

## Tratamiento quirúrgico del prolapso genital. Histerectomía /cervicosacropexia /perineoplastia

### ¿Qué es un prolapso genital?

El prolapso genital es el descenso o salida de los órganos que están dentro de la pelvis (vejiga, útero, intestino delgado, recto) a través de la vagina. Los prolapsos generan molestia o la sensación de peso constante sobre la vagina o el ano. Generalmente, los pacientes refieren que sienten como "una pelotita que está a punto de salirse". El prolapso genital se clasifica en 4 grados, siendo el grado 1 el más leve y el 3/4 los más severos, en que el órgano se ha salido completamente a través de la vagina o el ano. A veces el prolapso genital puede ir acompañado de incontinencia de orina y fecal.

### ¿Qué lo causa?

El prolapso genital, como cualquier otra hernia, ocurre porque hay una debilidad o lesión de la musculatura del suelo de la pelvis que no consigue mantener los órganos que sostiene en su lugar cuando la persona realiza una actividad. Cuando el defecto o la lesión es grave, la persona tiene el prolapso al realizar un esfuerzo mínimo, como por ejemplo toser, levantarse de la silla o caminar.

### Factores de riesgo para padecer prolapso:

los factores de riesgo relacionados con la aparición de prolapso genital son: cirugía pélvica previa (ejemplo que le hayan quitado el útero), diabetes, edad avanzada, episiotomía o desgarro en el parto, estreñimiento, hábitos laborales y/o de ocio que conlleven grandes esfuerzos o impactos (cocineras, limpiadoras, saltar durante el ejercicio físico), hipotiroidismo, peso fetal  $\geq 4000\text{gr}$ , menopausia, problemas pulmonares crónicos, número de embarazos ( $\geq 3$ ), obesidad, parto instrumentado (fórceps) y tabaquismo.

### ¿Cómo se trata?

El tratamiento rehabilitador con dietas para evitar el estreñimiento y la obesidad se realizan en prolapsos grado 1 y 2 para prevenir el avance de este y disminuir los síntomas molestos.

En el prolapso grado 3 y 4, además de la dieta y la rehabilitación, es necesario añadir o bien un tratamiento quirúrgico o la colocación de un aro vaginal (pesario) para recolocar los órganos de nuevo en su posición dentro de la pelvis, evitando así la opción de la cirugía. En caso de que la paciente padezca incontinencia urinaria, se añadirán los tratamientos más adecuados a cada caso. En caso de incontinencia fecal, la paciente debe ser derivada a un equipo de cirugía digestiva.

Si usted tiene incontinencia urinaria leve acompañante (es decir, pérdidas pequeñas u ocasionales asociadas a actividades forzadas repentinas, como hacer ejercicio, estornudar, reírse o toser), el tratamiento es rehabilitador realizando ejercicios de Kegel, hipopresivos, y realizando una dieta saludable libre de tabaco que conlleve la pérdida de peso en caso de existir sobrepeso.

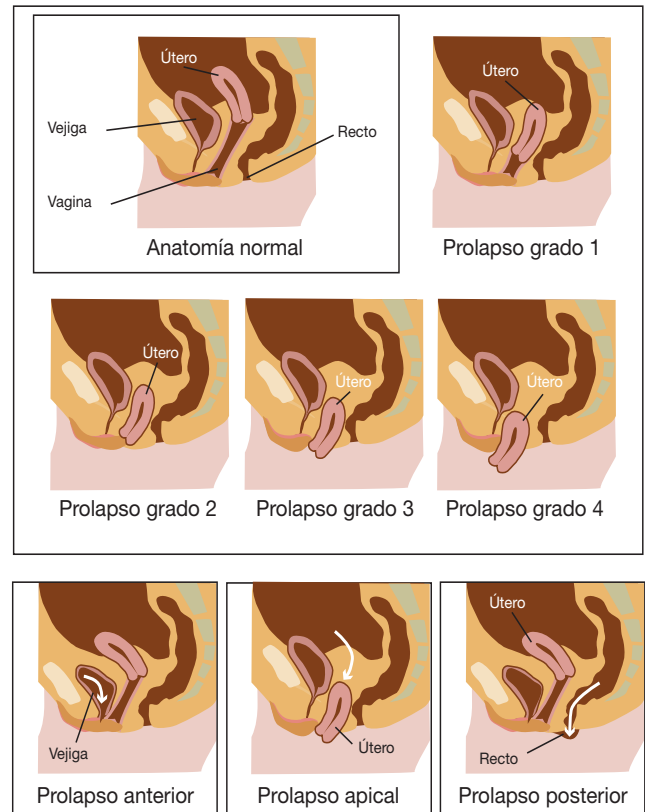
Si su caso es más grave y el escape ocurre durante actividades menos forzadas, como levantarse, caminar o doblarse, en estos casos hay que asociar la cirugía a los otros tratamientos también, colocándole una malla para sustituir el tejido de sostén que no funciona (solicite hoja informativa específica para ese caso).

### ¿En qué consiste la cirugía del prolapso genital?

Para colocar los órganos pélvicos prolapsados en su lugar, la vía quirúrgica más utilizada es la vaginal, con lo que la paciente no tendrá heridas quirúrgicas visibles, ya que todas estarán en la vagina, y no hará falta retirar las suturas. Otras veces se utiliza la vía abdominal.

En ciertas ocasiones se utiliza una malla, que es un tejido tipo prótesis con forma de red que se ha creado para sustituir el tejido de sostén que soporta los órganos pélvicos cuando este está muy dañado.

**Su médico elegirá la mejor opción quirúrgica para usted y decidirá asociar una malla o no hacerlo, según sea necesario para su tratamiento.**

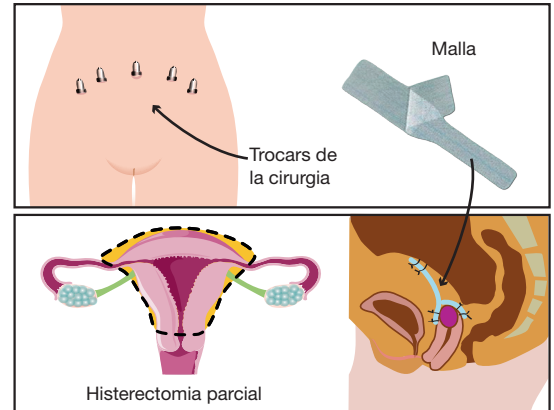


## Tratamiento quirúrgico del prolapso genital. Histerectomía / cervicosacropexia /perineoplastia

### ¿Qué patología tiene usted?

A usted le han diagnosticado un prolapso de todas las paredes vaginales incluyendo la matriz y/o desgarro perineal y, por este motivo, la cirugía que le vamos a realizar es:

- **Histerectomía subtotal con cervicosacropexia con malla.** Se quita el cuerpo del útero dejando el cuello del mismo para utilizarlo como anclaje (en mujeres con la menopausia, en el mismo acto, también se suelen quitar las trompas y los ovarios). Después de extirpar el cuerpo uterino, unimos el cuello del útero al ligamento anterior del sacro con una malla que tiene forma de “y”. Esta malla se une al sacro, a la cara anterior y posterior de la vagina, al cuello uterino y a veces a los músculos del suelo de la pelvis mediante puntos y después se recubre con una capa protectora que existe en el abdomen y que se llama peritoneo para evitar que los intestinos contacten con ella. Esta técnica se realiza por laparoscopia, con lo que la paciente solo tendrá 5 pequeñas incisiones en el abdomen por donde entra el instrumental para operar.
- **Desgarro perineal.** El periné es la musculatura y los tejidos de sostén que existen entre el orificio vaginal y el ano. Esta zona a veces se daña con el parto, con lo que el orificio vaginal se ensancha y necesita reparación. La **perineoplastia** consiste en realizar una incisión quirúrgica en el periné: se separa el recto para no ser dañado, se recorta la vagina sobrante y mediante sutura se reparan las zonas dañadas para devolverle al periné y al orificio vaginal su tamaño normal.



### ¿Qué riesgos tiene la cirugía a corto y largo plazo?

Por la propia cirugía y por el propio estado de salud de cada paciente, puede haber complicaciones durante y posteriormente al procedimiento.

#### RIESGOS ESPECÍFICOS FRECUENTES (a corto plazo)

- Infección urinaria.
- Dificultad para orinar.
- Sangrado.
- Hematomas. Infección de herida quirúrgica.
- Incontinencia urinaria durante la actividad física o por deseo muy urgente de orinar.

**Otras menos frecuentes** son: lesión de vejiga, intestino delgado o recto que necesite sutura y sondaje; obstrucción urinaria que requiera sondaje continuado; herida en un vaso sanguíneo o sangrado que necesite transfusión.

**Si en el momento de la cirugía hubiera una complicación, su equipo médico podría modificar la técnica acordada o programada para solucionar el imprevisto.**

#### RIESGOS ESPECÍFICOS FRECUENTES (a largo plazo)

- Incontinencia urinaria durante la actividad física o por deseo muy urgente de orinar.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Reaparición del prolapso tanto del compartimento operado como de zonas contiguas. Existe un riesgo del 2% de que el prolapso vuelva a aparecer a pesar de haber realizado la cirugía, debido al estado general de la paciente y dependiendo de la debilidad de sus tejidos.

**Otras menos frecuentes** son: exposición de la malla en la vagina, en caso llevar; dolor pélvico en la zona operada debido a la cicatrización o a la lesión de un nervio; fístula vaginal con salida de material urinario o fecal por la vagina.

### ¿Qué requiere antes de la cirugía?

Antes de la cirugía, se realizarán las pruebas correspondientes al preoperatorio (analítica sanguínea, radiografía de tórax y electrocardiograma), además de una consulta telefónica o visita presencial con el servicio de Anestesiología, que valorará si usted presenta condiciones aptas para el tratamiento previsto y le informará del tipo de anestesia asociada al procedimiento.

## Tratamiento quirúrgico del prolapso genital. Histerectomía / cervicosacropexia /perineoplastia

### Cuidados preoperatorios y rehabilitación

La preparación previa al ingreso es fundamental para mejorar sus condiciones físicas y, por tanto, para mejorar su recuperación postoperatoria. Las medidas que le proponemos son las siguientes:

1. **Hábitos tóxicos:** abandone el consumo de alcohol y tabaco (si lo requiere, será derivada al servicio de tabaquismo de nuestro hospital).
2. **Consejos nutricionales:**
  - Lleve una dieta sana y equilibrada, baja en carbohidratos. Es posible que requiera una dieta específica que le recomendaremos desde consultas externas (facultativo, enfermería, sesiones grupales, etc.).
  - Para poder ser intervenida, deberá lograr un IMC (Índice de la Masa Corporal) no superior a 35.
  - Debe tomar medidas dietéticas y en su estilo de vida para evitar el estreñimiento. Es posible que requiera una dieta y tratamientos médicos específicos que le recomendaremos desde consultas externas (facultativo, enfermería, sesiones grupales, etc.).
  - En caso de ser portadora de pesario, deberá retirarse dos semanas antes.
  - La noche previa a la cirugía podrá tomar alimentos sólidos hasta 6 horas antes de la cirugía.
3. **Actividad física:** debe realizar ejercicio físico moderado, que contribuirá favorablemente a su recuperación, evitando deporte de impacto (el mínimo recomendado es caminar 30 minutos al día, evitando saltar y correr). Debe incorporar a su actividad física los ejercicios de suelo pélvico (Kegel) que le recomendarán en consultas externas para minimizar el riesgo de reaparición del prolapso y la incontinencia urinaria (facultativo, fisioterapeuta, sesiones grupales, tríptico, etc.).

### Cuidados postoperatorios

Durante el ingreso en el hospital, el equipo de profesionales que le atenderá le irá indicando cuáles serán los pasos a seguir. Recuerde que su colaboración e implicación en el proceso son fundamentales para progresar en su evolución.

Al terminar la cirugía será portadora de:

- Catéter para el suero y medicación por vena;
- Sonda vesical para la evacuación urinaria que será retirada antes de su subida a planta.

### Tras la cirugía se van a incentivar las siguientes medidas:

1. **Nutrición temprana.** Es fundamental evitar periodos de ayuno prolongado para acelerar la recuperación. El mismo día de la intervención, pasadas 6 h, se probará la tolerancia a líquidos y, salvo que se encuentre mal, progresará a alimentos sólidos durante su estancia en el hospital. Es aconsejable que tome pequeñas cantidades de alimentos varias veces al día para mejorar la tolerancia a la ingesta.
2. **Movilización precoz.** La cirugía paraliza el intestino durante un tiempo variable, que puede ser acortado si se levanta y camina después de la intervención. Por este motivo, el mismo día de la intervención, después de iniciar la tolerancia a los alimentos, el personal de enfermería le ayudará a incorporarse de la cama para sentarse en su sillón. Debe intentar permanecer sentada en el sillón a intervalos y caminar trayectos cortos. Los días siguientes continuará caminando, intentando una progresión constante.
3. **Ejercicios de fisioterapia respiratoria.** El reposo en la cama, las molestias en el lugar de la incisión y otros factores de la cirugía, pueden incrementar las complicaciones respiratorias. Para disminuir el riesgo, puede hacer fisioterapia respiratoria con su inspirómetro incentivador durante el postoperatorio. Puede empezar a las 4-6 horas de la cirugía y la frecuencia de uso puede ser cada 2 h durante 10 minutos. Puede ir aumentando el volumen del inspirómetro progresivamente a modo de entrenamiento.

### Cuidados y recomendaciones al alta hospitalaria

Su colaboración es imprescindible para el éxito de la intervención. Por favor, lea detenidamente las siguientes instrucciones generales y el informe de alta para recomendaciones específicas de su caso.

En el postoperatorio de este tipo de cirugía, usted puede tener:

- Chorro de la orina alterado o desviado
- Leves molestias en el abdomen inferior y zona inguinal (en caso de colocación de mallas protésicas) sobre todo con el movimiento

## Tratamiento quirúrgico del prolapso genital. Histerectomía / cervicosacropexia /perineoplastia

---

- Cansancio debido al reposo
- Escozor vaginal y más urgencia de orinar, teniendo que ir al baño más de lo habitual
- Sangrado vaginal leve durante 10 días (solo en caso de perineoplastia)

### Normas específicas:

#### 1. EVITAR ESTREÑIMIENTO, para ello:

- Vitanatur Simbiotics G, un sobre cada 24 h durante dos semanas y después mantenimiento (mínimo un sobre semanal y como máximo un sobre diario)
- Añadir movicol en jarabe una dosis, 1 a 3 veces al día, según precise.
- Es factible utilizar en caso de que lo precise supositorios puntuales de glicerina

#### 2. REPOSO RELATIVO:

- Durante la primera semana postquirúrgica se recomienda permanecer en domicilio. Puede caminar por el domicilio. No debe estar en la cama. No debe realizar ninguna actividad doméstica ni esfuerzos.
- Desde el inicio de la segunda semana postquirúrgica hasta cumplir un mes de la cirugía puede salir a pasear fuera del domicilio. No se recomienda realizar esfuerzos físicos que conlleven levantar pesos, agacharse y levantarse de forma continuada ni actividad deportiva.
- No debe utilizar tampones, tomar baños en piscina bañera etc.ni mantener relaciones sexuales hasta que su médico le dé el alta en consultas externas.

### Recomendaciones postoperatorias generales:

- Durante las 24 horas posteriores a la intervención debe estar en compañía de una persona adulta responsable.
- No puede conducir ningún tipo de vehículo, ni utilizar ninguna maquinaria hasta que el médico especialista le dé el alta en consultas externas, al mes de la cirugía.
- Dieta: reintroduzca progresivamente la dieta que le hayan recomendado en la prehabilitación (es recomendable no realizar comidas copiosas)
- No firme ningún documento legal ni tome ninguna decisión de responsabilidad hasta que hayan pasado 48 horas del acto anestésico.
- Medicación: siga la pauta específica que le hayan prescrito en el documento del alta. Si toma medicación por algún proceso crónico, puede reiniciarla al volver a su domicilio, según la pauta habitual, si no hay ninguna contraindicación por parte de su especialista. Si le han prescrito HEPARINA (consulte el informe de alta) es muy importante que se la administre diariamente a la misma hora.
- Cuidados: si no hay instrucciones específicas, puede dejar la herida descubierta. Puede ducharse o bañarse a diario. Después, seque la herida con cuidado.

### Signos de alerta por los que consultar a urgencias

- 1.Dificultad para orinar, aun teniendo deseo miccional
- 2.Fiebre termometrada 38 °C o superior
- 3.Dolor agudo moderado en zona de abdomen inferior, vaginal o inguinal (a pesar de toma correcta de medicación analgésica)
- 4.Sangrado vaginal superior a una menstruación habitual
- 5.Sensación de ocupación vaginal

### Dudas tras el alta

Se le proporcionará un teléfono para consultar dudas importantes, así como sobre los principales síntomas, ante los que hay que acudir nuevamente al hospital (a través del Servicio de Urgencias).

### Observaciones: