de la estática lumbo-pélvica.

Para entender el sistema de soporte pélvico, es útil subdividirlo en tres ejes: Eje vertical superior, el eje medio horizontal, y el eje vertical inferior. La fascia endopélvica mantiene la integridad de estos ejes para el soporte de las vísceras. Este sistema se conoce como niveles de Lancey.⁶

- Nivel 1: hace referencia a la suspensión superior de la vagina a los ligamentos cardinales y uterosacros del útero. Las manifestaciones clínicas del defecto a este nivel incluyen el prolapso apical del cuello uterino o de la cúpula en pacientes histerectomizadas. Además, los datos recientes describen la importante correlación

clínica entre el daño del Nivel 1 y su contribución en la gravedad del defecto en la porción apical y en compartimiento anterior de la vagina.

- Nivel 2: es el soporte lateral de la vagina al arco tendinoso de la fascia endopélvica; sus manifestaciones clínicas incluyen el prolapso de la pared vaginal anterior y la asociación con incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Nivel 3: es el soporte distal de la vagina al diafragma urogenital y cuerpo perineal, esto se manifiesta con la aparición de retóceles distales o descenso perineal, llevando en casos extremos a incontinencia anal.

1.5 CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas con que se presenta esta patología dependen del órgano u órganos afectados así como de la intensidad del prolapso y de las modificaciones funcionales asociadas.

El síntoma que se presenta con mayor frecuencia es la sensación de cuerpo extraño en el introitovaginal o de tumoración en genitales externos que inicialmente solo aparece con los esfuerzos y se vuelve progresivamente más intensa.

Pueden aparecer algunos síntomas inespecíficos como: dolor abdominal, , síntomas urinarios (poliaquiuria, urgencia miccional, dificultad de vaciado, retención urinaria, nicturia), alteraciones de la defecación, dispareunia y hemorragias.

1.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta patología se debe realizar en base a un adecuado interrogatorio en el cual se pregunten los antecedentes personales completos a fin de identificar factores de riesgo. La exploración física detallada es la que más datos nos da para realizar el diagnóstico.

Aunque la exploración física por sí sola nos ayudará en la gran mayoría de los casos, existen estudios complementarios en los que podemos apoyarnos para complementar el mismo y con los cuales determinar el plan terapéutico a seguir. Algunos de estos son: exámenes de laboratorio, ultrasonido, estudios urodinámicos, etc.⁸

1.7 GRADIFICACIÓN

Los términos cistocele, cistouretrocele, prolapso uterino, rectocele y enterocele están cayendo en desuso debido a la subjetividad que pueden representar.

En 1996, la Interenational Continence Society definió un sistema de cuantificación del Prolapso de órgano Pélvico (POP-Q). Esta escala pretende estandarizar los criterios para gradificar clínicamente los prolapsos de órganos pélvicos además de mejorar una evaluación que permita comparar las publicaciones de distintos centros.⁷

Este sistema contiene una serie de mediciones de sitios específicos del soporte de órganos pélvicos femeninos. Se mide el prolapso en cada segmento con relación al himen, que es

una relación anatómica fija que puede identificarse de manera constante. Se localizan nueve puntos con referencia al plano del himen (Imagen 1): ⁷

- Aa: situado 3 cm por encima del meato uretral
- Ba: punto más alto del tabique vaginal anterior
- Ap: similar a Aa pero en la cara posterior de la vagina
- Ba: punto más alto del tabique vaginal posterior
- C: cérvix o cúpula vaginal
- D: saco de Douglas
- Hiato genital (gh): desde el meato uretral hasta la línea media posterior del himen
- Cuerpo perineal (pb): desde el margen posterior del hiato genital hasta el ano
- Longitud vaginal total (tv1): profundidad máxima en cm de la vagina

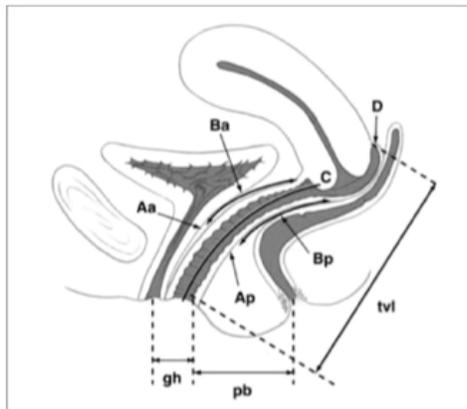


Imagen 1. Puntos de medición para realizar el POP-Q

Los puntos por arriba o proximales al himen se escriben con un número negativo. Las posiciones inferiores o distales al himen se registran con un número positivo. Las mediciones de los dos puntos pueden organizarse en un cuadro de tres por tres. (Imagen 2)

Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cuello uterino o cúpula vaginal C
Hiato genital gh	Cuerpo perinatal pb	Largo vaginal total tvl
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Fórmix posterior D

Imagen 2.

El grado de prolapso se cuantifica entonces con un sistema ordinal de cinco etapas y dependerá del punto que se encuentre más prolapsado. ⁷

- Etapa 0: No se demuestra prolapso. Los puntos Aa, Ap, Ba y Bp están a -3 cm y el punto C o el D están entre TVL y (TVL-2) en cm.
- Etapa I: La porción más distal del prolapso es >1 cm por arriba del nivel del himen (es decir, su valor de cuantificación es < -1 cm).
- Etapa II: La parte más distal del prolapso es ≤1 cm proximal o distal al plano del himen (o sea, su valor de cuantificación es ≥ -1 cm, pero ≤+1 cm).
- Etapa III: La parte más distal del prolapso es >1 cm por debajo del plano del himen, pero no sobresale más de 2 cm menos de la longitud vaginal total en centímetros (o sea, su valor de cuantificación es >+1 cm, pero <+ [TVL-2] cm).
- Etapa IV: En esencia, se demuestra la eversión completa de toda la longitud del aparato genital inferior. La parte distal del prolapso sobresale al menos (TVL-2) cm (esto es, su valor de cuantificación es ≥+ [TVL-2] cm).

En la mayoría de los casos, el borde más sobresaliente del prolapso en etapa IV será el cuello uterino o la cicatriz del muñón vaginal.

1.8 TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico del prolapso genital dependerá de la severidad de los síntomas que acompañan a esta patología, junto al estado de salud y los deseos de la paciente. Dentro de las alternativas existentes se encuentran el manejo conservador y el manejo quirúrgico .

El objetivo de la cirugía es, en cualquier técnica quirúrgica, recuperar la anatomía vaginal, recuperar función sexual, restaurar y preservar función vesical e intestinal. Las pacientes en etapa II y que son sintomáticas y las pacientes en etapa III y IV requieren tratamiento quirúrgico. Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento del prolapso genital, con abordajes tanto por vía vaginal como por vía abdominal. No se ahonda en este tema ya que no es el motivo de esta revisión.

En cuanto al tratamiento conservador, este representa es una alternativa válida para cualquier mujer que presenta este tipo de patología. Sin embargo, puede ser la única opción disponible para un grupo de pacientes que por razones médicas o personales no pueden o desean someterse a una cirugía . Los objetivos de este tipo de terapéutica son:

- Prevenir el empeoramiento del prolapso.
- Reducir la gravedad de los síntomas.
- Aumentar la fuerza, resistencia y sostén de la musculatura del suelo pélvico.
- Evitar y/o retrasar la intervención quirúrgica.

Las opciones que hay en manejo conservador son:⁸

- Modificaciones del estilo de vida: incluyen pérdida de peso, reducción de actividades que aumenten la presión intra abdominal.
- Ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.
- Pesarios

1.8.1 USO DE PESARIOS

La existencia de los pesarios se describen por primera vez en el papiro de Kahun de 2000 a de C. Hipócrates indicaba poner media granada en la vagina para reducir el prolapso.⁹

Estos son dispositivos de silicon que se insertan en la vagina para reducir el prolapso. Su uso representa un tratamiento económico, de bajo riesgo y eficaz.

Las indicaciones del pesario son: contraindicación de cirugía para mujeres mayores por condiciones médicas adversas; en jóvenes que no han completado su familia; en espera de la cirugía; para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en complicaciones del embarazo (incompetencia cervical), rechazo de la paciente a la cirugía.¹⁰

Las contraindicaciones para el uso de éstos son demencia, infección vaginal activa, la erosión o ulceración vaginal persistente, y atrofia vaginal grave. Se debe diferir la colocación del pesario hasta resolución de éstos.¹⁰

Existen dos tipos básicos de pesarios para prolapso: de apoyo (anillo), y aquellos cuya función es llenar espacio (Gellhorn).¹¹

Tanto el de anillo como el de Gellhorn son igualmente eficaces para el tratamiento del POP. El de anillo se ajusta al 70 % de las mujeres. Por lo que se recomiendan para la mayoría de las mujeres, porque son cómodos, la propia paciente se lo puede insertar y quitar fácilmente y son posibles las relaciones sexuales.¹¹

Los factores de riesgo para el fracaso para adaptarse a un pesario incluyen: cirugía previa de POP, histerectomía previa y POP concurrente e IUE. Los factores de riesgo relacionados son: longitud vaginal corta (≤ 6 cm) e introito vaginal amplio (más de 4 traveses de dedos). La severidad del POP y la actividad sexual no son factores de riesgo para el fracaso del pesario.¹²

El tamaño del pesario se ajustará al tamaño mas grande que le resulte cómodo al paciente. Se sugiere utilizar un pesario de anillo si el tamaño del introito vaginal es de 1 a 2 traveses de dedos y un POP en etapa II-III; y un pesario Gellhorn si el introito vaginal es de 3 a 4 traveses de dedo o hay POP etapa IV¹³

Los efectos secundarios que se pueden presentar son:¹⁴

- Erosiones y úlceras vaginales
- Sangrado vaginal
- Flujo vaginal
- Salida del pesario
- Impactación en vagina
- Fístulas: vesicovaginal, rectovaginal
- Peritonitis

- Complicaciones intestinales
- Hidronefrosis

Por lo general las primeras cuatro complicaciones ocurren en entorno de atrofia vaginal por lo que está indicado el uso de estrógenos locales. Las últimas cinco complicaciones citadas son poco frecuentes, sin embargo, debemos tenerlas en cuenta y hacerlas del conocimiento de las pacientes.

Siempre que se coloca un pesario se debe recomendar el autocuidado, las pacientes deben retirarlo y limpiarlo por lo menos una vez a la semana aunque lo ideal es diariamente y colocarlo de nuevo por la mañana. Sin embargo, en pacientes de edad avanzada, esto no siempre es posible por lo que se recomienda control en la consulta cada 3 meses para el seguimiento a largo plazo. En pacientes con autocuidado adecuado se dará seguimiento cada 6 meses.¹³

II. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que el número de pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos en el Hospital Español de México es representativo, el uso de pesarios para el tratamiento del mismo es poco frecuente. Por lo anterior, la información acerca de las indicaciones, evolución y presentación de complicaciones es poca.

III. OBJETIVO

Conocer las indicaciones para la colocación de pesario en pacientes del Hospital Español de México con diagnóstico de prolapso de órganos pélvico así como las complicaciones y evolución que éstas presentaron después de la colocación del mismo. Conocer cuales son las características clínicas de las pacientes.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

Para alcanzar los objetivos antes citados, se realizó una revisión de los expedientes clínicos de las pacientes que acuden al servicio de Uroginecología del Hospital Español de México que actualmente son portadoras de pesarios. Se extrajo información acerca de:

- Edad actual (a 2018);
- Gestaciones, partos y abortos;
- Edad a la menopausia
- Tabaquismo
- Antecedentes médicos y quirúrgicos;
- Edad al inicio del uso del pesario;
- Indicación;
- Meses de uso
- Presencia de complicaciones (flujo vaginal, infección de vías urinarias, sangrado vaginal, expulsión)

- Recambio de pesario
- Retiro de pesario

Se calcularon rangos, medias y medianas de para los datos numéricos. Y los datos cualitativos se expresan en porcentajes.

V. RESULTADOS

Se encontro un total de 6 pacientes.

La media de edad actual fue de 79.66 años (entre 68 y 87). La media de gestaciones fue de 1.66 (entre 0 y 4), de éstas la media de partos fue de 1.33 (entre 0 y 3) y la media de abortos fue 0.33 (0-1). Ninguna mujer tuvo cesáreas. La edad media a la menopausia fue 50.33 años (entre 49 y 52 años). La edad media de inicio del uso del pesario fue 78.16 años (entre 67 y 85 años). La media de meses de uso fue de 18 (entre 3 y 36 meses). (Tabla 1)

Tabla 1. Datos cuantitativos

	Rango	Media	Mediana
Edad actual	68-87	79.66	80.5
Gestas	0-4	1.66	2
Partos	0-3	1.33	1.5
Abortos	0-1	0.33	0
Cesárea	0	0	0
Edad menopausia	49-52	50.33	50
Edad colocación	67-85	78.16	78.5
Meses con pesario	3-36	18	18.5

El caso con mayor edad es el 2 con 87 años mientras que el mas joven es el caso 6 con 68 años. En cuanto a los antecedentes de las pacientes, se ve que el 50% (3) presentaron tabaquismo positivo, 33.33% (2) diabetes mellitus tipo 2, 83.33 (5) hipertensión arterial sistémica, 33.33% (2) habían sido sometidas a histerectomía total abdominal antes del uso del pesario y el 100% (6) de los casos presentaban un prolapso de tercer grado previa a la colocación del pesario. (Tabla 2)

Tabla 2. Serie de casos. Antecedentes e indicación para colocación de pesarios

No.	Edad	Gesta	Para	Aborto	Edad de menopausia	Tabaquismo	Enfermedades	Cirugías	HTA previa	Indicación de colocación
1	79	4	3	1	50	SI	DM2, HAS, enfisema pulmonar	Biopsia de endometrio	NO	Prolapso anterior y apical III
2	87	2	1	1	50	SI	HAS	Ninguna	NO	Prolapso anterior III
3	86	0	0	0	49	NO	DM2, HAS, ureterocele	Reparación ureterocele	NO	Prolapso anterior III
4	82	0	0	0	52	SI	HAS, carcinoma ductal infiltrante de ambas mamas	Mastectomía bilateral HTA	SI	Prolapso anterior III
5	68	2	2	0	49	NO	Migraña	HTA	SI	Prolapso anterior y de cúpula vaginal III, enterocele
6	76	2	2	0	52	NO	HAS, hipotiroidismo, insuficiencia venosa	Colocación de stent OTB	NO	Prolapso anterior III Prolapso posterior I

DM2: diabetes mellitus 2; HAS: hipertensión arterial sistémica; HTA: histerectomía total abdominal; OTB: oclusión tubaria bilateral

A todas las paciente se les coloco pesario tipo dona, en 5 de ellas (83.33%) se colocó dona de medida de 2 ½”. En la paciente restante la dona que se uso fue de 2 ¾”. Todas las pacientes utilizaron estrogenos locales posterior a la colocación del pesario. (Tabla 3)

Tabla 3. Características y complicaciones de la colocación de pesarios

No.	Edad de colocación	Año de colocación	Meses con pesario	Tipo de pesario	Tratamiento post-colocación	Infección urinaria	Flujo vaginal	Sangrado vaginal	Expulsión	Recambio	Retiro de pesario
1	76	2015	36	Dona 2 ½	Ovestin	SI	SI	SI	NO	NO	NO
2	85	2016	24	Dona 2 ¼	Ovestin	SI	NO	NO	NO	NO	NO
3	84	2016	20	Dona 2 ½	Ovestin	NO	SI	NO	NO	NO	NO
4	81	2017	17	Dona 2 ½	Premarin	SI	NO	NO	SI 2 veces	SI 2 veces	NO
5	67	2017	8	Dona 2 ½	Premarin	SI	SI	NO	SI 1 vez	SI 1 vez por Gellhorn	SI Se coloca malla calistar y cinta TOT
6	76	2018	3	Dona 2 ½	Ovestin	SI	NO	NO	SI 1 vez	NO	SI Por cirugía de cadera

En cuanto a las complicaciones que se presentaron en las pacientes, la más frecuente fue la infección de vías urias la cual se presentó en 5 pacientes (83.33%), 50% (3) presentaron flujo vaginal, 16.66% (1) sangrado vaginal. 3 pacientes (50%) tuvieron expulsión del pesario, el caso número 4 en dos ocasiones en las cuales se recambio el pesario, en el caso número 5 la paciente tenía programada una cirugía de cadera por lo que difirió la recolocación. En el caso número 6, posterior a la expulsión, se cambio la dona por un pesario tipo Gellhorn, sin embargo éste fue retirado debido a la falta de mejoría de síntomas para realizar colocación de malla Calistar y conta TOT. (Tabla 3 y 4).

Tabla 4. Porcentajes de complicaciones

	n	Porcentaje
Infección urinaria	5	83.33
Flujo vaginal	3	50
Sangrado vaginal	1	16.66
Expulsión	3	50
Recambio	2	33.33
Retiro	2	33.33

VI. CONCLUSIONES

Se pudo observar que todas las paciente de estas serie presentaron alguna complicación. Lo anterior resulta relevante pues con ello se pueden tomar medidas para indentificar los factores de riesgo que presentan las pacientes para desarrollar alguna complicación y de esta manera aplicar medidas preventivas.

Debido a que la cantidad de pacientes con prolapso de órganos pélvico en las que se usa pesario como tratamiento de eleccion es pequeño, los resultados pueden estar sesgados. Sin embargo, a partir de este tipo de estudios, se pueden desarrollar proyectos más grandes que arrojen resultados más certeros.

VII. 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. Swift S. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. Curr Opin Obstet Gynecol. 2002;14:503---7.
3. Sung V, Hampton B. Epidemiology of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North am. 2009;36(3):421-43.
4. Espitia de la Hoz, Franklin J. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Revista Urología Colombiana 2015 XXIV.

5. Rodríguez PC, Pinto HC. Anatomía del suelo pélvico. Conceptos y diagnósticos: 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.
6. De Lancey JOL. The hidden epidemia of pelvic floor dysfunction. Achievable goals for improved prevention and treatment. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 1488-95.
7. Persu C, Chapple CR, Cauni, V, Gutue S, Geavlete P (2011) Pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q)—a new era in pelvic prolapsed staging. J Med Life 75–81.
8. Diagnosis and therapy of female pelvic organ prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016). Geburtsh Frauenheilk 2016; 76: 1287–1301.
9. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011;156:125---30.
10. Atnip S, O'Dell K. Vaginal support pessaries: indications for use and fitting strategies. Urol Nurs 2012;32:114-24.
11. Constanza Ralph T., Danisa Ivanovic-Zuvic S., Bernardita Blümel M., Silvana Gonzalez L., Javier Pizarro-Berdichevsky. Uso de pesarios en mujeres menores de 65 años con diagnóstico de prolapso de órganos pelvianos: estudio de factibilidad. REV CHIL OBSTET GINECOL 2014; 79(3): 161 – 165.
12. Mutone MF, Terry C, Hale DS, et al. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2005;193:89-94.

13. Diagnosis and therapy of female pelvic organ prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016).
Geburtsh Frauenheilk 2016; 76: 1287–1301
14. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2.
Art. No.: CD004010.