



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención  
del grado académico de Obstetriz**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

**MULTÍPARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON PROLAPSO UTERINO**

**AUTORA**

Mercy Yeslin Morán Guerrero

**TUTOR**

Dr. Hugo Alvarado Franco

**Babahoyo- Los Ríos- Ecuador**

**2021**



## INDICE

I. AGRADECIMIENTO .....	4
II. DEDICATORIA .....	5
III. TEMA .....	6
IV. RESUMEN .....	7
V. ABSTRACT .....	8
VI. INTRODUCCIÓN .....	9
1. MARCO TEÓRICO .....	10
1.1 Definición .....	10
1.2 Anatomía del útero .....	10
1.2.1 Anatomía del piso pélvico.....	11
1.3 Cambios uterinos inducidos por el embarazo .....	12
1.4 Etiología .....	12
1.5 Factores de riesgo.....	12
1.6 Fisiopatología .....	13
1.7 Grados .....	13
1.8 Signos y síntomas .....	14
1.9 Diagnóstico .....	14
1.10 Tratamiento .....	15
1.10.1 Tratamiento conservador .....	15
1.10.2 Tratamiento quirúrgico .....	15
1.11 Justificación.....	16
1.12 Objetivos .....	17
1.12.1 Objetivo general .....	17



1.12.2 Objetivos específicos.....	17
1.13 Datos generales .....	17
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....	18
2.1 Análisis del motivo de consulta.....	18
2.2 Historial clínico de la paciente .....	18
2.3 Anamnesis .....	19
2.4 Examen físico.....	19
2.5 Información de exámenes complementarios realizados .....	20
2.6 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo. ...	23
2.7 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. ....	24
2.7.1 Preoperatorio .....	25
2.7.2 Procedimiento quirúrgico .....	25
2.7.3 Postoperatorio .....	26
2.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. ....	27
2.9 Seguimiento. ....	27
2.10 Observaciones .....	29
3. CONCLUSIONES.....	29
4. BIBLIOGRAFÍA.....	31
5. ANEXOS .....	34



## I. AGRADECIMIENTO

El presente caso clínico es con toda gratitud para nuestro Padre Celestial quien me ha permitido poder realizar este proyecto dándome las fuerzas para concluirlo satisfactoriamente.

Agradezco a los médicos especialistas, personal de enfermería, al área de estadística por brindarme su ayuda que me asesoraron dándome sus consejos y enseñanzas en este proyecto que con mucho esfuerzo y dedicación se ha podido finalizar.

A mi familia que de una u otra forma brindándome su apoyo incondicional con sus valores y principios impulsándome a seguir adelante en todo momento

No podría faltar a mi estimado tutor el Doctor Hugo Alvarado quien siempre estuvo presto ayudar brindándome sus conocimientos, guiándome con paciencia y disponibilidad en cualquier momento.



## II. DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico a la persona que más me ayudo durante mi internado rotativo con sus enseñanzas y motivación de seguir aprendiendo cosas nuevas englobando diferentes áreas de salud. Dándome siempre consejos que debo de estar siempre en constante aprendizaje para mejorar cada día, que hay que contribuir para prevenir y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Con gratitud para el especialista Gineco-Obstetra Alex Jativa Cabeza.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



### **III. TEMA**

**MULTÍPARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON PROLAPSO UTERINO**



#### IV. RESUMEN

El prolapso uterino es una complicación que uno de sus factores de riesgo es la multiparidad en lo cual provoca a las mujeres un mayor impacto a nivel emocional, psicológico y físico, el siguiente caso clínico se trata de una paciente de sexo femenino de 68 años de edad con cuadro clínico de prolapso uterino grado IV referida del centro de salud urbano de Vinces en lo cual refiere que se autoexploro sus genitales en lo cual se palpo una masa redondeada, pequeña y de bordes regulares en lo cual su descenso fue progresivo de aproximadamente desde hace 10 años, como problema personal patológico refiere diabetes mellitus tipo II desde hace 5 años, no es alérgica, no activa sexual, como antecedentes gineco-obstétrico: Gestas 15, parto 13, cesárea 0, aborto 2, desde el momento del control ginecológico en esta unidad de salud fueron cuatro tras realizar la respectiva valoración y los exámenes prequirúrgicos para la cirugía de histerectomía vaginal que se postergaba por tener un riesgo quirúrgico alto (glicemia alta), se la asesoro con los respectivos consejos generales de higiene íntima femenina y alimentación saludable, además dándole a conocer los riesgos y complicaciones que se pueden presentar en el momento de la cirugía, el seguimiento postquirúrgico del examen de laboratorio citohistopatológico presento el resultado de cervicitis crónica severa y negativo para lesión intraepitelial escamosa para malignidad.

**Palabras clave:** prolapso, multiparidad, histerectomía vaginal.



## V. ABSTRACT

Uterine prolapse is a complication that one of its risk factors is multiparity in which it causes a greater impact on women at an emotional, psychological and physical level, the following clinical case is a 68-year-old female patient of age with clinical picture of grade IV uterine prolapse referred to the Vices urban health center in which she refers to self-examination of her genitalia, in which a small, rounded mass with regular edges was palpated, in which its descent was progressive from approximately from 10 years ago, as a personal pathological problem, he has referred type II diabetes mellitus for 5 years, is not allergic, not sexually active, such as gynecological-obstetric history: Gestas 15, delivery 13, cesarean section 0, abortion 2, from the moment of gynecological control There were four in this health unit after conducting the respective assessment and pre-surgical examinations for vaginal hysterectomy surgery, which was postponed due to surgical risk. High ico (high glycemia), I advise her with the respective general advice on feminine intimate hygiene and healthy eating, in addition to informing her of the risks and complications that may occur at the time of surgery, the postoperative follow-up of the cytohistopathological laboratory examination I present the result of severe chronic cervicitis and negative for squamous intraepithelial lesion for malignancy.

**Key words:** prolapse, multiparity, vaginal hysterectomy.



## VI. INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una patología importante dentro de las disfunciones del suelo pélvico con las que con frecuencia se asocia a casos muy severos en mujeres de edad mayor. El factor de riesgo es la multiparidad, para que se produzca el prolapso uterino es de gran importancia saber cuándo y cuantos hijos se desea tener, lo que implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura. A medida aumentan el número de embarazos por mujer, los músculos, fascias y ligamentos se debilitan y se estiran en lo cual sirven de sostén en el suelo pélvico, por ende, entre más partos tenga más se irá debilitando el suelo pélvico. (Zaldivar Peña, Fernández Ortega, Ponce Rosas, & Dávila Mendoz, 2020)

Las vísceras que desciendan tendrán sus respectivos nombres: uretrocele, cistocele, rectocele, enterocele o histerocele, cualquiera que sea el descenso de estas vísceras puede ir acompañado o no de la sensación de pesadez o “bola” a nivel del suelo pélvico, dolor en las relaciones sexuales, incontinencia anal – urinaria y/o sangrado vaginal. Lo importante es poder detectarlo a tiempo en las primeras etapas con la ayuda de tratamiento conservador con el fin de prevenir el aumento progresivo en el descenso de las vísceras, ya que cuando se encuentra en un descenso de grado mayor su tratamiento siempre será quirúrgico ( COHEN, 2013).

Las cirugías por prolapso de órganos pélvicos aumentarán en 47% entre los años 2010 y 2050 debido al aumento de la esperanza de vida, la identificación de factores de riesgo posiblemente modificables es decisivo (Nygaard & Shaw, 2016).



## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Definición

El prolapso uterino es el descenso de la matriz a través de la cavidad vaginal por el debilitamiento o pérdida de tensión en la distribución de las estructuras de quién sostiene el útero; además de cambios que se pueden presentar a estructuras cercanas.

### 1.2 Anatomía del útero

El útero tiene forma piriforme, una parte superior (cuerpo) e inferior (cilíndrica). El cuello se conecta con la vagina y en su parte lateral se conecta con las trompas de Falopio y los ovarios; en mujeres nulíparas mide entre 6 a 8 cm y pesa entre 50 a 70 gr, en multípara 9 a 10 cm y pesa 80 gr o más (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018)

El útero se encuentra por detrás de la vejiga y por delante del recto, tiene una pared posterior cubierta de serosa que corresponde al peritoneo visceral, y con eso forma el límite anterior del fondo de saco de Douglas. La pared anterior se une con la pared posterior formando el espacio vesicouterino uniéndose a la vejiga por capa de tejido conjuntivo laxo (Spong, y otros, 2010). Los ligamentos de la cara lateral del útero se desdoblán a las paredes pélvicas laterales que son los redondos, los anchos y cardinales. La localización del ligamento redondo se origina por delante de las trompas de Falopio que se extienden hacia el conducto inguinal, la arteria de Sampson corresponde a la rama de la arteria uterina y discurre dentro del ligamento redondo. La base gruesa del ligamento ancho se continua con el tejido conjuntivo forma un triángulo con amplio apoyo que se localizan los vasos uterinos y el uréter, este ligamento divide a la cavidad pélvica en anterior y posterior tiene forma de alas que consta de peritoneo que arrebujá las estructuras que se despliega desde los cuernos. El mesosálpinx que se denomina al peritoneo que recubre a la trompa de Falopio en su torno el mesenterio del ligamento redondo, y



el uteroovarico (mesovario), el ligamento infundibulopélvico (suspensor del ovario) (Spong, y otros, 2010).

La porción más densa se conoce como ligamentos cardinales o ligamentos cervicales transversos (Mackenrodt) se une con tejido conjuntivo adyacentes al cuello formado el parametrio, en la línea media forma la porción supravaginal del cuello uterino. Los vasos sanguíneos que irrigan al útero se emanan principalmente de las arterias uterinas y ováricas, la arteria iliaca interna que ingresa por el ligamento ancho se conecta a lado del útero en la parte central. La arteria uterina se desune en el fragmento supravaginal del cuello uterino, la arteria más pequeña la cervicovaginal que suministra sangre a la parte inferior del cuello y superior de la vagina (Spong, y otros, 2010). La rama uterina pasa sobre el uréter casi 2 cm lateral a relación del cuello uterino es de gran importancia en la cirugía de histerectomía debido a su cercanía puede lesionarse, rama directa que es la arteria ovárica ingresa al ligamento ancho por el ligamento infundibulopélvico. Los riesgos predominaran en la rama de la arteria iliaca interna en lo cual se van subdividiendo hacia los órganos pélvicos, la pelvis tiene una amplia circulación colateral con las ramas de la aorta y las arterias iliaca externa y femoral. Por ende, la ligadura de la arteria iliaca interna para controlar hemorragias (Spong, y otros, 2010).

### **1.2.1 Anatomía del piso pélvico**

La pelvis está conformada por dos coxales/ilíacos, un sacro en lo cual forma las articulaciones sacroilíacas y la sínfisis del pubis, el piso pélvico está conformado por músculos y tejido conectivo en lo cual brinda soporte, suspensión y estabilidad a los órganos abdomino-pélvicos. Está constituido por el músculo elevador del ano, peritoneo, vísceras (a través de sus propias estructuras), fascia endopélvica, la membrana perineal, los músculos genitales superficiales.

El soporte del piso pélvico se lo puede dividir en estáticas (la fascia endopélvica) y dinámicas (músculo Elevador del ano) (Descouvieres, 2015). La fascia endopélvica (forma de hamaca) es una red compuesta de tejido conectivo



fibroso, fibras musculares y haces vasculares que forman el piso pélvico. El músculo elevador del ano es más extenso y potente órgano de soporte. Constituye el diafragma que forma una apertura para el paso de la uretra, vagina y recto. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo (Ginecología y Obstetricia, 2015)

### **1.3 Cambios uterinos inducidos por el embarazo**

Los únicos que no se observan cambio son los ovarios. El útero aumenta de tamaño durante el embarazo, se hipertrofian las fibras musculares, llega a pesar entre 70 gr a 1100gr con un volumen total de 5 litros. Se hace más notorio la convexidad del fondo uterino entre las inserciones tubáricas es más cupuliforme, las trompas de Falopio se estiran, el ligamento ancho parece que se insertan en la porción media del cuerpo uterino en lo cual predispone un riesgo vascular claramente por lo hipertrófico (Purizaca, 2010)

### **1.4 Etiología**

El estudio de la histeroceles como etiología en la mayoría de los casos es la multiparidad en lo cual se da lesión en los ligamentos que la sostienen. Al dañarse con la multiparidad provoca debilitamiento de los ligamentos. Las ecuatorianas en la actualidad tienen menos hijos con un promedio de 3 por hogar en el 2012 (Freire, y otros, 2014).

### **1.5 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo son todas aquellas características de la persona que predisponen a la posibilidad de adquirir cualquier enfermedad o lesión, defunción y discapacidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

- Factores de riesgo predisponente: sexo femenino, cultura.
- Factores de riesgo favorecedores: embarazo o en el parto, ruptura de tejido.



- Factores Promotores: obesidad, cirugía pélvica, profesión, infecciones.
- Factores de riesgo agravantes: la edad, debilidad, Enfermedades ( COHEN, 2013)

### 1.6 Fisiopatología

El prolapso de la matriz que normalmente se encuentra en su lugar pierde su equilibrio gracias al soporte de músculos y ligamentos. Dicho descenso es multifactorial por la insuficiencia del suelo pélvico por debilidad de los músculos acompañado de baja fuerza de contractibilidad o ausencia de la misma en el momento de realizar presiones. Esto provoca alteraciones en el ligamento redondo del útero, los ligamentos recto-uterinos causando degeneración de los nervios respectivos. Generando un descenso permanente del rafe anococcígeo ausencia de sinergia entre ambos grupos musculares; hipotonía del diafragma pélvico y alteraciones de la estática lumbopélvica, siendo los ligamentos rectouterinos en general es el punto de inicio más importantes para precaver el prolapso uterino (Abreu Pérez, Martínez Torres, Rodríguez Adams, Alerm González, & García Delgado, 2016).

El riesgo relativo de trauma del elevador del ano aumentaba a 2 cuando la circunferencia craneana era mayor a 35 cm y 3,4 veces cuando el diámetro era sobre 35,5cm. Por otra parte, el riesgo relativo se duplicaba cuando la segunda fase del trabajo de parto era mayor a 90 minutos y aumentaba a 3,5 veces cuando se prolongaba sobre los 160 minutos ( COHEN, 2013).

### 1.7 Grados

La inversión uterina se clasifica en diferentes grados que dependerá de las estructuras que se van alterando de acuerdo extensión, según la clasificación de Baden y Walter que es una de las más utilizadas.



- Grado I Se extiende hasta el cuello uterino a 1 cm.
- Grado II el fondo llega a nivel del anillo cervical
- Grado III el fondo se extiende hasta el orificio vaginal
- Grado IV el fondo sobre pasa el orificio vaginal, inversión total.

(Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

### 1.8 Signos y síntomas

Los síntomas tienden a ser imperceptible en el prolapso uterino de primer grado e inclusive en ocasiones en el segundo grado. En el prolapso uterino de tercer y cuarto grado, son perceptible la sensación de masa ocupante, peso, presión, dispareunia y sensación de un órgano cayéndose. Puede haber dolor en la región baja de la espalda. Con posibles el vaciado incompleto de la vejiga y el estreñimiento (Grossman & Mattson Porth, 2014).

El prolapso uterino total la sensación de bulto vaginal al yacer el epitelio fuera de la vagina va a causar una irritación, engrosarse, inflamarse en esa zona puede provocar úlceras sangrantes por la resequedad del epitelio, también puede llevar a infecciones vaginales repetitivas. Los síntomas de prolapso vaginal son similares cistocele o un rectocele.

### 1.9 Diagnóstico

El diagnóstico se determina mediante lo siguiente:

- Anamnesis
- Exploración física
- Pruebas complementarias: Ecografía pélvica, Uroflujometría, evaluar el residuo post-miccional, estudio urodinámico (Esquivel Ramírez, Lima Arcos, Camuendo Egas, & Mesías Molina, 2020)



## **1.10 Tratamiento**

La finalidad del tratamiento será corregir el prolapso uterino y sus patologías asociadas, si es posible. Dependerá de la sintomatología de la paciente se trata de un tratamiento conservador o un tratamiento quirúrgico.

### **1.10.1 Tratamiento conservador**

El tratamiento conservador es el fortalecimiento muscular con la rehabilitación perineal con la realización de ejercicios pélvicos, es un músculo que no es a la vista ya que se involucra con los músculos internos. Con los ejercicios pélvicos de Kegel se busca mejorar la fuerza y resistencia del suelo pélvico que se debe de basar con principios fundamentales para ser exitoso en un hábito que se realiza durante toda la vida (Valentina De Petris V, 2017). Otra forma más antigua es la utilización de los pesarios siendo una buena alternativa para ofrecer por su facilidad de uso, bajo costo y bajas complicaciones una de ellas sería las infecciones vaginales, una buena opción cuando la paciente no desea procedimiento quirúrgico, tiene complicaciones o en espera de la cirugía ( COHEN, 2013).

### **1.10.2 Tratamiento quirúrgico**

La realización de un procedimiento quirúrgico reporta un éxito más del 90% se basará desde una cirugía reconstructiva hasta una histerectomía ( COHEN, 2013). Tomando en cuenta la sintomatología, la vida sexual activa, los riesgos quirúrgicos. El prolapso sintomático se puede tomar una opción de realizar una cirugía reconstructiva para restaurar la anatomía. Las pacientes sintomáticas en etapa II y en las etapas III y IV, requieren tratamiento quirúrgico adecuado, si se está en un estadio IV la mejor alternativa sería una histerectomía vaginal que puede ser parcial solo se extirpa el cuerpo uterino, total cuando se extirpa el cuerpo y el cuello uterino, o radical cuando extirpa todo el útero con los tejidos laterales y una parte de la vagina (Abreu Pérez, Martínez Torres, Rodríguez Adams, Alern González, & García Delgado, 2016)



### 1.11 Justificación

Si se compara esta realidad con 7 países de América Latina, Ecuador estaría en tercer lugar de mujeres que tienen mayor número de hijos que comienza desde muy temprano en la adolescencia. Guatemala ocupa el primer lugar con 3.6 mientras que Colombia tiene la cifra más baja con 2.1. (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

El presenta caso clínico detalla que el prolapso uterino por multiparidad es una complicación que se puede diagnosticar y prevenir a tiempo, cuáles son las estructuras que se afectan, por lo que es importante dar a conocer los riesgos que conlleva tener muchos partos vía vaginal. La prevención y el tratamiento de las enfermedades ya que la salud cumple una función importante para el desarrollo del país (Rodríguez, Cabrera, & Calero, 2018).

La paciente de 68 años de edad en lo cual en su edad fértil no utilizaba ningún método anticonceptivo y mucho menos planificar cuando y cuantos hijos deseaba tener fueron los factores agravantes para que aumentara el número de hijos por lo que ella no le daba la debida importancia por la falta de información, vergüenza y desinterés de su prolapso al transcurso de los años se fue haciendo más notorio al sentir un bulto descendía a nivel del suelo pélvico que sobrepasaba el orificio vaginal acompañado de urgencias urinarias. Por ello las mujeres que presentan cualquier alteración a nivel pélvico deben de ir a sus controles de rutina para si prevenir que se incremente los grados de prolapso, el cuidado de la higiene personal íntima, la importancia de informar y asesorar que método anticonceptivo se ajusta a las necesidades que tiene la paciente.



## 1.12 Objetivos

### 1.12.1 Objetivo general

Evaluar la multiparidad como factor de riesgo para el prolapso uterino.

### 1.12.2 Objetivos específicos

- Detallar las estructuras que son afectadas por la multiparidad.
- Categorizar los grados de prolapso uterino.
- Advertir sobre las consecuencias de tener muchos partos.

## 1.13 Datos generales

<b>Nombres completos:</b>	NN
<b>Edad:</b>	68 años de edad
<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Fecha y lugar de nacimiento:</b>	14/09/1951- Coop. 9 de octubre
<b>Área de procedencia:</b>	Rural
<b>Estado civil:</b>	Unión libre
<b>Hijos:</b>	13
<b>Nivel de estudios:</b>	Primaria
<b>Nivel sociocultural/económico:</b>	Bajo
<b>Etnia:</b>	Mestiza
<b>Religión:</b>	Católica



<b>Ocupación:</b>	Ama de casa
<b>Cónyuge:</b>	NN

**Tabla 1. Fuente:** Historia clínica de la paciente

## 2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 68 años de edad acude a esta unidad de salud por referir que se autoexploró sus genitales en lo cual se palpo una masa redondeada, pequeña y de bordes regulares en lo cual su descenso fue progresivo al transcurso de los años acompañado de urgencias urinarias.

### 2.2 Historial clínico de la paciente

<b>Antecedentes Patológicos Personales</b>	Diabetes Mellitus Tipo II
<b>Antecedentes patológicos familiares</b>	no refiere
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>	no refiere
<b>Alergias</b>	no refiere
<b>Hábitos</b>	No refiere
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>	
<b>Menarquia</b>	11 años
<b>Inicio de vida sexual:</b>	15 años
<b>Parejas sexuales:</b>	1
<b>Gestas:</b> 15	<b>abortos:</b> 2



<b>Partos</b>	13	<b>cesáreas</b>	0
<b>Fecha de la última menstruación:</b>	Hace 20 años		

**Tabla 2. Fuente: Historial Clínica de la paciente**

### 2.3 Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 68 años de edad acude a esta unidad de salud referida del centro de salud urbano de Vinces por referir que se autoexploro sus genitales en lo cual se palpo una masa redondeada, pequeña y de bordes regulares en lo cual su descenso fue progresivo al transcurso de los años acompañado de urgencias urinarias.

Paciente al momento orientada en tiempo espacio y persona afebril sin dificultad respiratoria activa, reactiva, colaboradora.

Glasgow 15/15

### 2.4 Examen físico.

Se encontraron los siguientes hallazgos:

#### **CEFALO – CAUDAL**

**Cabeza:** Normocefálica, Implantación y cantidad de cabello normal

**Boca:** Mucosas semihúmedas.

**Ojos:** Simétricos, pupilas normales

**Nariz:** No presenta secreciones.

**Orejas:** Simétricas no hay maculas presentes.

**Cuello:** Presenta pigmentación normal, sin adenopatías, tamaño normal.

**Tórax:** Caja torácica normal, no hay presencia de masas ni edemas.

**Abdomen:** Presenta estrías leve dolor a la palpación en el hipogastrio.

**Genitales:** Presencia de vello púbico en triangulo invertido en poca cantidad.

Labios mayores simétricos. Presencia de prolapso uterino total.



**Extremidades:** Simétricas con venas varicosas.

**Piel:** Pigmentación de la piel normal.

**Signos vitales:**

Presión arterial:	118/78 mmHg
Frecuencia cardiaca:	76
Frecuencia respiratoria:	18
Saturación de oxígeno:	98%
Temperatura:	36.6
Proteinuria:	negativo
Estado de conciencia:	Alerta

**Tabla 3. Fuente:** Historial Clínica de la paciente

**2.5 Información de exámenes complementarios realizados**

<b>Exámenes de laboratorio de control 29/06/2020</b>
<b>Examen de orina:</b>
Color: amarillo
Aspecto: turbio
Densidad: 1.030
Peróxido de hidrogeno: 5
Proteína: no
Glucosa: no
Acetona: no



Urobilinógeno: no Sangre: positivo + +
Leucocitos: no
<b>Sedimento urinario</b>
Células epiteliales: +
Leucocitos: 6 x 8
Hematíes: 20 – 30
Bacterias: móviles +
Químico:
Glicemia: 135 mg/Dl
Hemoglobulina glicosilada: 11.0%
Grupo sanguíneo: O +
Urea: 29 mg/Ui
Creatinina: 0.82 mg/dL
<b>U.S Pélvico 29/06/2020</b>
Útero en antroversión, regular homogéneo, endometrio homogéneo mide 0.5 cm. Diámetros uterinos:
Longitud: 6.7 cm
Anteroposterior: 4.4
Talla: 4.1 cm
Ovario derecho: 2.6 x 2.6 cm
Ovario izquierdo: 2.8 x 2 cm
Fondo de saco de Douglas libre
<b>ID:</b> útero y anexos normales

**Tabla 4. Fuente:** Historia Clínica de la paciente



<b>Informe de riesgo cardiovascular preoperatorio 08/07/2021</b>
Estado clínico: tolera bien actividades físicas habituales, niega síntomas que afectan su capacidad funcional.
Examen físico:
Cabeza: normocefálica
Cuello: sin adenopatías, tiroides normal
Campo Rítmico: rítmicos, eufónicos
Campo Pulmonar: claros
Abdomen: no visceromegalia, ni soplo
Extremidades: No edema, pulsos simétricos
EKG: Trazo normal en reposo
Riesgo clínico: Moderado
Riesgo de cirugía: moderado
Conclusión del riesgo cardiovascular clínico quirúrgico: moderado.
<b>TAC de tórax 10/07/2020:</b>
<b>T0:</b> no evidencia de tumor primario
<b>N0:</b> no hay ganglios metastásicos regionales.
<b>M0:</b> no metástasis a distancia.
<b>Marcador tumoral 06/08/2021:</b>
<b>Ca125:</b> 30,5 U/MI
<b>ELECTROCARDIOGRAMA 07/08/2021</b>
SISTOLE: 120
DIASTOLE: 80



Exámenes de laboratorio Pre-Quirúrgico 23/08/2020
Leucocitos: 11.28 x10
Neutrófilos: 49.0%
Linfocitos: 45.0%
Monocitos: 3.3%
Recuento de glóbulos rojos: 3.73x10
Hemoglobina: 12.8 g/dL
Hematocrito: 35.0%
Plaquetas: 191x10
Grupo-factor Rh: O +
TP: 13 seg
TTP: 36 seg
Urea: 24 mg/dL
Creatinina: 0.7 mg/dL
Glicemia: 102 mg/dL
VDRL: No reactivo
VIH: No reactivo
Sarv covid 2: Negativo

**Tabla 5. Fuente:** Historia Clínica de la paciente

## 2.6 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Por el cuadro clínico de la paciente y que la misma venía ya referida de primer nivel con datos clínicos y exámenes complementarios ya otorgaban un



diagnóstico definitivo prolapso uterino, llega a segundo nivel porque requería un bulto a nivel del suelo pélvico. Al llegar al área de consulta externa ginecología.

- **Diagnóstico presuntivo:** La paciente referida del centro de salud con diagnóstico prolapso uterino.
- **Diagnóstico diferencial:** se identificó como una angiación hipertrófica del cuello uterino al notar una protuberancia de tejido es más delgado, tiene glándulas ramificadas grandes y carece de arterias espiradas. (Quiste de Gardner).
- **Diagnóstico definitivo:** se identificó clínicamente que se trata de un prolapso uterino total IV mediante la tensión de los músculos pélvicos con la maniobra de Valsalva o “maniobra de pujar” provoca presiones en la cavidad pélvica como si fuera a detener un flujo de orina, se observó el descenso del útero sobrepasando el introito vaginal (Tundidor Bermúdez, 2019).

## 2.7 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

El principal problema es la falta de educación, que ligado a entornos sociales de desconocimiento y que no genera molestias mayores, estas personas deciden no acudir a la consulta desde el primer momento que evidencian una anomalía. Cuando la paciente ya es captada por el servicio de consulta con el ginecólogo se le informa que su tratamiento es quirúrgico mediante histerectomía vaginal; ella al ser una mujer adulta mayor es necesario evaluarla pre y pos operatorio. En la actualidad la paciente tiene diabetes tipo II, se le realizó hemogluco test con resultados 135mg/dl y hemoglobina glicosilada 11%; lo que nos da un mal pronóstico si se desea intervenirlo, la cirugía se postergó. Se realizó una interconsulta con el nutricionista el cuál la asesoró con una dieta de acuerdo a su enfermedad y al transcurso de dos meses la glicemia mejoró y el riesgo quirúrgico bajó a moderado. Se procedió a planificar el día que se realizara la cirugía. Para ello exámenes de laboratorio rutinarios: biometría hemática completa, uroanálisis,



químicos, glicemia, VIH, VDRL, SARS COVID, CA125, TAC, electrocardiograma con el especialista de medicina interna, valoración por la anesthesióloga, PAP Test, ecografía pélvica. Es ingresada a la a la unidad hospitalaria el 24/08/2020 para que esté en monitoreo la cirugía se realizó el 26/08/2020.

### 2.7.1 Preoperatorio

Una vez establecido el día de la cirugía se estableció lo siguiente:

- Preparar el campo quirúrgico
- La toma de metronidazol de 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días previos
- Vaciado rectal previa a la cirugía 12 horas
- No comida alimenticia previa a la cirugía 12 horas

El ingreso hospitalario fue de dos días antes a la cirugía para la monitorización correspondiente:

- Control de los signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Lactato Ringer 1000ml vía venosa pasar 125 ml hora
- Ranitidina 50 mg vía venosa cada 8 horas
- Metoclopramida 10 mg vía venosa cada 8 horas

### 2.7.2 Procedimiento quirúrgico

Cuando se encuentra en un estadio de prolapso uterino IV su tratamiento más adecuado será de histerectomía vaginal total que es la extirpación de la matriz. Se realizó el día 26/08/2020 como resultado del procedimiento quirúrgico se obtuvo útero de color nacarado rojizo de forma irregular, contextura blanda, con múltiples amasijos venosos externos, canal endocervical rasgado permeable, en lo cual se lo envía al patólogo como protocolo.



### 2.7.3 Postoperatorio

- Control de los signos vitales
- Control de diuresis
- Cuidados de enfermería
- Lactato Ringer 1000ml vía venosa pasar 125 ml hora
- Ampicilina 1 gramo vía venosa cada 8 horas
- Metronidazol de 500 mg vía venosa cada 12 horas
- Ranitidina 50 mg vía venosa cada 8 horas
- Metoclopramida 10 mg vía venosa cada 8 horas
- Ketorolaco 60 mg vía venosa cada 8 horas
- Tramadol 100 mg más 100 mg de solución salina vía venosa
- Control de diuresis colocando sonda vesical
- Control de biometría hemática completa en 24 horas

<b>Exámenes de laboratorio post-Quirúrgico 28/08/2020</b>
Leucocitos: 13.28 x10
Neutrófilos: 60.0%
Linfocitos: 45.0%
Monocitos: 3.3%
Recuento de glóbulos rojos: 3.73x10
Hemoglobina: 12.1g/dL
Hematocrito: 34.0%
Plaquetas: 190x10
Grupo-factor Rh: O +
TP: 13 seg
TTP: 26 seg



Urea: 24 mg/dL
Creatinina: 0.7 mg/dL
Glicemia: 102 mg/dL
VDRL: No reactivo
VIH: No reactivo
Sarv covid 2: Negativo

**Tabla 6. Fuente:** Historia Clínica de la paciente

### **2.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Las pacientes con multiparidad pueden desarrollar histerocele en lo cual el único tratamiento es un procedimiento quirúrgico dependiendo del grado del prolapso contrastando con la paciente desde el primer momento que presento prolapso uterino de primer grado debería de haber asistido a control ginecológico. La salud se la define como “el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 1948).

El término "mujeres embarazadas saludables" se utiliza para describir a las mujeres embarazadas, niñas y adolescentes que no han identificado los factores de riesgo; uno de ellos sería la natalidad ya que tener muchos hijos afecta la tonicidad del suelo pélvico. Con los controles ginecológicos facilita la identificación de problemas para poder garantizar una atención de alta calidad (World Health Organization, 2018)

### **2.9 Seguimiento.**

A la paciente se le programo una cita en consulta externa ginecología dentro de 15 días para la valoración postquirúrgico. La paciente refería prurito vaginal a



acompañado de secreción blanquecina aspecto de leche cortada en escasa cantidad.

Al examen físico a nivel pélvico se observó; genitales de múltipara, resequedad a nivel vaginal e inguinal, procedimiento quirúrgico en buenas condiciones sin alteración en la cúpula vaginal.

El resultado del examen del citohistopatológico tuvo como diagnóstico:

- Cervicitis crónica severa (N72)
- Negativo (-) para Lesión intra epitelial de Malignidad

<b>Examen de laboratorio citohistopatológico 1/09/2020</b>
<b>Examen macroscópico:</b> Se recibe producto de histerectomía que mide:
Cuello: 7x3.3x 2 cm
Cuerpo: 6.6 x 6.2 x 2.4 cm
Miometrio: 6.1 cm
Endometrio: 1.1 cm
De color nacarado rojizo de forma irregular, contextura blanda, con múltiples amasijos venosos externos, canal endocervical rasgado permeable. Se procesan cortes representativos para estudio histopatológico.
<b>Examen microscópico:</b> Los cortes histopatológicos muestran cérvix cubierto por epitelio escamoso estratificado, con un severo infiltrado inflamatorio monocitario y linfocitario, las glándulas endocervicales, revestidas de epitelio columnar sin atipia. Endometrio engrosado con glándulas tubulares alargadas tortuosas. Miometrio con neoplasia mesenquimal conformada por fibras musculares lisas, dispuestas entrelazadamente sin cambios atípicos, presencia de células de metaplasia escamosa.



**Diagnóstico:**

- **Cervicitis crónica severa (N72)**
- **Negativo (-) para LIE Malignidad**

**Tabla 7. Fuente:** Historial Clínica de la paciente

## 2.10 Observaciones

Durante sus controles en consulta externa no faltó a ninguna cita, con temor e incertidumbre sobre la suspensión de la cirugía por el riesgo quirúrgico alto, pero en todo momento estuvo colaboradora. Se realizó la revisión de diferentes fuentes de información con la finalidad de enriquecer el proyecto es de fundamental ayuda saber dar un buen diagnóstico para proceder a realizar la histerectomía vaginal.

Debido a lo antes mencionado se debe de enfatizar el correcto uso de los métodos anticonceptivos de acuerdo a sus necesidades e información sobre la salud sexual y reproductiva que se debe de realizar en el primer nivel de atención para así prevenir dicha complicación.

## 3. CONCLUSIONES

Existe poca información concluyente donde se mencione que la multigestación puede provocar una inversión uterina. El tratamiento siempre será de ser conservador. Los primeros grados están orientados a un tratamiento conservador, evitar cargar objetos pesados, bajar de peso en el caso del sobrepeso/obesidad todo con el fin de evitar un aumento de la presión intraabdominal y por consiguiente menor desgaste del suelo pélvico. Ya en grados III y IV lo más probable, midiendo la balanza riesgo/beneficio se tenga que realizar una histerectomía vaginal.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



Todo el manejo que se realizó tanto en consulta externa de ginecología como en el tratamiento fue la histerectomía vaginal con todos los protocolos de Bioseguridad (Organización Panamericana de la Salud, 2011). La mejoría de la estabilidad física, mental y emocional que tuvo la paciente es de gran ayuda a tratar de mejorar cada día la satisfacción de la realización de un buen trabajo, contrastando la importancia de trabajar desde el primer nivel de atención.



#### 4. BIBLIOGRAFÍA

1. COHEN, D. (2013). PROLAPSO GENITAL FEMENINO: LO QUE DEBERÍA SABER. *Revista Medica Clínica Las Condes*, 24(2), 202-209. Obtenido de file:///E:/ARTICULOS/FISIO%20UTERO.pdf
2. Abreu Pérez, Y., Martínez Torres, J. d., Rodríguez Adams, E. M., Alerm González, A., & García Delgado, J. Á. (2016). Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliografica. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 8(1), 99-110. doi:https://bit.ly/3vMQOmS
3. Descouvieres, C. (2015). Piso Pélvico Femenino. *Revista Chilena de Urología*, 80(2), 11-17. doi:https://bit.ly/3cLjNyl
4. Esquivel Ramírez, D. F., Lima Arcos, J. A., Camuendo Egas, M. E., & Mesías Molina, L. (2020). Prolapso genital femenino, abordaje quirúrgico inicial. *RECIMUNDO*, 4(4), 291-299. doi:http://bit.ly/2P7ePUx
5. Freire, W., Ramírez Luzuriaga, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva Jaramillo, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. *Salud Sexual y Reproductiva*, 1-681. doi:https://uni.cf/3bXBGew
6. Ginecología y Obstetricia. (2015). C. España: CTO Editorial.
7. Grossman, S., & Mattson Porth, C. (2014). *Fisiopatología* (9ª Edición ed.). Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018). Guía Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. *Instituto Nacional Materno Perinatal*, 1- 536. doi:https://bit.ly/3qXtmiY
9. MD, M. P. (2010). Modificaciones Fisiologicas en el Embarazo . *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , 14.
10. Nygaard , I., & Shaw, J. (2016). Actividad física y suelo pélvico. *Revista estadounidense de obstetricia y ginecología*, 214(2), 164-171. doi:https://bit.ly/3s4vFIU



11. Organización Mundial de la Salud. (7 de 04 de 1948). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
12. Organización Panamericana de la Salud. (2011). Manual de Control de Infecciones y epidemiología hospitalaria. *Organización Panamericana de la Salud*, 361.
13. Organización Panamericana de la Salud. (28 de 02 de 2018). *Organización Panamericana de la Salud*. doi:<https://bit.ly/2Ns7kXV>
- 14 Organización Panamericana de la Salud. (2019). Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. *Estado de la aplicación de las medidas más costoeficaces en América Latina*, 1-68. doi:<https://bit.ly/3clvaHJ>
- 15 Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56(1), 57-69. doi:<https://bit.ly/3rUoJrg>
16. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Prolapso de los órganos pélvicos. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 63(1), 54-59. doi: 10.20960/j.pog.00262
17. Rodríguez, S., Cabrera, L., & Calero, E. (2018). Social communication in health for disease prevention in the community. *Humanidades Médicas*, 18(2), 384-404. doi:<https://bit.ly/3eS4nvi>
18. Spong, C., Rouse, D., Cunningham, G., Hauth, J., Leveno, K., & Bloom, S. (2010). *Williams Obstetricia*. Nueva York: McGraw-Hill.
19. Tundidor Bermúdez, Á. M. (2019). Maniobra de Valsalva. *Revista Cubana de Urología*, 8(1), 91-95. Obtenido de <http://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/473>
20. Valentina De Petris V, D. L. (2017). Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Experiencia en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Santiago-Chile. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia* , 11.



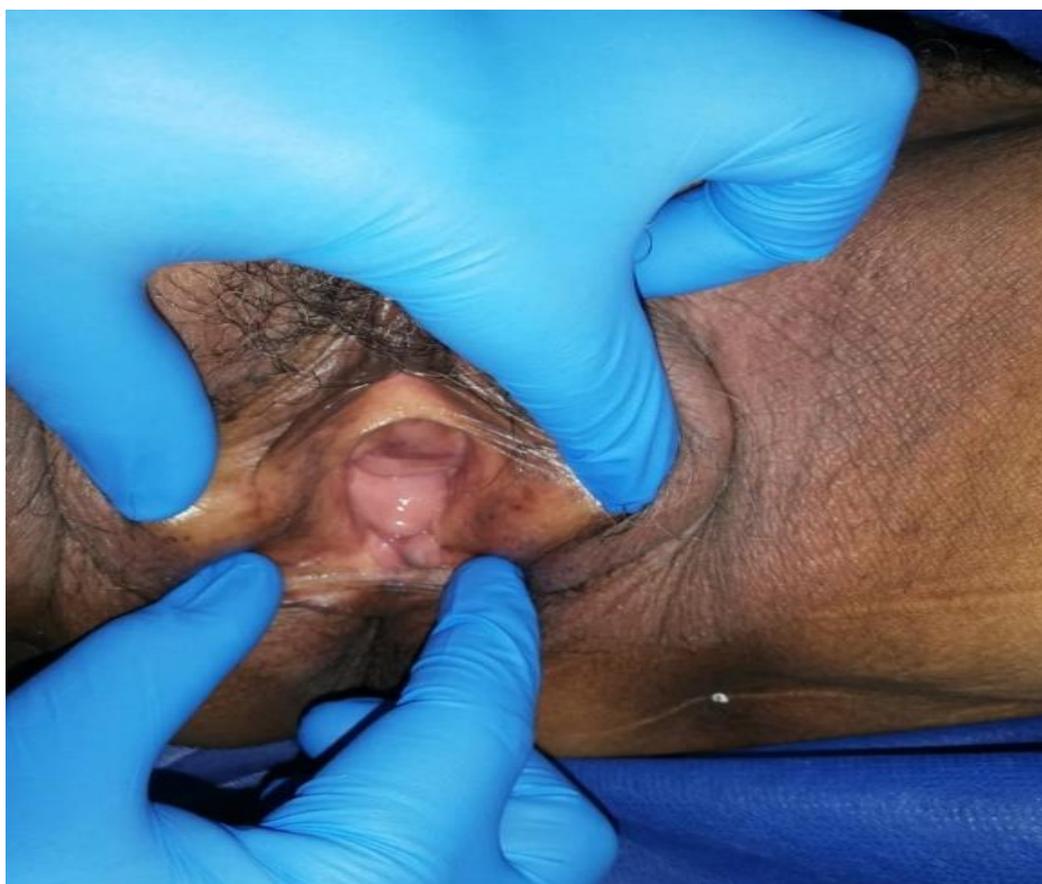
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



21. World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. *World Health Organization*, 3(1), 1-210.
22. Zaldivar Peña, A. K., Fernández Ortega, M. Á., Ponce Rosas, E. R., & Dávila Mendoz, R. (septiembre de 2020). Anticoncepción post evento obstétrico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(3), 1171. doi:<https://bit.ly/3toZPjY>

## 5. ANEXOS

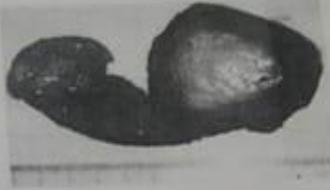




 **LABORATORIO CITOISTOPATOLÓGICO**  
Dirección: José Mascote 92123 entre Capitán Najera y Hoancavilca  
CTHPLGO. WELLINGTON ROBYS BARCO  
CITOISTOPATOLOGO  
TELE: 099299666  
GUAYAQUIL, ECUADOR

Nombre: [REDACTED]  
SEXO: FEMENINO  
EDAD: 68 AÑOS  
MUESTRA: UTERO  
FECHA: 01-09-2020

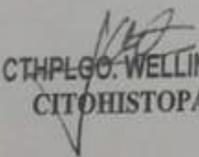
**EXAMEN MACROSCÓPICO:**  
Se recibe producto de histerectomía, que mide :  
CUELLO: 7 x 3.3 x 2 cm  
CUERPO: 6.6 x 6.2 x 2.4 cm  
MIOMETRIO: 6,1cm  
ENDOMETRIO: 1,1cm  
De color nacarado rojizo de forma irregular, contextura blanda, con múltiples amasijos venosos externos, canal endocervical rasgado permeable.  
Se procesan cortes representativos para estudio histopatológico.



**EXAMEN MICROSCÓPICO:**  
Los cortes histológicos muestran cérvix cubierto por epitelio escamoso estratificado, con un severo infiltrado inflamatorio monocitario y linfocitario, las glándulas endocervicales, revestidas de epitelio columnar sin atipia.  
Endometrio engrosado con glándulas tubulares alargadas tortuosas. Miometrio con neoplasia mesenquimal conformada por fibras musculares lisas, dispuestas entrelazadamente sin cambios atípicos, presencia de células de metaplasia escamosa.

**DIAGNÓSTICO:**

- CERVICITIS CRÓNICA SEVERA.
- NEGATIVO (-) PARA LIE MALIGNIDAD

  
CTHPLGO. WELLINGTON ROBYS  
CITOISTOPATOLOGO