

# TRATAMIENTO CONSERVADOR PROLAPSO GENITAL CON PESARIO

Guía de práctica clínica

2024

## **AUTORES:**

Carlos Calle Díez (HU. Sanitas La Moraleja)

Alicia Guntiñas Castillo (HU. HM Puerta del Sur)

María Luque Martín (HU. Fuenlabrada)

Mar Muño Muñiz (HU. La Paz)



## ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN

2.- INDICACIONES

3.- CONTRAINDICACIONES/LIMITACIONES

4.- ELECCIÓN DE TIPO Y TALLA

5.- COLOCACIÓN

6.- SEGUIMIENTO y CUIDADOS

7.- COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

8.- BIBLIOGRAFÍA

ANEXO 1: Recomendaciones para pacientes con prolapso de órganos pélvicos.

ANEXO 2: Recomendaciones para pacientes usuarias de pesarios vaginales.



## INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un trastorno muy prevalente que afecta hasta el 30-50% de las mujeres a lo largo de su vida. En torno al 10% de ellas precisarán un abordaje quirúrgico para el manejo de los síntomas.

Algunas de estas pacientes pueden rechazar la cirugía, tener patologías concomitantes que contraindiquen la anestesia o la cirugía en sí misma. Por lo que el manejo no quirúrgico del POP con pesarios es útil y se utiliza desde hace años. En ocasiones, se pueden utilizar para el manejo inicial o a largo plazo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Los pesarios se usan desde hace milenios, reportando su uso de incluso 400 años AC. En Europa y EEUU se usan los pesarios desde el siglo pasado (1937). Inicialmente eran de látex, pero actualmente son de silicona, con materiales no alérgicos. Tienen pocas contraindicaciones, una tasa baja de complicaciones y tasas buenas de uso continuado.

El uso del pesario tiene un impacto positivo en la calidad de vida de la paciente, en la función sexual y en la imagen corporal y produce una disminución significativa de los síntomas de prolapso.

El anillo sin membrana es el pesario que se utiliza con mayor frecuencia, permitiendo la actividad sexual y provocando menor cantidad de secreciones vaginales que los pesarios oclusivos o con membrana.

Sin embargo, hasta hace poco no existía una guía sobre su uso, indicaciones y contraindicaciones, avalada por las sociedades científicas. Recientemente, se ha trabajado en estas guías a nivel internacional (guías NICE, RCOG, IUGA).

Desde el grupo de trabajo de Suelo Pélvico de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia Madrileña, hemos elaborado un protocolo que pretende ser una guía útil, tanto para el profesional como para la paciente, sobre los distintos usos del pesario, manejo y solución de posibles complicaciones.



## INDICACIONES

El pesario es una opción de tratamiento conservador en prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo. Es importante valorar con la mujer las diferentes alternativas de manejo de estas disfunciones como son: el tratamiento quirúrgico, el tratamiento conservador o incluso no realizar ningún tratamiento.

Las situaciones en las que se puede ofrecer el pesario como opción de tratamiento del prolapso serían:

- Manejo del prolapso sintomático durante la espera hasta la cirugía (por lista de espera o necesidad de posponer cirugía).
- Las preferencias de la mujer. En el caso de presentar un prolapso que asocie síntomas (sensación de peso en hipogastrio, precisar maniobras de reposición para micción/defecación, sangrado genital...) puede considerarse en pacientes que lo prefieran frente al manejo quirúrgico,
- Manejo del prolapso sintomático en pacientes no candidatas a cirugía por comorbilidades tanto físicas como cognitivas.
- Manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes que no puedan o no quieran cirugía, o para mejorar la sintomatología hasta la cirugía.
- Manejo de los síntomas asociados a prolapso o escapes urinarios que se producen de manera intermitente y predecible, como por ejemplo al hacer ejercicio.
- Mujeres sin deseo genésico cumplido y que necesiten una solución entre gestaciones para los síntomas del prolapso o la incontinencia urinaria hasta la cirugía.
- Manejo del prolapso durante el embarazo.

Los factores a tener en cuenta a la hora de ofrecer el pesario como alternativa de tratamiento:

- Beneficios y riesgos de cada procedimiento.
- El estilo de vida.
- Edad.
- Severidad de la incontinencia.
- La localización del prolapso.
- Cirugías abdominales o pélvicas previas.



## CONTRAINDICACIONES / LIMITACIONES DE USO

- Pacientes que no sean capaces de manejar ellas mismas el pesario y no puedan acudir a consulta a las revisiones programadas.
- Presencia de infección pélvica o vaginal activa, inflamación o sangrado inexplicado o presencia de cáncer vaginal o cervical.
- Pacientes con antecedentes de radioterapia con afectación de los tejidos.
- En pacientes con tejido vaginal muy atrófico que no responde a tratamiento previo con estrógenos locales.
- Mujeres con espacio vaginal demasiado estrecho o corto para poder ajustar el pesario.
- Presencia de lesiones como: erosiones vaginales, erosión de mallas vaginales y / o fístula.
- Mujeres con relaciones sexuales con penetración vaginal que no sean capaces o no deseen el automanejo del pesario. Durante las relaciones sexuales el pesario se puede dejar en la vagina si los dos miembros de la pareja están de acuerdo y no sienten incomodidad.

Situaciones en las que se precisan medidas de precaución en el uso del pesario:

- Tejido vaginal muy atrófico (requiere administración previa de estrógenos locales).
- Pacientes con malla vaginal colocada previamente.
- Dolor vaginal preexistente (como neuralgia del pudendo).
- La medicación anticoagulante o antiplaquetaria puede incrementar la posibilidad de sangrado con el pesario, pero no contraindica su uso.



## ELECCIÓN DE TIPO Y TALLA

Podemos clasificar los pesarios en dos grandes categorías:

- **De soporte:** Es el tipo de pesario más utilizado. Se puede utilizar para la corrección de todo tipo de prolapsos si bien precisan de un periné en buen estado para que la paciente sujete correctamente el pesario.
  - Anillo. Tiene forma de aro, pudiendo tener modificaciones como muescas para facilitar la inserción y extracción, soporte para el tratamiento concomitante de la incontinencia de orina de esfuerzo o una mayor superficie interior para mejorar el soporte central.
  - Gehrung. Tiene forma de silla de montar. Está compuesto por una estructura metálica recubierta de silicona que da soporte a las paredes vaginales. Se utiliza en cistoceles o rectoceles severos en los que ha fracasado el anillo. También puede llevar un refuerzo para el tratamiento concomitante de la incontinencia de esfuerzo.
  - Hodge. Tiene forma elongada, con doble curvatura. Consta de una estructura metálica recubierta de silicona. También hay disponible una variante con membrana en la mitad superior del mismo para los casos en los que exista histerocele. También disponible con refuerzo para tratamiento de la incontinencia de orina. Resulta útil en mujeres con vaginas y/o introitos estrechos como consecuencia de cirugías previas.
  - Shaatz. Se trata de una placa circular ligeramente cóncava con orificios de drenaje que permite corrección de prolapso apical leve o moderado con o sin prolapso anterior asociado.
  
- **Ocupantes de espacio:** Este tipo de pesario se suele preferir en mujeres con prolapsos severos con un hiato genital amplio y cuerpo perineal reducido en las que la posibilidad de expulsión de los pesarios de anillo es muy elevada.
  - Gelhorn. Consta de una placa circular que sujetaría los órganos pélvicos en el interior de la vagina a modo de copa menstrual y un vástago central en el canal vaginal, apoyado en la cara posterior de la misma. Disponemos de diferentes longitudes del vástago para adaptarse a la longitud de la vagina, sobre todo para los casos en los que sea corta.
  - Donut. Tiene una forma similar a los pesarios de anillo pero con un grosor mayor, quedando únicamente un pequeño diámetro interior. Disponible en diferentes tamaños y además existe un modelo que es inflable.
  - Cubo. Se trata de un cubo con caras cóncavas que le confieren la capacidad de adherirse a las paredes vaginales a través de un efecto de succión. Dispone de un hilo que permite su retirada, siempre tras la liberación del pseudovacío previamente.



## Grupo Trabajo Suelo Pélvico

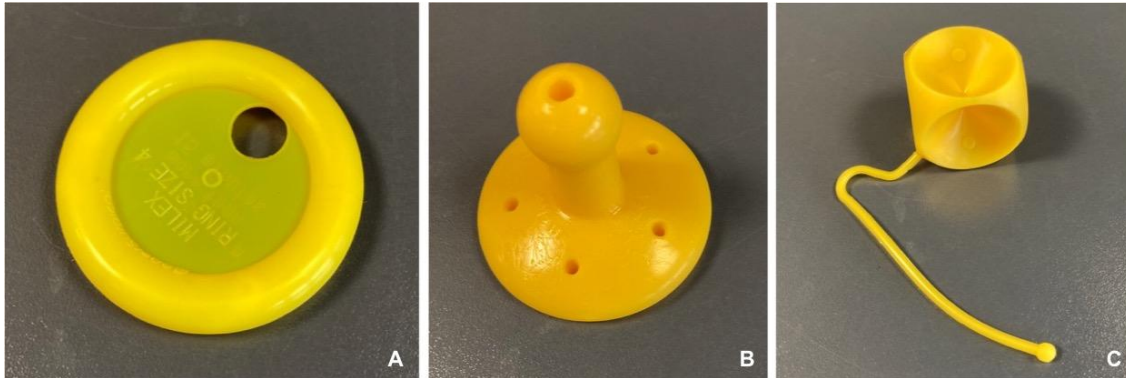


Figura 1. Tipos de pesario: Anillo con membrana (A); Gellhorn (B); Cubo (C).

La elección del tipo de pesario debe realizarse en función del tipo de prolapso que presente la paciente, si ésta desea conservar o no la función coital, la disponibilidad y la experiencia del médico.

Aún así, no deja de ser un proceso de “prueba y error” y en ocasiones es necesario probar varios tamaños y tipos diferentes de pesarios antes de encontrar aquel que reduzca adecuadamente el prolapso y con el que la mujer se sienta cómoda durante las actividades cotidianas y además permita realizar la micción sin problemas.

Este proceso de adaptación puede resultar incómodo a las pacientes y motivar el abandono del tratamiento por lo que si la mujer recibe información apropiada sobre el proceso de elección así como el manejo posterior ayudará a aumentar la satisfacción y la probabilidad de continuación con el tratamiento.

Para determinar la talla inicial del pesario se realiza un tacto vaginal y se mide la longitud desde el introito hasta el fondo de saco vaginal posterior. Dicha distancia se corresponderá con el diámetro del pesario. Utilizaremos algún lubricante para facilitar la inserción del pesario y minimizar las molestias. Una vez colocado comprobaremos con un tacto que no hay zonas de presión excesiva y pediremos a la mujer que realice una maniobra de Valsalva y se ponga de pie para comprobar que el pesario continúa bien colocado.

Si el pesario es adecuado la mujer no debe notarlo una vez que se ha habituado a él mientras que si nota excesiva presión en el recto o disminución del flujo miccional será preciso cambiarlo por una talla menor. Así mismo, si la paciente nota que se desplaza hacia el introito deberemos probar una talla mayor. Si se dispone de tiempo suficiente pediremos a la mujer que deambule unos minutos con el pesario antes de marcharse y ofreceremos una atención telefónica para resolver dudas o problemas que puedan surgir en los primeros días de utilización.



## TIPOS DE USO

- Automanejo: en general es recomendable la opción de autocuidado. Se trata de que las pacientes se retiren de forma periódica (diaria, semanal...) y limpien el pesario y lo dejen fuera de la vagina durante la noche. También incluye el uso puntual del pesario asociado a determinadas circunstancias (laborales, práctica de actividad deportiva, personales..).

Si se producen desgarros de la piel en el introito con las extracciones repetidas del pesario es recomendable aumentar el periodo de uso para reducir el trauma tisular así como tratamiento para mejorar el trofismo.

Debe abordarse con la paciente el uso del pesario que desea en tener con respecto a las relaciones sexuales para ver si es una de las situaciones en las que desea extracción del dispositivo o no.

- Uso continuo: Cuando la paciente no puede o no quiere realizar ella misma extracción del pesario.





## COLOCACIÓN

A continuación describiremos más detalladamente los pesarios más utilizados y revisaremos los aspectos clínicos más relevantes sobre su colocación y seguimiento.

### *Pesario de anillo*

Es el pesario más utilizado en la clínica. Útil para prolapsos estadio I-III existiendo también la posibilidad de tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo en aquellos modelos que disponen de una zona de refuerzo que queda colocada debajo de la uretra. También disponemos de pesarios de anillo con membrana perforada para permitir el drenaje de las secreciones, para mujeres con prolapsos significativos que pueden introducirse a través del anillo y por tanto no corregir adecuadamente el prolapso.

Es de fácil inserción y extracción. Para ello se debe comprimir para reducir su ancho o retorcerlo para que adquiera forma de 8. El pesario comprimido se introduce en la vagina y cuando llevamos la mitad del mismo dentro se libera gradualmente mientras terminamos de introducirlo (Figura 2). Por lo general queda en la posición correcta aunque puede precisar de ajustes adicionales para que la parte anterior esté detrás de la sínfisis del pubis y la parte posterior en el fornix vaginal posterior. Si la mujer tiene cuello uterino es importante cerciorarse de que el borde posterior del pesario quede por detrás de éste y no por delante.

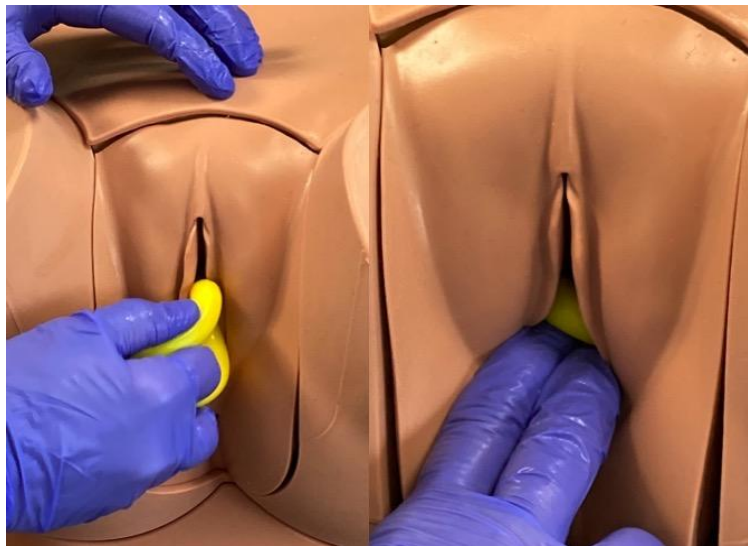


Figura 2. Técnica inserción pesario anillo

Para su retirada únicamente se debe coger con el dedo índice alrededor del borde anterior y llevarlo hasta la entrada de la vagina. Una vez ahí se debe comprimir tanto como sea posible para extraerlo suavemente de la vagina. Este modelo de pesario se revisa cada 6 meses cuando se utiliza de forma continuada y anualmente en aquellas mujeres con una utilización intermitente.



## Grupo Trabajo Suelo Pélvico

### *Pesario Gellhorn*

Es el pesario más utilizado para mujeres con prolapsos avanzados, resultando más complejo su uso discontinuo y limitando en cierta manera la actividad sexual coital.

En función del tamaño del pesario y el tamaño del introito existen dos opciones para la colocación del pesario:

- Sujetándolo con el vástago doblado hacia un lado para comprimir el pesario, introduciendo primero el borde de la placa y cuando estamos dentro de la vagina se gira para colocarlo horizontalmente y empujarlo hacia arriba para que la placa quede colocada en el fondo de saco posterior con el vástago dentro de la vagina (Figura 3).
- Doblando la placa del pesario por detrás del vástago se introduce en la vagina hasta el fondo de saco posterior y se libera, quedando el vástago en el centro de la vagina.

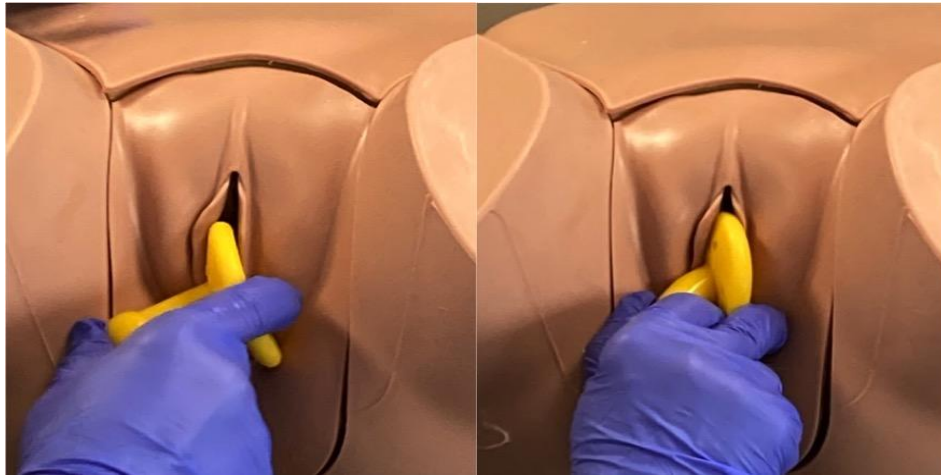


Figura 3. Técnica de inserción pesario Gellhorn.

Para retirarlo se introduce un dedo por el lateral de la placa para moverla y liberar la succión. Una vez conseguido se dobla la placa hacia el vástago y se desciende hacia el introito. Cuando el vástago está fuera del introito se podrá extraer la placa comprimiendo los bordes para reducir el diámetro. Es recomendable revisar cada 3-6 meses.

### *Pesario Shaatz*

Es un pesario similar al Gellhorn pero sin el vástago. Puede ser útil en mujeres que no mantienen un pesario de anillo por un pubis bajo o poco marcado. Es apto para el uso discontinuo e interfiere poco en la actividad sexual coital.

Se coloca de forma similar a un pesario de anillo dejando el lado cóncavo hacia la parte superior de la vagina para permitir una succión leve. Para retirarlo se introduce un dedo en el lateral de la placa para liberarla y posteriormente en el orificio central para moverlo hacia el introito. Una vez ahí se gira de forma que el borde quede casi paralelo al introito y con uno o dos dedos de la otra mano se



### Grupo Trabajo Suelo Pélvico

presiona el periné y se desliza el pesario hacia fuera. Se recomienda revisar cada 3-6 meses.

#### *Pesario Donut*

Es un pesario diseñado para el prolapso avanzado severo, especialmente si existe útero, siendo también útil en mujeres con un hiato grande. Son pesarios de inserción y extracción dificultosa lo que no los hace aptos para el uso discontinuo. Al ocupar la vagina limitan la actividad sexual coital.

Para su inserción se comprime el pesario entre los dedos pulgar e índice y se coloca paralelo al introito. Con un movimiento giratorio se empuja hacia la parte superior de la vagina asegurando dejar el cuello o la cúpula vaginal por detrás del donut.

Para retirarlo introducimos el dedo índice dentro del orificio central del pesario y con el pulgar y el dedo medio se comprime el donut para que tras un pequeño giro tiremos suavemente del pesario hacia fuera para extraerlo a través del introito que ampliaremos mediante la presión de periné con la otra mano. Se recomienda revisar cada 3-6 meses.

#### *Pesario Cubo*

Es un pesario que se indica en prolapsos avanzados y cuando otros tipos de pesarios han fracasado. Sólo es posible utilizarlo en mujeres con cierta destreza manual capaces de insertarlo y retirarlo a diario.

Para colocarlo el cubo debe presionarse con los dedos e introducirse en la vaginal siguiendo la pared vaginal posterior. Una vez dentro de la vagina se empuja hacia arriba lo máximo posible (Figura 4).

Para su retirada nos ayudaremos del hilo de pesario ya que siguiéndolo localizaremos la base del mismo con el dedo. Lo moveremos suavemente para interrumpir la succión y empujaremos hacia abajo y giraremos el cubo para sacarlo de la vagina. Nunca hay que utilizarla para tirar del cubo hacia abajo o afuera. Se recomienda realizar una primera revisión a las 4-8 semanas de utilizarlo y posteriormente cada 3-6 meses para comprobar el estado de la mucosa vaginal.

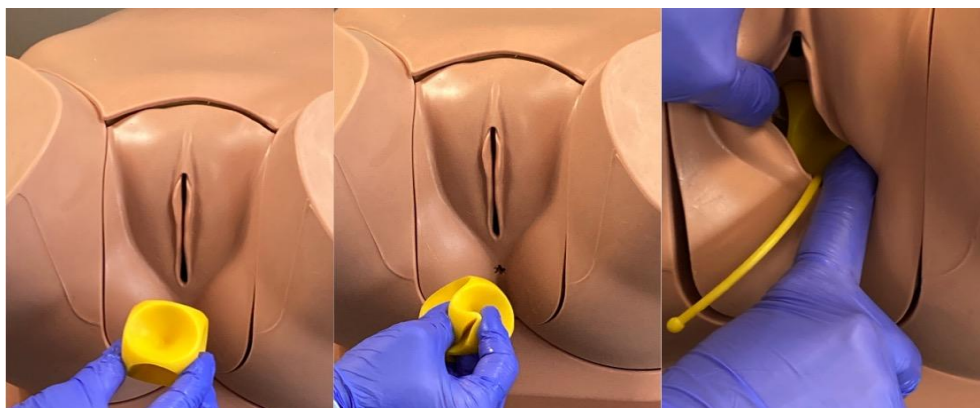


Figura 4. Técnica inserción pesario cubo.



## FALLOS EN EL AJUSTE

- Fracaso en la colocación de un pesario: Es más frecuente en las siguientes situaciones: IUE (OR: 5,59), Introito amplio (OR: 4,85), Avulsión MEA (Músculo Elevador del Ano) (OR: 2,47), Cirugía reconstructiva de prolapso fallida (OR: 2,13). También se asocia a histerectomía previa, longitud vaginal acortada, rectocele aislado o síntomas colorrectales.
- Expulsión del pesario: Puede ocurrir que tras una inserción satisfactoria con visita de control normal presenten dificultades para retenerlo. En un estudio observacional se observa en el 33,5% de las pacientes al año de la inserción. Los factores de riesgo para expulsión son: estadios III-IV del prolapso (sobre todo si es fundamentalmente apical), hiato urogenital aumentado.



## SEGUIMIENTO

Es recomendable una visita de control al mes de la primera inserción si es posible presencial y si no, al menos telefónica. En ella se valorará la satisfacción con el dispositivo, se resolverán dudas sobre el uso y preguntaremos por dificultades y síntomas que sugieran complicaciones que requieran valoración presencial.

El seguimiento tras la visita de control se realizará cada 6 meses en consulta presencial. En caso de automanejo completamente satisfactorio podría alargarse el tiempo hasta 1 año.

En la revisión semestral presencial en consulta se realizará:

- Interrogatorio sobre la presencia de síntomas: Flujo, sangrado, dolor/molestias, incontinencia, esfera sexual, si desea mantener el tratamiento conservador, si se optó por automanejo si tiene dificultades o no.
- Exploración con extracción del pesario y especuloscopia para valoración del trofismo y detección de posibles complicaciones.

Durante el examen en consulta no es necesario un lavado vaginal salvo presencia de leucorrea abundante, sangrado o mal olor. Es recomendable realizar limpieza en seco o con suero si hay leucorrea mejor que lavado vaginal con soluciones antisépticas.

El uso de crema de lidocaína previamente es útil en pacientes que refieren dolor durante la retirada. El uso de pinzas de anilla o de Kelly puede ser útil en la tracción del pesario durante su extracción. Si a pesar de estas medidas no es posible la retirada del pesario, deberá realizarse en quirófano.

Si el pesario no presenta signos de deterioro o mal olor puede lavarse con una solución jabonosa, antiséptica apta para mucosas o salina y volver a insertarse en la misma consulta. En caso de deterioro, mal olor o indicaciones precisas del fabricante se realizará cambio a nuevo dispositivo.

Se mantendrán el mismo tipo y talla mientras en las revisiones no presenten síntomas sugestivos de mal ajuste o nuevos hallazgos. En estos casos valoraremos aumento/disminución de talla o posible cambio a otro tipo de pesario.

En cada visita de control se valorará siempre el grado de satisfacción con el dispositivo así como el deseo de mantenerlo o no y si desea valorar tratamiento quirúrgico.



## **CUIDADOS**

En aquellas mujeres que optan por el automanejo se les facilitará información sobre higiene del pesario, formas de extracción e inserción, mantenimiento y resolución de dudas frecuentes.

A todas las usuarias se le recomendará el uso de humectantes/hidratantes vaginales en periodicidad de noches alternas o 2-3 noches a la semana.

A las que presenten alteración del trofismo vulvovaginal se le recomendará el uso de estrógenos vaginales en formato gel/crema/anillo vaginal/comprimidos vaginales, si no existen contraindicaciones para su uso. También puede optarse por óvulos de prasterona o tratamiento oral con Ospemifeno.

Se puede considerar el uso prolongado de crema de estrógeno en usuarias de pesarios posmenopáusicas. No hay evidencia de daño. Los estrógenos locales vaginales pueden usarse el tiempo que sea necesario sin precisar vigilancia endometrial específica o asociar gestágenos sólo por este motivo (Declaración de BMS 2018, Cochrane 2016 y NICE 2015).

ANEXO 1: Recomendaciones para pacientes con prolapso de órganos pélvicos.

ANEXO 2: Recomendaciones para pacientes usuarias de pesarios vaginales.



## COMPLICACIONES

- Leucorrea abundante/disbiosis/infecciones.
- Erosión vaginal / Ulceración.
- Disconfort/dolor.
- Síntomas urinarios: Incontinencia urinaria (“de novo” o aumento de la incontinencia previa) / disfunción de vaciado/ retención urinaria.
- Incarceración o impactación o extracción dificultosa.
- Fístulas.



## MANEJO DE COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

### *Flujo vaginal abundante o maloliente:*

- Acidificar pH (probióticos)
- Cultivos de exudados vaginal y realizar tratamiento dirigido (antibióticos...)
- Cambio a nuevo pesario o descanso temporal si desea.

El flujo vaginal, con o sin olor, es muy común en usuarias de pesarios y generalmente se ha atribuido incorrectamente a un cambio en la flora bacteriana que resulta del aumento posmenopáusico del pH vaginal. En realidad, el pesario en sí parece incitar una respuesta inflamatoria.

**IMPACTO EN LA MICROBIOTA:** El uso de pesarios no parece alterar la microbiota vaginal a menos que haya erosiones vaginales.

### *Infección:*

Si se sospecha que el aumento de leucorrea sea sugestivo de infección es aconsejable realizar cultivos vaginales y/o endocervicales para tratamiento dirigido.

### *Sangrado vaginal:*

Puede ser por atrofia, por una erosión vaginal o por un trauma en el momento de la inserción o retirada. Descartada patología endometrial se puede manejar con dosis bajas de estrógenos.

### *Erosion/ulceración:*

Existen 4 niveles de lesión que se pueden producir en la vagina por el pesario:

- Eritema. Apariencia rojiza sin aparente rotura de la mucosa vaginal.
- Abrasión. Daño superficial con sangrado vaginal escaso que no necesita tratamiento.
- Erosión/ulceración. Daño más profundo de la mucosa vaginal con sangrado que requiere cauterización química (Nitrato de plata).
- Fístula. Conexión entre la vagina y órganos adyacentes (vejiga o recto) que se ha desarrollado por el uso del pesario.

El tejido de granulación se puede formar como resultado del uso del pesario con cada uno de estos cambios epiteliales.

Si un eritema o abrasión se identifica durante el examen pélvico, se puede reinsertar el pesario. Sin embargo, si se identifica una erosión/ulceración no debería volver a colocarse el pesario y ver de nuevo a la paciente en 4-6 semanas o hasta que sanen las paredes vaginales. Realizar tratamiento con estrógenos vaginales.

Valorar adecuar el tamaño del pesario, ya que es más frecuente que ocurra por usar tamaños mayores a los que la mujer necesita, porque producen más presión





#### Grupo Trabajo Suelo Pélvico

sobre las paredes vaginales. En caso de que no se produzca una cicatrización normal se debe tomar una biopsia de la lesión.

Si se visualiza una fístula, no reintroducir el pesario e iniciar los cuidados adecuados a la fístula.

#### *Síntomas urinarios o defecatorios:*

- Descartar infección urinaria mediante análisis/cultivo de orina.
- Reevaluar tipo de pesario (a pesario con soporte uretral) y talla en función de síntomas urinarios (En pesarios de mayor tamaño al necesario pueden producirse dificultades en el vaciado vesical).
- Evaluar la posibilidad de incontinencia urinaria oculta e informar a la paciente para valorar si desea cambiar de estrategia de manejo del prolapso.
- Si la mujer presenta urgencia defecatoria o defecación obstructiva que pueda ser por efecto de presión del pesario se debe reevaluar ajuste de tipo/talla.

#### *Dolor o disconfort:*

Retirar el pesario y reevaluar el tipo y ajuste de talla.

#### *Impactación/incarceración de pesario o extracción dificultosa:*

- En caso de extracción dificultosa: Administrar lubricantes o crema con estrógenos y tras 20-30 min intentar suavemente movilizarlo y rotarlo antes de extraerlo.
- En casos de incarceration leve realizar tratamiento con estrógenos tópicos 1-2 semanas todas las noches antes de intentar movilizarlo para extraerlo.
- En casos más severos cortar el pesario "in situ" para extraerlo. Puede ser necesario realizarlo bajo anestesia o en quirófano. En casos severos es importante realizar una exploración completa bajo anestesia para estudio de posibles fístulas.



## BIBLIOGRAFÍA

- Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. (NIG123). NICE guideline. 2019.
- Mugdha Kulkarni, Ajay Rane. Expert Opinion: Vaginal pessaries in the management of pelvic organ prolapse. IUGA. 2021.
- Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Nov 18;11(11):CD004010. doi: 10.1002/14651858.CD004010.pub4. PMID: 33207004; PMCID: PMC8094172.
- UK Clinical guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse. 2021.
- AUGS-SUNA joint clinical consensus Statement. Vaginal pessary use and management for pelvic organ prolapse. *Urogynecology.* 2023,29(1).
- UK Clinical Guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse. March 2021.
- UpToDate: Vaginal pessaries: Insertion and fitting, management, and complications. Jeffrey L. Clemons, MD, FACOG. Last updated: Sep 25, 2023.
- Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No. 411: Vaginal Pessary Use. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021 Feb;43(2):255-266.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2020.11.013. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33248302.
- Vaginal Pessary Use and Management for Pelvic Organ Prolapse: Developed by the joint writing group of the American Urogynecologic Society and the Society of Urologic Nurses and Associates. Individual writing group members are noted in the Acknowledgments section. *Urogynecology (Phila).* 2023 Jan 1;29(1):5-20. doi: 10.1097/SPV.0000000000001293. PMID: 36548101.
- F. Ai, Y. Wang, J. Wang, L. Zhou & S. Wang (2022) Effect of estrogen on vaginal complications of pessary use: a systematic review and meta-analysis, *Climacteric*, 25:6, 533-542, DOI: 10.1080/13697137.2022.2079973
- Cardozo, L, Rovner, E, Wagg, A, Wein, A, Abrams, P. (Eds) *Incontinence 7th Edition (2023).* ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK, ISBN: 978-0-9569607-4-0.



## ANEXO 1

### RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

#### ¿Qué es el prolapso de órganos pélvicos?

*El prolapso de órganos pélvicos es una patología frecuente que afecta al suelo pélvico.*

El prolapso de órganos pélvicos se produce cuando falla el sistema de sostén de los órganos pélvicos femeninos. Este sistema de sostén está proporcionado por los ligamentos, fascias y músculos del suelo pélvico. La consecuencia es que los órganos pélvicos se desplazan hacia abajo, presionando las paredes de la vagina y haciendo que sobresalgan hacia el exterior.

Existen ciertos factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir un prolapso de órganos pélvicos, como el embarazo y el parto, la obesidad, incrementos crónicos de presión abdominal (estreñimiento, tos, levantar excesivo peso...) y la edad.

#### ¿A qué órganos puede afectar?

*El prolapso puede afectar a distintos órganos de la pelvis femenina como vejiga, recto y útero.*

Se utilizan diferentes terminologías para cada tipo de prolapso:

- Cistocele o prolapso de la pared vaginal anterior causado por el descenso de la vejiga.
- Rectocele o prolapso de la pared vaginal posterior causado por el descenso del recto.
- Histerocele o prolapso uterino causado por el descenso del útero. En pacientes sin útero (previamente hysterectomizadas) se puede prolapsar el fondo de la vagina o cúpula vaginal.

#### ¿Cuáles son los síntomas del prolapso de órganos pélvicos?

*En muchas ocasiones, el prolapso no causa ningún síntoma.*

Cuando aparecen síntomas, éstos pueden ser muy variados dependiendo del órgano que descienda. Algunos de estos síntomas son:

- Sensación de peso, presión o dolor en la pelvis, la vagina o la zona lumbar.
- Abultamiento de la pared de la vagina que asoma por la vulva.
- Pérdidas de orina con esfuerzos (al toser, reír o estornudar).
- Necesidad de orinar de forma repentina, aumento de frecuencia miccional, necesidad de orinar a lo largo de la noche.
- Dificultad para evacuar la orina o las heces. En ocasiones puede necesitar presionar con el dedo el bulto de la vagina para conseguir evacuar.
- Molestia, dolor o dificultad para mantener relaciones sexuales.

#### ¿Debo consultárselo a mi médico?

*Los síntomas de prolapso pueden afectar a la calidad de vida.*

Si usted tiene este problema, consulte con su médico. Un simple examen pélvico puede diagnosticar el problema. El estudio diagnóstico puede incluir una ecografía



## Grupo Trabajo Suelo Pélvico

ginecológica u otras pruebas de imagen, así como estudios especiales para evaluar los síntomas asociados.

El prolapso de órganos pélvicos es una patología benigna que no produce complicaciones severas, aunque sus síntomas pueden ser molestos y afectar a la calidad de vida.

Su médico, además de realizar un estudio diagnóstico, puede sugerirle diferentes tratamientos para aliviar sus síntomas.

### **¿Se puede prevenir el prolapso de órganos pélvicos?**

*Evitar factores de riesgo puede disminuir el riesgo de prolapso.*

- Si tiene sobrepeso, intente bajar de peso.
- Trate de evitar el estreñimiento.
- Si tiene tos crónica, busque asesoramiento médico. Si fuma, abandone el hábito tabáquico.
- Evite actividades en las que deba levantar objetos pesados.
- Evite ejercicios que aumenten la presión abdominal y deportes que supongan alto impacto en los órganos de la pelvis.
- Realice ejercicios musculares de suelo pélvico de manera regular.
- Durante el embarazo, parto y posparto, busque asesoramiento especializado para cuidar, proteger y rehabilitar el suelo pélvico.

### **¿Cómo se trata el prolapso de órganos pélvicos?**

*Las pacientes que no tienen síntomas o éstos no le molestan, no necesitan ningún tratamiento.*

Si los síntomas son molestos o afectan a la calidad de vida busque asesoramiento especializado. Su médico le ofrecerá una serie de tratamientos, tanto conservadores como quirúrgicos, para tratar de aliviar sus síntomas. Los tratamientos para el prolapso de órganos pélvicos incluyen:

#### REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

- Su ginecólogo puede remitirle a un médico rehabilitador especialista en patología de suelo pélvico.
- Puede requerir sesiones de fisioterapia durante 8 a 12 semanas.
- Los tratamientos incluyen la realización de ejercicios musculares de suelo pélvico, gimnasia abdominal hipopresiva, biofeedback, electroestimulación...

#### PESARIOS VAGINALES

- Son dispositivos de silicona de diferentes formas y tamaños que se colocan dentro de la vagina.
- Su función es dar soporte a los órganos pélvicos mejorando los síntomas de prolapso.
- Su médico se asegurará que el dispositivo sea el adecuado, se lo colocará y le dará las recomendaciones necesarias para su uso.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Si los tratamientos anteriores fracasan puede realizarse una cirugía reparadora del prolapso.



### Grupo Trabajo Suelo Pélvico

- El objetivo es recolocar los órganos afectados en su posición normal y reforzar los tejidos que los sostienen.
- Existen diferentes técnicas quirúrgicas para reparar cada tipo de prolapso.
- Pueden realizarse por vía vaginal o vía laparoscópica y pueden requerir la utilización de mallas sintéticas para la reparación.
- Con frecuencia aparecen prolapsos asociados que pueden requerir diferentes técnicas en el mismo acto quirúrgico para su reparación.
- Busque asesoramiento especializado. Su médico le informará sobre las diferentes técnicas quirúrgicas disponibles y cuál es la más adecuada para su tipo de prolapso y condiciones.

### BIBLIOGRAFÍA

- UK Clinical Guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse. United Kingdom Continence Society (UKCS). Pelvic Obstetric and Gynaecological Physiotherapy (POGP). Marzo 2021.
- Educación para el paciente: Prolapso de órganos pélvicos (Conceptos Básicos). Artículo 17225 Versión 9.0.es-419.1. 2024 UpToDate Int. Wolters Kluwer.



## ANEXO 2

### RECOMENDACIONES PARA PACIENTES USUARIAS DE PESARIOS VAGINALES

#### ¿Qué es un pesario vaginal?

*Es un dispositivo utilizado para el tratamiento conservador del prolapso de órganos pélvicos.*

Un pesario vaginal es un dispositivo médico de silicona que se coloca en la vagina y comprime sus paredes para sostener los órganos pélvicos prolapsados (vejiga, recto o útero). Existen diferentes modelos y tallas de pesarios vaginales. Dependiendo de su tipo de prolapso y condiciones, su médico elegirá el modelo y talla más apropiado para usted, proceso que, en ocasiones, puede requerir varias visitas.

Una vez encontrado el modelo y talla correctos, el pesario le ayudará a reducir sus síntomas y a sentirse mejor al realizar sus actividades diarias como trabajar, hacer ejercicio o disfrutar del ocio.

#### ¿Cuáles son los riesgos de usar un pesario?

*Los riesgos y efectos adversos son ocasionales y leves.*

- Aumento de la secreción vaginal. Si es demasiado excesiva o tiene mal olor, consulte con su médico.
- Irritación vaginal. Si se encuentra molesta y tiene la menopausia, puede beneficiarse con el uso de estrógenos vaginales.
- Lesiones o infección vaginal. Relacionados con el uso continuado a largo plazo. Para reducir el riesgo, deberá cambiar el pesario cada 4-6 meses y pueden utilizarse estrógenos vaginales.
- Afectación de la función urinaria o intestinal.

#### Uso de estrógenos por vía vaginal

*Pueden ayudarle a disminuir las molestias y los efectos adversos relacionados con el uso del pesario.*

Los estrógenos son hormonas que se encuentran en el cuerpo de manera natural. Una de sus funciones es mantener la salud del tejido vaginal. La falta de estrógenos tras la menopausia puede producir adelgazamiento del tejido vaginal, sequedad y molestias (atrofia vaginal).

Para la administración vaginal de estrógenos, existen presentaciones en forma de gel, crema, comprimidos o anillo de administración sostenida. Producen un efecto local, con baja absorción sistémica y escasos efectos en otros órganos y sistemas, a diferencia de la terapia hormonal sustitutiva convencional.

Los beneficios incluyen la mejoría de las molestias, sequedad e irritación vaginal relacionadas con la atrofia y el uso del pesario y disminuyen las complicaciones a largo plazo como lesiones e infecciones vaginales. Los riesgos son bajos y serán valorados por su médico antes de comenzar el tratamiento.

#### Cuestiones frecuentes y consejos para usuarias

*¿Puedo notar el pesario cuando está puesto?* No debería notarlo si el modelo y talla son los correctos. En ocasiones, como al hacer ejercicio o con el esfuerzo



## Grupo Trabajo Suelo Pélvico

defecatorio, puede moverse y notarlo en la vagina. Trate de recolocararlo empujándolo suavemente a través de la vagina.

*¿Puedo expulsar el pesario?* Puede ocurrir en situaciones que aumenten la presión abdominal como la tos severa, el estreñimiento y el vómito. También puede ocurrir durante la elección de la talla si el dispositivo es demasiado pequeño. Si expulsa el pesario, lávelo con agua y jabón, guárdelo y consulte con su médico. Evite el estreñimiento. También puede ayudarle el sujetar el periné durante la defecación con la mano envuelta en papel higiénico o toallita colocada en la apertura vaginal por delante del ano.

*¿Cada cuánto tiempo debe ser revisado y recambiado el pesario?* Dependiendo del modelo de pesario que utilice, deberá ser revisada por su médico con una frecuencia de 3 a 6 meses. El dispositivo tiene una larga durabilidad, teniendo que ser recambiado si el material se deteriora (grietas, rugosidades, cambio de forma...). En ocasiones el dispositivo puede decolorarse, no siendo esto perjudicial.

*¿Puedo seguir realizando ejercicio físico?* Puede realizar ejercicio físico mientras lleva el pesario. Muchas mujeres se encuentran mejor y son más activas físicamente al llevar el pesario. También se recomienda continuar la realización de sus ejercicios musculares de suelo pélvico.

*¿Puede afectar a las relaciones sexuales?* Es posible mantener relaciones sexuales con penetración con un pesario modelo anillo. Otros modelos deben ser retirados antes y colocados después, por lo que deberá ser capaz de autogestionar su manejo.

*¿Tendré más riesgo de infecciones vaginales?* Ocasionalmente podrá tener alguna infección vaginal que requiera un descanso en el uso del pesario y un tratamiento específico. Las infecciones son menos frecuentes si el pesario se cambia regularmente y se usan estrógenos vaginales para mantener sano el tejido vaginal.

### **Automanejo del pesario**

*Puede realizarlo si es capaz de retirarlo y colocarlo de nuevo.*

Si lo desea y se siente capaz, su médico puede enseñarle a retirar y colocar el pesario. De esta manera podrá descansar de su uso por las noches, para mantener relaciones sexuales o si tuviera alguna molestia o complicación. También podrá lavarlo regularmente y comprobar su estado. Si presentara algún signo de alarma, extraiga el pesario y consulte con su médico.

### **EXTRACCIÓN E INSERCIÓN**

- Su médico le enseñará como extraer e insertar su pesario y le ayudará hasta que se sienta segura y confiada para poder hacerlo usted sola.
- Dependiendo del modelo, su médico le indicará cada cuanto tiempo tiene que extraerlo.
- Algunos modelos deben ser extraídos diariamente.
- Los modelos permanentes deben ser extraídos como mínimo cada tres meses o cuando lo precise, para mantener relaciones o simplemente descansar.
- También puede usar el dispositivo ocasionalmente, como para hacer ejercicio físico.

### **CUIDADOS DEL PESARIO**

- Cada vez que extraiga el dispositivo, lávelo con agua tibia y jabón neutro.



#### Grupo Trabajo Suelo Pélvico

- No es necesario esterilizarlo ni hervirlo, puede deteriorar el material del pesario.
- Compruebe el estado del dispositivo. Si aparecen grietas o el material se deteriora deberá sustituirlo.

#### SIGNOS DE ALARMA

- Secreción vaginal excesiva y maloliente.
- Sangrado vaginal.
- escozor, dolor o incomodidad.
- Expulsión repetida con actividades diarias (ejercicio, defecación...).
- Imposibilidad para la extracción.

#### BIBLIOGRAFÍA

- UK Clinical Guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse. United Kingdom Continence Society (UKCS). Pelvic Obstetric and Gynaecological Physiotherapy (POGP). Marzo 2021.
- Educación para el paciente: Prolapso de órganos pélvicos (Conceptos Básicos). Artículo 17225 Versión 9.0.es-419.1. 2024 UpToDate Int. Wolters Kluwer.